



Università degli Studi di Ferrara

DOTTORATO DI RICERCA IN
"Studi Umanistici e Sociali"

CICLO XXV

COORDINATORE Prof.ssa Angela Andrisano

**La trasformazione delle Cure Primarie nel
Servizio Sanitario Italiano.
Un'analisi di progetti ed esperienze di
"Case della Salute" in Emilia Romagna**

Settore Scientifico Disciplinare SPS/07

Dottorando
Dott.ssa Pierpaola Pierucci

Tutore
Prof. Marco Ingrosso

Anni 2010/2012

A Mauro, mio marito

Un ringraziamento davvero speciale intendo rivolgerlo al professor Marco Ingrosso per avermi supportato nell'elaborazione del presente lavoro e soprattutto per l'infinita disponibilità, l'incoraggiamento e la fiducia dimostratemi durante il mio dottorato.

Ringrazio, inoltre, il direttore generale dell'Azienda Usl di Parma, dottor Massimo Fabi, per avermi dato la possibilità di svolgere la mia ricerca all'interno delle Case della Salute di Colorno-Torrile e di San Secondo Parmense. Un ringraziamento particolare al dottor Luciano Ferrari, al dottor Carlo Percudani e dottor Paolo Maria Rodelli per la preziosa collaborazione e l'aiuto offertomi nella fase di realizzazione dell'indagine sul campo. Infine, un sentito "grazie" ai testimoni delle interviste e agli utenti che hanno compilato il questionario.

Indice

Introduzione.....	3
I Parte: “Le cure primarie nel Sistema Sanitario Nazionale”	9
<i>Capitolo 1: Le cure primarie nel contesto italiano. Genesi e sviluppo.....</i>	<i>11</i>
1.1 La Dichiarazione di Alma Ata: pietra miliare delle Cure Primarie	11
1.2 L’evoluzione dell’Assistenza Sanitaria in Italia: dalle condotte mediche all’istituzione del SSN.....	19
1.3 I livelli essenziali di assistenza e le prestazioni garantite con l’istituzione del Servizio Sanitario Nazionale italiano.....	25
1.4 Dal Patto di solidarietà per la Salute alla Devolution: quali priorità per il futuro della Sanità	31
<i>Capitolo 2: L’Assistenza Primaria nel panorama internazionale</i>	<i>41</i>
2.1 I fattori determinanti il bisogno di Assistenza Primaria	41
2.1.1 La transizione socio-culturale	45
2.1.2 Invecchiamento della popolazione ed impatto sui sistemi di tutela della salute dei Paesi industrializzati	52
2.2 Due modelli di care nel contesto americano: <i>Chronic Care Model</i> e <i>Kaiser Permanente</i>	57
2.3 Modelli innovativi di Assistenza Primaria in Europa.....	63
2.3.1 Il modello catalano	63
2.3.2 Innovazioni nel National Health Service inglese	67
2.4 Il problema mondiale delle disuguaglianze di salute: il ruolo delle Cure Primarie	77
<i>Capitolo 3: L’analisi sociologica della salute e dell’organizzazione sanitaria.....</i>	<i>93</i>
3.1 Sociologia e “sistemi curanti”: breve excursus sulle origini e gli sviluppi della sociologia sanitaria e della salute	94
3.1.1 L’approccio fenomenologico ed eco sistemico	98
3.2 Il contributo della sociologia italiana	105
3.2.1 Sociologia della salute e sociologia dell’organizzazione sanitaria.....	111
<i>Capitolo 4: La rivalutazione del “territorio” quale priorità del Sistema Sanitario Nazionale.....</i>	<i>119</i>
4.1 Il contesto di sfondo: dall’ospedale al territorio.....	119
4.2 Il distretto socio-sanitario nella programmazione sanitaria nazionale. Storia di un’entità alla ricerca di attuazione	125
4.3 Dinamiche di cambiamento dei servizi territoriali. Verso un modello di “community oriented primary care”?.....	134
4.4 L’innovazione ricercata: un confronto fra esperienze regionali.....	142
4.4.1 L’assistenza primaria in Emilia Romagna.....	144
4.4.2 Le “Società della salute” toscane	150
4.4.3 Il modello di cure primarie della Lombardia	156
4.4.4 Alcune considerazioni conclusive.....	165

<i>Capitolo 5: Il futuro dell'assistenza primaria. Il ruolo della Medicina Generale tra criticità e possibilità</i>	
5.1 La Medicina Generale “ieri ed oggi”: dalla competizione intra-professionale all'associazionismo.....	169
5.2 Le forme associative di Assistenza Primaria. Genesi, sviluppo e stato dell'arte nel contesto italiano.....	176
5.3 Linee di orientamento per il futuro: la proposta di ri-fondare la Medicina Generale italiana.....	188
5.4 Medicina Generale e Riabilitazione. Spunti di riflessione su un rapporto di non facile definizione	200
II Parte: “Progetti ed esperienze di Case della Salute”	211
<i>Capitolo 6: Verso un nuovo modello assistenziale: la “Casa della Salute”. Un'analisi empirica</i>	213
6.1. Un «New deal» della salute. Dalla sperimentazione ad oggi	214
6.2. Il modello “Casa della Salute” della regione Emilia Romagna.....	221
6.3 La ricerca sul campo: note metodologiche	228
6.4 La scelta dei case studies: ragioni metodologiche e specificità ambientali	235
6.4.1 Le specificità ambientali dei casi di studio prescelti.....	236
6.4.2 La Casa della salute di Colorno-Torrile	239
6.4.3 La Casa della salute di San Secondo Parmense	241
<i>Capitolo 7: Organizzazione e integrazione: un'analisi delle interviste allo staff</i>	245
7.1 L'indagine qualitativa	245
7.1.1 Il filo rosso del divenire: dal “Nucleo” alla “Casa”.....	246
7.1.2 La pianificazione del processo di rinnovamento.....	252
7.1.3 La “partecipazione” ricercata	255
7.1.4 La formazione dei “facilitatori di processo”	260
7.1.5 Il “nuovo volto” della medicina generale.....	266
7.1.6 L'integrazione irrinunciabile.....	272
<i>L'integrazione professionale e disciplinare</i>	273
<i>L'integrazione tra ospedale e territorio e quella socio-sanitaria</i>	282
7.1.7 La valutazione interna del Progetto “Casa della salute”.....	289
7.2 Un breve quadro di sintesi	294
<i>Capitolo 8: Le “Case” dal punto di vista degli utenti: risultati di un questionario</i>	305
8.1 Caratteristiche socio-anagrafiche.....	305
8.2 La “Casa della salute”: frequentazione e conoscenza.....	309
8.3 La valutazione delle “case” sotto il profilo organizzativo	313
8.4 La valutazione delle “case” sotto l'aspetto relazionale.....	319
8.5 La valutazione complessiva della “casa” e sue raffigurazioni	326
Conclusioni.....	337
Appendice.....	347
Bibliografia.....	359
Sitografia	381

Introduzione

Il mio interesse per il tema della salute e malattia prende sostanza ai tempi della formazione universitaria e si consolida a seguito dell'ingresso nel mercato del lavoro e della collaborazione professionale con l'azienda sanitaria capoluogo della mia regione: le Marche. L'esperienza professionale all'interno di tale organizzazione mi porta a toccare con mano molte delle problematiche che l'assistenza primaria si trova oggi (come allora) a dover affrontare sia sotto il profilo della razionalizzazione dei costi che dell'efficacia dei risultati di salute. Le trasformate condizioni epidemiologiche della popolazione mondiale sempre più interessata da malattie cronic-degenerative, spesso associate ad altre forme morbose (co-morbilità), ha condotto i decisori politici nazionali ed internazionali a spostare il baricentro assistenziale dall'ospedale al territorio, eletto a *secondo pilastro* del servizio sanitario pubblico. L'inversione di tendenza implica una revisione del precedente sistema assistenziale primario sotto svariati aspetti: il potenziamento delle cure primarie in senso organizzativo-gestionale, la ridefinizione dei ruoli professionali sia tra livelli di cura (primaria e secondaria) che in seno ai servizi territoriali (ruolo della medicina generale), la riconsiderazione del Distretto quale centro di *governance* della rete dell'assistenza primaria, l'assunzione di nuovi paradigmi (medicina d'iniziativa) e modelli di "cura" (Chronic Care Model) rispetto alla complessità dei bisogni sanitari contemporanei.

All'interno del quadro appena descritto il tema della *Primary Health Care* diventa, dunque, l'elemento attorno cui far muovere l'innovazione dei sistemi curanti del Terzo millennio sulla base di un ventaglio di valori guida quali: la prossimità delle cure, l'equità, l'intersectorialità, l'uso di tecnologie appropriate, la partecipazione della comunità e la riduzione delle diseguaglianze nella salute. È in questo contesto di rinnovamento che sono venuti formandosi molti degli interrogativi che hanno stimolato il mio interesse di ricerca circa il settore delle *cure primarie* ed il modello assistenziale della *Casa della Salute* (CdS); interesse che ancor prima di essere indagato a livello empirico è stato analizzato sotto il profilo teorico delle implicazioni sottese dalla trasformazione in atto.

La proposta della "Casa della Salute" risale al 2007, anno in cui il Ministro della Salute dell'epoca, Livia Turco, avanza l'idea di ricomporre i servizi territoriali all'interno di un'unica sede, allo scopo di unificare quanto ancora frammentato, provvedere alla tenuta economica del sistema sanitario pubblico (SSN) nonché realizzare un vero e proprio modello tramite cui declinare politiche, risorse e professionalità.

Nel 2008 la prima Conferenza nazionale italiana sull'assistenza primaria produce un documento ufficiale, la Dichiarazione di Bologna, con cui si ribadisce la necessità e l'urgenza di ripensare il territorio per raccogliere più facilmente la domanda di assistenza che arriva dai cittadini e fornire ad essa risposte adeguate, in particolare attraverso l'integrazione istituzionale con l'ospedale e con il settore sociale.

A livello di atti programmatici la proposta del ministro Turco di re-ingegnerizzare il settore assistenziale primario non costituisce di certo un precedente storico, eppure, la notizia della sperimentazione della "Casa della Salute" colpisce la mia attenzione per il carattere innovativo che potenzialmente mostra di avere.

Dopo aver assistito per anni in seno all'azienda sanitaria dorica alle peregrinazioni degli utenti alla disperata ricerca di un ufficio o di un servizio o di una prestazione che rientrasse in un "giusto" tempo, il progetto della ricomposizione dei servizi territoriali nel medesimo luogo - la CdS - sembra poter offrire ai cittadini una soluzione concreta al problema della *mancata unitarietà* tra prevenzione, cura e riabilitazione e dell'*assenza* di *circolarità* tra territorio ed ospedale.

La Casa della Salute scaturisce dall'esigenza improcrastinabile di garantire alle persone una medicina territoriale *accessibile, fruibile e certa* [Livia Turco 2007].

Ma sarà davvero così?

Il punto di partenza del mio lavoro di ricerca si origina da questa domanda, che seppur generica contiene in sé l'intenzione di voler comprendere, con metodo e strumenti sociologicamente appropriati, *se e come* il modello assistenziale della "casa" possa costituire il cardine per il raggiungimento degli obiettivi della presa in carico globale e della continuità assistenziale, soprattutto, nel caso delle fragilità.

È in tale orizzonte di riferimento che viene, dunque, a determinarsi l'oggetto della presente tesi, che si propone di offrire un umile contributo per l'approfondimento di un tema, il diritto alla tutela della salute individuale e collettiva, che negli ultimi decenni ha assunto una rilevanza sempre più spiccata a fronte dell'incidenza e della prevalenza delle patologie invalidanti e della senilità del mondo occidentale.

Per ciò che concerne il concreto svilupparsi della tesi, la dissertazione si sviluppa in due parti: la prima, di natura prevalentemente teorica, ha lo scopo di ricostruire i quadri concettuali entro cui contestualizzare i quesiti di ricerca; la seconda, di natura empirica, volge all'individuazione delle possibili risposte ai nostri interrogativi di partenza.

Più nel dettaglio, nel primo capitolo sarà proposta una riflessione sull'evoluzione storica della *Primary Health Care* a partire dai documenti che ne hanno delineato contenuti

e finalità come la Dichiarazione di Alma Ata (1978). Dal contesto internazionale lo sguardo analitico si sposterà, quindi, al panorama italiano, ove sarà preso in esame lo sviluppo della sanità dalle condotte mediche dell'Ottocento, alle assicurazioni sociali, tipiche del sistema mutualistico, fino all'istituzione del sistema di tutela nazionale (1978) e successive riforme (1992, 1999, 2003 e seguenti).

Nel capitolo seguente [cap. 2] si propone una lettura dei fattori che determinano il "bisogno" delle cure primarie, bisogno che si articola lungo un "continuum" che dalla transizione *epidemiologica* (insorgenza delle condizioni di non autosufficienza e cronicità) e *demografica* (aumento esponenziale della popolazione over 65 anni) arriva a quella di tipo *socio-culturale* (esigenza dei cittadini di essere parte attiva nei processi decisionali di tutela della propria salute, nuova fisionomia della "famiglia", planetarizzazione dei rischi, ecc.).

Si offre, quindi, una disamina delle iniziative assunte nel tempo da alcuni paesi occidentali (Stati Uniti, Canada, Gran Bretagna e Spagna-Catalogna) per attivare o rinforzare le attività della medicina del territorio.

Il terzo capitolo è dedicato all'analisi sociologica della salute e dell'organizzazione sanitaria, un viaggio tra i paradigmi teorici sviluppati dalla disciplina dai tempi del padre fondatore, Talcott Parsons, ai nostri giorni. Si tratta di una rassegna espositiva dei principali passaggi di svolta della *Medical/Health sociology* sia a livello internazionale che nazionale; a quest'ultimo riguardo l'attenzione è rivolta alle scuole che hanno contribuito alla nascita ed allo sviluppo della sociologia della salute italiana anche nell'ottica di ciò che potrebbe rappresentare una prospettiva futura per la disciplina.

Con i capitoli quarto e quinto si affrontano due argomenti centrali rispetto al nostro oggetto di ricerca: il ruolo del Distretto e della Medicina Generale.

A partire dagli anni Settanta, infatti, il distretto sanitario viene investito di un ruolo fondamentale per l'organizzazione delle cure primarie; molte sono le norme che spingono in questa direzione dalla prima legge istitutiva il SSN, L. 833/78, fino ai decreti legislativi n. 502/92 e n. 299/99. Attorno agli anni Novanta il tema della *governance* distrettuale diventa strategico ed improcrastinabile a fronte della crisi del modello ospedalocentrico e dell'esigenza di trovare soluzioni efficaci per garantire interventi assistenziali appropriati sia in senso di sostenibilità delle spese che di qualità delle cure erogate.

Il distretto è, quindi, chiamato a trasformarsi e a divenire realmente (cfr. PSN 2003-2005) il centro di coordinamento dei servizi territoriali, lo strumento di contrasto delle disuguaglianze nella salute, il punto di riferimento per il cittadino e, non ultimo, luogo naturale dell'integrazione socio-sanitaria.

A tutt'oggi, tuttavia, esistono vari nodi di criticità per il raggiungimento degli obiettivi programmatici ed il distretto stenta ad essere quella realtà sanitaria che il legislatore ha inteso profilare: un'entità legata alla comunità locale e ai luoghi di vita delle persone per l'erogazione di un'assistenza integrata ed unitaria.

In merito alla Medicina Generale, settore in cui è predominante la figura del medico di famiglia, nel capitolo quinto viene tratteggiata la parabola evolutiva di questa figura professionale, relegata dalla stessa normativa sanitaria ai margini del sistema nel suo complesso e dell'assistenza primaria in particolare. Con la riforma ter del 1999, nota come riforma Bindi, il medico di famiglia entra ufficialmente nelle attività di programmazione e gestione delle cure primarie del distretto anche se, nel concreto operativo, tale possibilità trova raramente modo di realizzarsi. Nel suddetto capitolo vengono affrontate le questioni principali che la medicina generale si trova oggi a dover dipanare per il futuro della categoria, ponendo particolare attenzione a quello che è considerato l'elemento centrale del proprio rinnovamento: l'uscita dall'autoreferenzialità e dalla solitudine clinica per un ruolo di regia nel *governo* delle cure primarie.

Il capitolo sesto apre la seconda parte del presente lavoro, di natura empirica.

L'indagine sul campo è stata condotta attraverso un disegno della ricerca quanti-qualitativo, basato su un approccio metodologico di tipo integrato che ha visto l'impiego di due principali strumenti di raccolta dei dati: l'*intervista semi-strutturata* ed il *questionario*.

La parte qualitativa della ricerca [cap.7] ha riguardato due casi di studio: la *Casa della Salute* di Colorno-Torrile e quella di San Secondo Parmense, ambedue site in provincia di Parma. Questa parte della ricerca ha coinvolto le figure dirigenziali dell'Az. Usl di Parma e quelle professionali delle "case" prescelte. La parte quantitativa [cap. 8] è stata, invece, realizzata attraverso l'analisi dei dati raccolti con la somministrazione di un questionario rivolto all'utenza ed indirizzato ad ottenere le "attese", il "percepito" dei cittadini rispetto al modello assistenziale della CdS.

Più dettagliatamente, il capitolo dedicato all'ascolto degli operatori professionali ha inteso far luce attorno ad alcune questioni basilari per il nostro tema di ricerca quali il cambiamento culturale delle professioni coinvolte, l'obiettivo della continuità assistenziale, il lavoro di squadra, l'integrazione istituzionale e disciplinare, il rapporto con l'ospedale ed altro ancora. Per contro, la parte dedicata all'utenza ha cercato di focalizzare gli aspetti relativi al rapporto tra pazienti, in particolare pazienti cronici, e le figure del medico di famiglia e dell'infermiere, in quanto maggiormente interessate dal processo di rinnovamento dell'assistenza territoriale.

La rilevazione della soddisfazione secondo il punto di vista dell'utenza è stata, quindi, estesa alla "casa" nel suo complesso in merito ai seguenti aspetti: le relazioni di cura, la dimensione organizzativa e gestionale ed infine la rappresentazione simbolica che ne offrono i cittadini/pazienti.

Nelle conclusioni l'obiettivo perseguito è quello di elaborare un quadro di sintesi, che cerca di connettere l'analisi *micro* delle relazioni tra professionisti ed utenti, con quella *meso* della divisione del lavoro clinico e, quindi, rinviare alle dimensioni *macro* delle interrelazioni tra soggetti sociali ed istituzionali. L'intento riepilogativo è focalizzato sui passaggi di maggior significatività rispetto ai nostri casi di studio, che - pur non potendo metodologicamente rappresentare delle fonti per la generalizzazione dei risultati - rappresentano, tuttavia, un'indagine pilota per una maggiore conoscenza del modello "Casa della Salute" e del suo impatto rispetto all'utenza.

La ricerca, pur nella specificità e limitatezza dei casi esaminati, vuole inserirsi in una prospettiva di analisi e revisione delle forme dell'assistenza primaria in Emilia Romagna. Questa regione, infatti, è tra le prime (e poche) in Italia ad aver scelto di investire sull'idea ministeriale della CdS, che sembra poter costituire l'*innovazione* più appropriata per avvicinare l'assistenza territoriale del nostro paese ai modelli multidimensionali adottati a livello internazionale (cfr: Kaiser Permanente, Chronic Care Model, Primary Care Trusts, Zona Basica de Salud, ecc.).

In tale prospettiva il progetto delle "case" dell'Azienda Usl di Parma rappresenta un *laboratorio sperimentale*, a cui guardare con attenzione per verificare la capacità del modello di garantire una risposta di sistema unitaria ad un bisogno di salute sempre più complesso e protratto nel tempo. Il presente studio non è che una prima e "discreta" messa a fuoco circa l'opera di revisione delle cure primarie intrapresa dalla sanità parmense, alla quale senza dubbio vanno riconosciuti il merito ed il coraggio di aver scelto un viaggio a destinazione *incerta*, ma con buone probabilità di successo.

I PARTE

Le cure primarie nel sistema sanitario nazionale

Cap. 1 - Le cure primarie nel contesto italiano.

Genesi e sviluppo

1.1 - La Dichiarazione di Alma Ata: pietra miliare delle Cure Primarie

Lo scopo di questo paragrafo introduttivo è quello di esaminare il contesto delle *Cure Primarie*¹ partendo da quel documento che per primo ne ha delineato contenuti e finalità: la Dichiarazione di Alma Ata. Quando si parla di Cure primarie, infatti, non si può non fare riferimento alla I Conferenza Internazionale sulla *Primary Health Care* (PHC) convocata dall'OMS e dall'UNICEF nel 1978 ad Alma Ata, in Unione Sovietica, nel corso della quale viene prodotta una Dichiarazione che riassume le principali indicazioni scaturite dall'Assemblea. Il documento riafferma con forza la definizione di salute umana dell'OMS (1946)² legandola ad aspetti come quello dello sviluppo di un'assistenza sanitaria onnicomprensiva e per tutti:

La salute, come stato di benessere fisico, mentale e sociale e non solo come assenza di malattia o infermità, è un diritto fondamentale dell'uomo e l'accesso ad un livello più alto di salute è un obiettivo sociale estremamente importante, d'interesse mondiale e presuppone la partecipazione di numerosi settori socio-economici oltre che di quelli sanitari. (Declaration of Alma Ata, 1978)

La Conferenza di Alma Ata rappresenta un evento di fondamentale rilievo per la promozione e lo sviluppo dell'assistenza sanitaria di base in quanto, per la prima volta nella storia della sanità mondiale, i rappresentanti di 134 Paesi - sia industrializzati che in via di sviluppo - e di 67 organismi internazionali ed organizzazioni non governative si ritrovano per discutere e definire il ruolo della PHC, ritenuta essenziale per il raggiungimento della *Salute per tutti per l'anno 2000*³.

Dei punti chiave descritti nella Dichiarazione quello relativo alla definizione del concetto stesso di Cure Primarie è tra i messaggi più incisivi e significativi:

¹ È il corrispondente in lingua italiana del termine inglese "Primary Care" o "Primary Health Care", letteralmente "assistenza primaria" e "assistenza sanitaria primaria" o anche "assistenza sanitaria di base".

² "Health is a state of a complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity", Preambolo della Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità reperibile nel sito: www.who.int

³ "Health for All" è l'appellativo maggiormente usato per indicare la strategia di politica sanitaria enunciata ad Alma Ata basata, appunto, sul ruolo centrale delle Cure primarie, v.: *Primary Health Care: Report of the International Conference on Primary Health Care*, Alma Ata, URSS, 6-12 September 1978. Geneva: World Health Organization 1978 (Health for All Series N.1)

L'assistenza sanitaria di base è quell'assistenza essenziale fondata su dei metodi e delle tecnologie pratiche, scientificamente valide e socialmente accettabili, resa universalmente accessibile agli individui e alle famiglie nella collettività, attraverso la loro piena partecipazione a un costo che la collettività e i Paesi possono permettersi ad ogni stadio del loro sviluppo nello spirito di autoresponsabilità e di autodeterminazione. L'assistenza sanitaria di base fa parte integrante sia del Sistema sanitario nazionale, di cui è il perno ed il punto focale, sia dello sviluppo economico e sociale globale della collettività. È il primo livello con cui gli individui, le famiglie e la collettività entrano in contatto con il sistema sanitario, avvicinando il più possibile l'assistenza sanitaria ai luoghi dove le persone vivono e lavorano, e costituisce il primo elemento di un processo continuo di protezione sanitaria.

Tale definizione rappresenta una svolta epocale per la PHC sia in termini di modello assistenziale di riferimento che di indirizzo politico. Circa il primo aspetto, infatti, viene sostenuta la necessità del passaggio dal tradizionale modello bio-medico, basato sulla cura dei singoli episodi di malattia riconducibili a variabili biologiche [Ardigò 1997] e su un approccio medico di tipo paternalistico⁴ [Parsons 1996], ad un modello bio-psico-sociale, caratterizzato da una concezione multidimensionale della salute e da una partecipazione diretta dei pazienti nella gestione delle malattie. Relativamente all'indirizzo politico, vengono indicati una serie di valori guida per l'organizzazione dei servizi sanitari di base che richiamano l'attenzione sull'equità sociale nella salute, la centralità della persona nell'assistenza sanitaria, la partecipazione delle comunità nelle decisioni per garantire servizi appropriati ed accettabili, la necessità di adottare tecnologie a costi accessibili a fronte del crescente divario tra risorse disponibili e bisogni della popolazione, la continuità assistenziale e il principio di prossimità delle cure.

Il nuovo approccio alla salute e all'assistenza primaria delineato ad Alma Ata segna un cambiamento di rotta per le politiche sanitarie globali e nazionali e per la sua messa in pratica necessita di un difficile mutamento ideologico e di paradigma: si deve passare dalla sanità alla salute, dai determinanti biologici a quelli sociali, dalla cura alla promozione e alla prevenzione, dall'ospedale al territorio, dall'operatore sanitario al cittadino e alla comunità.

⁴ Il modello paternalistico si basa sul principio di beneficio e di protezione dei soggetti bisognosi di cure. Vede la figura del medico in una posizione di centralità nella relazione col paziente, in quanto unico detentore della conoscenza e del potere decisionale circa la cura. Il paziente, nel suo sick role, si affida al medico e si limita ad eseguire accuratamente quanto prescrittogli senza alcuna partecipazione alle decisioni terapeutiche. Il fondamento ideologico di tale modello è nel capitolo X "La struttura sociale e il processo dinamico: il caso della professione medica moderna" del "Sistema Sociale" di T. Parsons dove l'autore specifica come la malattia è intesa quale "devianza" da parte del malato, perché non più in grado di ricoprire i propri ruoli. A fronte di tale "devianza" il malato è esentato dalle responsabilità normali del ruolo sociale, ma ha l'obbligo di ripristinare la normalità cercando un aiuto tecnicamente competente (il medico) e di cooperare ai fini della guarigione. Il ruolo del malato (*sick role*) si lega così a quello del medico, che è qualificato ad aiutare il paziente in virtù di un addestramento e di un'esperienza specifica. Da lui dipende la fuoriuscita dallo stato di "devianza" e compito del malato è di seguirne i dettami in maniera scrupolosa per rientrare nella normalità del proprio ruolo sociale.

In tal senso, la sua applicazione trova quasi subito resistenze ed ostacoli.

Durante gli anni Ottanta, infatti, al *Comprehensive PHC Approach* proposto dalla Conferenza del 1978, la Banca Mondiale⁵ contrappone una strategia alternativa denominata *Selective PHC Approach*, che - partendo dalla constatazione che la *comprehensive PHC* è troppo costosa per i Paesi in via di sviluppo - sostiene la necessità di adottare un modello diverso basato su un numero molto ristretto e selezionato di interventi.

La fonte ispiratrice del modello promosso dalla Banca Mondiale è un articolo pubblicato sull'autorevole rivista medica *New England Journal of Medicine* dove gli autori⁶, a fronte di alcuni calcoli del rapporto costo-efficacia di vari interventi medici, giungono alla conclusione che la PHC debba essere selettiva e concentrarsi sulle vaccinazioni contro il morbillo, difterite, pertosse e tetano, sul trattamento della malaria e della diarrea e sulla promozione dell'allattamento al seno [Walsh, Warren, 1979].

Alla Banca Mondiale, nel 1982, si affianca il Fondo Monetario Internazionale che, nel tentativo di assicurare il pagamento continuo del debito dei Paesi in via di sviluppo - ampliatisi sempre più nel corso degli anni - e di arginare la povertà che sta dilagando in molte parti del mondo, impone programmi di "readjustment", i cosiddetti Piani di Aggiustamento Strutturale (PAS). Per il settore della salute questi comportano la riduzione della spesa pubblica, la separazione delle funzioni di acquisto da quelle di offerta dei servizi, il sostegno del settore privato e la predominanza dell'efficienza rispetto all'equità.

Si avvalga ancora una volta l'approccio della selective PHC e si promuovono le politiche neoliberiste che vedono nel mercato, libero da interferenze governative, il migliore ed efficiente distributore di risorse e, in tale ottica, il meccanismo più efficace per promuovere il bene pubblico inclusa la salute [Maciocco 2008].

Al dibattito sulle due diverse strategie di Primary Health Care si aggiunge presto un altro interrogativo di fondo relativo al modo migliore di organizzare ed erogare i servizi sanitari. Anche in questo caso le correnti di pensiero si distinguono in due differenti approcci: quello *orizzontale* e quello *verticale*. Il primo è un approccio che riprende le conclusioni di Alma Ata e che propone di affrontare i complessi problemi di salute creando un sistema sanitario basato su servizi generali di primo, secondo e terzo livello (assistenza di base, ospedaliera e per acuzie). Quello verticale, invece, è figlio della

⁵ World Bank, *Financing health services in developing countries*, World Bank, Washington DC, 1987.

⁶ Walsh JA., Warren KS., Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. *New England Journal Medicine* 1979.

filosofia ispiratrice della selective PHC e sostiene la necessità di istituire organizzazioni “ad hoc” per rispondere ai diversi bisogni di salute. In pratica, come rileva Jan De Maeseneer [1986], l’approccio orizzontale si focalizza sugli individui e sulla collettività mentre quello verticale sulle patologie. Le linee di politica neo-liberista degli anni Ottanta, fondate sul binomio “più efficienza” e “più mercato”, portano ad archiviare le proposte di Alma Ata non solo nei paesi a basso reddito ma anche in quelli industrializzati, dove prevalgono politiche sanitarie basate sul modello medico e fortemente indirizzate al contenimento dei costi e all’aumento dell’efficienza tramite privatizzazioni e competizione.

Ad ostacolare la messa in atto delle indicazioni di Alma Ata non incidono solo le idee di stampo neo-liberalista, ma anche gli attori del sistema sanitario - primi tra tutti - i medici. Per lungo tempo, infatti, la professione medica è riuscita a condizionare i processi decisionali istituzionali grazie al monopolio di un sapere “*disease centered*” che considera il corpo come una macchina e la malattia come un suo guasto, la cui genesi è dovuta esclusivamente a parametri biologici. Tanto più il corpo viene parcellizzato, tanto più alta è la probabilità di conoscere i fattori patogeni da sconfiggere attraverso l’individuazione di farmaci e tecnologie. Durante l’epoca d’oro del modello biomedico [Pescosolido e Kronenfeld 1995], dagli anni Cinquanta fino circa gli anni Ottanta del secolo scorso, la medicina - impostando la lotta alle malattie secondo il *suo* punto di vista - riesce ad esercitare quella che Friedson [1970; 2002] chiama “dominanza professionale”⁷ e a drenare nei sistemi economici occidentali crescenti risorse [Maturò 2007: 81].

La resistenza che la classe medica pone alla politica sanitaria delineata ad Alma Ata nasce a fronte del cambiamento ideologico rispetto al sapere “*disease centered*”. L’ambito della salute va ben oltre il contesto sanitario, in cui si realizza l’erogazione di servizi e prestazioni sanitarie e riguarda l’intero spazio sociale ed ambientale in cui le persone vivono ed agiscono [Polillo 2008]. In tal senso, l’idea che la salute possa migliorare con interventi sociali piuttosto che solo sanitari è di difficile acquisizione per chi, da lungo tempo, è stato formato professionalmente ed ha operato nell’ottica della malattia e della cura medica.

⁷ Il concetto di “dominanza professionale” sta ad indicare la relazione di potere che la professione medica, a partire dalla fine dell’800, ha esercitato su tutte le altre professioni sanitarie. Storicamente essa ha assunto varie forme come quella *gerarchica* (entro le organizzazioni sanitarie quali gli ospedali), *funzionale* (gestione esclusiva della diagnosi e della terapia), *scientifica* (controllo del sapere medico e della definizione di salute-malattia), *istituzionale* (controllo delle istituzioni chiave del settore sanitario come le Facoltà di Medicina). La posizione assolutamente dominante della professione medica all’interno del settore sanitario è indicata, solitamente, con l’espressione “dominanza medica” [Willem Tousijn: 281]

Tale cambiamento di visione diventa ancora più difficile rispetto all'allocazione delle risorse e forti sono le pressioni - da parte dell'establishment medico - affinché gli investimenti per la salute restino alla sanità.

In un sistema di Cure Primarie la figura professionale principalmente coinvolta è quella del medico di Medicina Generale (MG) proprio perché “prossima” ai bisogni di salute della comunità. Fin dalla sua nascita la MG - in presenza di una medicina sempre più specializzata - viene a costituire una sorta di risposta *unitaria ed integrata* alle necessità del paziente [Starfield 1992; Donaldson e Vanselow 1996], necessità che si muovono lungo una gamma che va dalla prevenzione alla diagnosi, dal trattamento al coordinamento dell'assistenza. Per tradizione il medico di MG ha assunto un ruolo di controllo non solo dello stato di salute/malattia dei propri utenti, ma anche della domanda dei servizi e delle prestazioni sanitarie. Spetta al medico di famiglia, infatti, l'invio alla rete dei servizi socio-sanitari e, pertanto, in qualità di “gate-keeper”, assume un'importante valenza economica [La Rosa 2001; Cipolla et al. 2006; Zanella 2011]. Ciò nonostante, come si avrà modo di approfondire nel capitolo 5 soprattutto per quel che concerne il contesto italiano, anche i medici di MG - similmente ai loro colleghi - hanno posto qualche ostacolo all'innovazione sanitaria richiesta dalla Conferenza di Alma Ata.

A conferma di questo atteggiamento “poco amichevole” Jan De Maeseneer afferma che la strategia della Primary Health Care ha sottostimato il potere che, all'interno del sistema sanitario, esercitano il settore ospedaliero e l'industria farmaceutica ed ha fallito, *in massima parte*, nel convincere la classe medica a “salire a bordo” della PHC:

The primary health care-strategy underestimated the power of hospitals in the health caresystem, of the pharmaceutical industry, and failed, *to a large extent*, to take the clinicians on board [De Maeseneer 2007: 15].

Eppure, come sottolinea Maciocco [2008], i tentativi di portare i medici a bordo delle Cure Primarie non sono mancati. In tal senso, va ricordato il Congresso Wonca (l'Organizzazione Mondiale dei Medici di Famiglia) del 1986. In tale occasione, il dott. Hunnu Vuori - a nome del Direttore Generale dell'OMS - presentò le ragioni della Primary Health Care sostenendo che era ormai evidente l'impossibilità di garantire il diritto alla salute a ogni cittadino attraverso una medicina altamente tecnologica. È necessario, pertanto, trovare alternative che siano accettabili socialmente e sostenibili dal punto di vista economico. L'unica strada per realizzare la giustizia sociale nei confronti della salute e delle malattie è proprio la PHC [Vuori 1986].

Col tempo, tuttavia, anche i medici di famiglia iniziano ad avvertire l'esigenza di cambiare lo "status quo" tanto che in un recente documento del Royal College of General Practitioners (associazione dei medici di famiglia britannici) intitolato: "*The future direction of general practise*"⁸ si legge:

The status quo is not sustainable. Fragmentation of care, health inequalities and urgent care must be addressed. Furthermore, if we are to meet the health needs of patients over the coming years, we will need to bring about a radical change in the quality, organisation and delivery of services [Mayur Lakhani, chairman of Council, 2007:7].⁹

Toni analoghi sono stati usati dalla Federazione Italiana Medici di Famiglia (Fimmg) nel documento "*La Ri-fondazione della Medicina generale*" del 2007¹⁰, documento che è divenuto proposta ufficiale della Fimmg per contribuire al miglioramento di una parte importante del SSN qual è, appunto, la Medicina generale.

[...] Non è più procrastinabile un cambiamento sostanziale della nostra realtà professionale. Per ottenerlo dobbiamo investire tutte le nostre energie [2007:26].¹¹

Dalla Conferenza di Alma Ata sono trascorsi più di trent'anni, dal Congresso Wonca del 1986 sono passati più di due decenni, eppure, le condizioni di salute nei vari Paesi del mondo non sembrano sostanzialmente migliorate, anzi - sulla base del World Health Report 2008 dell'Oms dal titolo "*Primary health care. Now more than ever*" - sono addirittura peggiorate per l'aumentare delle diseguaglianze, sia tra Paesi che entro i Paesi, nei risultati di salute, nell'accesso alle cure e nei costi dell'assistenza¹². Il Rapporto, presentato ad Almaty (già Alma-Ata) in occasione del trentennale della Conferenza del 1978, indica che molti sistemi sanitari nel mondo hanno erogato cure sanitarie in base al modello che concentra l'attenzione su alte tecnologie e cure specialistiche, ignorando quasi del tutto l'importanza della prevenzione e della promozione della salute. *Oggi più che mai*, quindi, l'OMS richiama i decisori politici a ritornare alle Cure Primarie organizzate sull'approccio olistico di Alma Ata, abbandonando la logica del mercato in sanità e dei

⁸ La versione integrale del documento, in formato PDF, è disponibile al seguente link:

https://www.rcgp.org.uk/pdf/CIRC_RCGP_Roadmap_Future_General_Practice_13th_Sept_2007

⁹ "Lo status quo non è più sostenibile. Se noi vogliamo soddisfare i bisogni di salute dei nostri pazienti negli anni a venire, noi dobbiamo produrre un cambiamento radicale nella qualità, nell'organizzazione, nell'erogazione dei nostri servizi"

¹⁰ La disamina del documento è contenuta nel capitolo 5, paragrafo 5.3.

¹¹ In "*Avvenire Medico*" n. 7- Ottobre 2007 scaricabile dal sito:

http://old.fimmg.org/avveniremedico/200707/AM_200707_avveniremedico.pdf

¹² I dati esposti nel Report fanno emerge un quadro di profonde sperequazioni nell'accesso alla salute e ai trattamenti: il divario tra la speranza di vita nei Paesi più ricchi e quelli più poveri supera attualmente i 40 anni; la spesa pubblica annuale per la salute oscilla in una forbice che va da meno di 20 dollari a persona a oltre 6 mila dollari; ogni anno circa 100 milioni di individui scendono al di sotto della soglia di povertà a causa del peso dei costi sanitari che devono affrontare da soli.

programmi selettivi e verticali, risultati fallimentari dal punto di vista dell'efficacia e dell'efficienza e catastrofici da quello dell'equità [Marmot 2007].

L'orientamento tecnologico nella sanità, a forte dominanza medico-specialistica, si è mostrato inappropriato rispetto ad un concetto di salute che non è più inteso come “stato” (cfr. definizione OMS del 1946), ma come “processo in divenire” (cfr. Alma Ata), di cui la stessa malattia è parte integrante. La salute è una condizione che deve contemplare *anche* la sofferenza quale occasione per trovare modi nuovi e migliori di agire e per chiarire la direzione della propria vita [Lanzetti 2005:20]. Viene evidenziato il fatto che il *ben-essere*, frutto di un'assunzione di responsabilità personale oltreché sociale, è una conquista quotidiana ed esige un'attenzione particolare verso tutti quei fattori, che contribuiscono al suo sviluppo/mantenimento quali possono essere l'ambiente fisico ed umano, gli stili e le condizioni di vita, le risorse di comunità, i servizi socio-sanitari e le politiche pubbliche.

Dal perseguimento dello scenario tecnologico si giunge, pertanto, a quello *ecologico-promozionale* [Robertson 1983; Ingrosso 1994] che pone l'accento su un sistema salute che viene ottenuto tramite la sinergia di diversi fattori: dallo Stato al mercato, dal privato sociale alle reti informali, dall'individuo alla comunità. È un modello che vede come condizione necessaria per la salute collettiva e individuale un rapporto positivo con l'ambiente e la responsabilizzazione sia della singola persona - e della propria famiglia - che della Società nella sua forma istituzionale e civile.

L'idea di salute come “processo” di continuo adattamento alla domanda ambientale e sociale [Seppilli 1966] porta a dare rilievo alla messa in atto di azioni promozionali oltre che preventive. Al riguardo, è utile ricordare che - attorno alla fine degli anni Ottanta - l'Organizzazione Mondiale della Sanità delinea un nuovo orientamento di politica sanitaria denominato *Promozione della Salute*¹³. Nel 1986, difatti, con la Carta di Ottawa, l'OMS individua nella “Health Promotion” un'altra importante strategia, oltre “Salute per tutti per l'anno 2000”, finalizzata a realizzare un miglioramento quanti-qualitativo dello stato di salute della popolazione mondiale.

¹³ “Per Promozione della salute si intende il processo che consente alla gente di esercitare un maggior controllo sulla propria salute e di migliorarla. Per conseguire uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, l'individuo o il gruppo devono essere in grado di identificare e realizzare le proprie aspirazioni, di soddisfare i propri bisogni, di modificare l'ambiente o di adattarvi. La salute vista, dunque, come risorsa di vita quotidiana, non come obiettivo di vita: un concetto positivo, che insiste sulle risorse sociali e personali, oltre che sulle capacità fisiche. Di conseguenza, la promozione della salute non è responsabilità esclusiva del settore sanitario, ma supera anche la mera proposta di modelli di vita più sani, per aspirare al benessere” [Carta di Ottawa, novembre 1986].

Il nuovo “manifesto” della *Salute per tutti* vuole essere una risposta all’esigenza sempre più diffusa di integrare gli orientamenti preventivi delle politiche sanitarie, affermatesi negli anni Settanta, [Ingresso:120] con interventi indirizzati a perseguire nuovi obiettivi di qualità della vita delle persone e di benessere sociale.

A livello generale l’espressione “promozione della salute” costituisce un riferimento unificante per tutti coloro che ritengono indispensabile insistere su strategie di mediazione tra le persone e gli ambienti, al fine di poter coniugare scelte personali di vita e responsabilità sociale per quanto concerne la salute. [...] Alla base di questo tipo di impostazione è l’evidente stretto legame tra le persone e i loro ambienti e, quindi, la palese necessità (che sempre più si mostra sulle scene locali e mondiali) che un approccio socio-ecologico alla salute si affianchi all’incalzante approccio economico-imprenditoriale [Saccheri 2000:14].

Nella storia della sanità mondiale la Carta di Ottawa¹⁴ - il cui sottotitolo spesso dimenticato è “*Muovere verso una nuova Sanità pubblica*” - costituisce una seconda pietra miliare per la tutela della salute umana. Ed infatti, l’esigenza di una sanità pubblica *nuova* porta alla valorizzazione dell’individuo e della comunità - oltre che dell’ambiente sociale - quali primi attori per la salvaguardia e l’implementazione della salute intesa come “*risorsa vitale*” e non come obiettivo del vivere. L’approccio *salutogenico* [Anthovsky 1979; 1996] iniziato con Alma Ata viene rafforzato dalla strategia della *Promozione della Salute* [Eriksson & Lindstrom 2008] intesa come processo (culturale, sociale, ambientale, economico e politico) che rende gli individui e le comunità *capaci* di aumentare il controllo sui determinanti di salute e, quindi, di migliorarla e poter vivere una vita sana, attiva e produttiva [OMS 1986; Ziglio et al. 2000]. Il documento pone in evidenza che la pre-condizione necessaria per il raggiungimento di simili obiettivi è la costruzione di politiche pubbliche *pro-health*, poiché queste rappresentano il più importante mezzo di azione per ridurre le iniquità sociali e per influire sui fattori sociali ed ambientali che incidono sulla qualità della vita delle persone.

Ad oltre venticinque anni di distanza, ferma restando la lungimiranza della Carta di Ottawa e delle linee di indirizzo da essa proposte, molte delle attese per *muovere verso una nuova Sanità pubblica* restano disattese sia per l’avvento - negli anni Novanta e primi anni del Duemila - dei neo-liberismi nei sistemi sanitari, sia per una sorta di incapacità di fuoriuscita dai tradizionali approcci di prevenzione basati sul rischio e/o la riduzione del danno.

Dopo tanti anni di oblio e di spostamento in avanti degli obiettivi contenuti nella Dichiarazione di Alma Ata nonché nella Carta di Ottawa, sta (ri)trovando vigore la

¹⁴ Dopo la Conferenza Internazionale tenutasi nella città canadese di Ottawa sono seguite quelle di Adelaide (1988), di Sandsvall (1991), di Jacarta (1997) e Città del Messico (2000).

volontà degli organismi internazionali di riportare l'attenzione dei policy maker nazionali sull'urgenza di riformare e di riorganizzare i propri sistemi sanitari sulla base dei valori dell'equità, della giustizia sociale e della solidarietà. Per tradurre in pratica tali valori l'agenda *Oggi più che mai* proposta dall'OMS nel 2008 si compone di quattro gruppi di riforme che riguardano:

- 1) la copertura universale, intesa come accesso ai servizi sanitari per l'intera popolazione;
- 2) l'erogazione dei servizi che pongano al centro la persona, con i suoi bisogni e le sue aspettative, e che migliorino gli esiti di salute;
- 3) le politiche pubbliche di promozione e protezione della salute;
- 4) il governo della sanità con una leadership diversa rispetto ai due canoni del *comando centralista*, da un lato, o del *laissez faire* dall'altro.

La necessità di ripensare ad un'assistenza sanitaria equa, disponibile per tutti, efficiente e sostenibile rappresenta il punto di partenza del presente lavoro, soprattutto, per ciò che concerne la capacità di risposta da parte del nostro Paese. Se il ruolo delle Cure Primarie non è ormai più in discussione, come conferma il rapporto di Almaty¹⁵, la questione che si apre riguarda il tipo di organizzazione necessaria per coniugare equità, efficienza, efficacia, qualità e appropriatezza a costi sopportabili. A tal fine, lo sforzo di comprensione inizierà con la presa in esame dell'Assistenza Primaria in Italia, dagli albori fino alla nascita del Sistema Sanitario Nazionale, per poi proseguire con gli sviluppi determinati dagli atti normativi degli anni Novanta e successivi nell'ottica di offrire un quadro di riferimento per la lettura dei nodi problematici che sono in cerca di risoluzione.

1.2 - L'evoluzione dell'Assistenza Sanitaria in Italia: dalle condotte mediche all'istituzione del SSN

In Italia il bisogno di assistere le persone nel loro luogo di residenza, il Comune, si delinea già nel XVIII secolo attraverso la figura del medico condotto. Come afferma Guzzanti [2009] infatti, nonostante non si possa parlare ancora di Cure Primarie, i compiti assegnati alle condotte sono concettualmente riferibili all'assistenza della persona nella sua totalità e nella sua comunità [ibidem: 95].

¹⁵ Dal confronto tra Stati con lo stesso livello di sviluppo economico è emerso che, a parità di investimento, quelli in cui l'assistenza sanitaria è organizzata attorno ai principi della PHC risultano ottenere outcome sanitari migliori. Il testo integrale è consultabile al link: www.who.int/whr/2008/en/index.html

Prima dell'Unità d'Italia la diffusione delle condotte è molto differente tra i vari Stati pre-unitari¹⁶ sia per i compiti ad esse assegnati sia per la diversità delle istituzioni politiche responsabili. Tuttavia, al di là delle differenze esistenti, i medici condotti dipendono in gran parte dal potere politico comunale e vengono investiti - in primis - della responsabilità di cura ed assistenza dei poveri, affiancando in tal modo l'operato dei "medici di carità" stipendiati da associazioni benefiche e - successivamente - anche delle persone abbienti, i cosiddetti "estimati"¹⁷.

Verso la seconda metà dell'800 il modello prevalente è appunto quello della condotta *piena* e il ruolo del medico inizia gradualmente ad assumere funzioni proprie della sanità pubblica quali: agire in via preventiva sulle abitudini igienico-sanitarie e sui costumi della popolazione, svolgere obbligatoriamente azioni di pubblico vaccinatore e redigere rapporti circa l'andamento delle malattie epidemiche ed endemiche [Pagni 2010].

Nonostante questi progressi il medico condotto non ha, comunque, vita facile nell'Italia pre-unitaria: può essere assunto e licenziato a discrezione dei Comuni, è tendenzialmente poco remunerato, deve procurarsi personalmente gli strumenti per il lavoro e, in caso di malattia, provvedere al pagamento di un sostituto.

A ciò si aggiunge il fatto che la Medicina dell'epoca manca sostanzialmente di conoscenze e di interventi efficaci, che arriveranno solo nella seconda metà del XIX secolo con lo sviluppo dell'eziologia delle malattie e dei primi farmaci prodotti artificialmente per sintesi chimica¹⁸ [Cosmacini 1987]. L'arretratezza del sapere medico d'inizio Ottocento contribuisce al dilagare di "figure curative" alternative quali i *pratici*, che - pur senza alcuna qualificazione sanitaria - riescono più facilmente dei medici condotti a penetrare nella mentalità delle masse rurali e nelle usanze popolari.

Con l'unificazione del Regno d'Italia si apre un periodo d'importante riordino della sanità pubblica e delle funzioni delle condotte. Gli eventi caratterizzanti tale riordino ruotano attorno a due anni fondamentali: il 1865 e il 1888.

Nel 1865, infatti, viene emanata la legge sulla "Unificazione amministrativa del Regno" che stabilisce l'organizzazione dell'igiene e della sanità pubblica nello Stato unitario. Il disegno complessivo della riforma attribuisce al Ministero dell'Interno la tutela

¹⁶ L'istituzione della condotta medica, tipica dell'Italia, si è venuta affermando soprattutto nella Lombardia austriaca dalla metà del '700 in poi. All'inizio del 18° secolo si organizza in Piemonte e Toscana per poi estendersi a tutte le provincie del napoleonico Regno d'Italia e, quindi, del Regno d'Italia sabauda. [Cosmacini 1987]

¹⁷ Cioè coloro che dispongono di un reddito da proprietà immobiliari.

¹⁸ Prima di questo periodo la farmacopea ufficiale si basa su estratti di sostanze vegetali o minerali presenti in natura come il melograno, l'essenza di trementina, il vino d'oppio composto, la carta senapata e similari.

sanitaria e, pertanto, spetta ai prefetti, ai sottoprefetti e ai sindaci occuparsi della salute della comunità, coadiuvati da consigli sanitari provinciali e circondariali. È opera dello Stato mantenere decorosamente i medici e i chirurghi e, in tale direzione, viene introdotta una remunerazione mista con uno stipendio, a carico dei Comuni, per la cura dei poveri ed un onorario stabilito tra condotti ed abbienti.

Nonostante il merito di voler porre fine all'eterogeneità sanitaria dell'Italia pre-unita, una sanità pubblica così organizzata mostra un'impostazione prettamente amministrativa, che - di fatto - esclude i medici dalle decisioni necessarie per il miglioramento effettivo delle difficili condizioni igienico-sanitarie del Regno.

La questione sanitaria conosce una svolta rilevante nel 1888 con la Legge Crispi-Pagliani che, per la prima volta, sancisce l'ingresso dei medici nel governo della sanità. L'impegno culturale e sociale dei medici condotti, infatti, permette di conoscere le condizioni di vita e di lavoro delle masse rurali dei Comuni del Regno ed il quadro che ne emerge è di profonda arretratezza¹⁹. L'impianto amministrativo delineato con la riforma del 1865 mostra tutta la sua inadeguatezza per una gestione efficace della salute, la quale esige il contributo del personale tecnico-scientifico. Sulla base di questa considerazione, la riforma Crispi-Pagliani, non potendo sottrarre al Ministero dell'Interno la competenza della sanità pubblica, delinea un ordinamento sanitario che viene affidato in parte ad un organismo tecnico, la Direzione della Sanità, il cui fulcro è la nuova figura del medico provinciale.

Spetta al medico provinciale, infatti, connettere il Ministero con i Comuni afferenti alla Provincia esercitando funzioni di vigilanza sulle istituzioni sanitarie locali. Spetta sempre al medico di provincia tutelare l'autonomia e garantire la stabilità delle condotte, alle quali va affidato il ruolo di Ufficiale Sanitario, che si occupa di profilassi delle malattie infettive, d'igiene dell'ambiente, dei luoghi di lavoro e degli alimenti.

I punti toccati dalla Riforma sono diversi, ma quelli salienti riguardano il riconoscimento dell'igiene e della sanità pubblica quali compiti *specifici* dello Stato, che deve garantire tale diritto a tutto il corpo sociale e soprattutto agli indigenti. Ai Comuni viene affidato l'esercizio dell'assistenza medica, chirurgica ed ostetrica e, pertanto, spetta a

¹⁹ Nel 1872 il Ministro dell'Interno Depretis, su iniziativa del medico chirurgo Agostino Bertani, avvia un'inchiesta tra i medici condotti di tutti i Comuni d'Italia a cui viene spedito un questionario con 100 domande per conoscere a fondo le condizioni sociali e sanitarie nelle quali si svolge la vita delle masse rurali. Dai risultati pubblicati nel 1886 emergono gravi problemi sia sul piano sanitario con una speranza media di vita alla nascita di 35,4 anni sia sul piano sociale con un tasso di analfabetismo pari all'62% della popolazione.

questi assumere e stipendiare sia i medici condotti che le levatrici, i quali possono essere licenziati solo per validi motivi e col parere favorevole del Prefetto.

Nella tutela della salute i medici ricoprono una posizione preminente, in quanto detentori di un sapere esperto in grado di mettere in pratica le disposizioni necessarie per la garanzia dell'assistenza. In tale ottica, viene formalmente definita la formazione professionale delle condotte così da distinguerle - in modo chiaro - dai *pratici*, che per lungo tempo ne minano il prestigio grazie ad una popolazione ancora poco istruita.

Il contributo decisivo dei medici condotti nel governo della sanità fa registrare da subito risultati sociosanitari significativi con un aumento della speranza di vita alla nascita di otto anni (da 35 a 43) e una diminuzione dell'analfabetismo dal 62 al 48%.

È in questo modo che nel Regno Unito prende avvio il percorso verso l'istituzione dell'assistenza primaria anche se gli anni successivi, come si vedrà, non si dimostreranno sempre favorevoli per il suo raggiungimento. Infatti, l'industrializzazione, che si espande nei paesi occidentali tra fine Ottocento ed inizio Novecento, porta con sé profondi cambiamenti sia in campo sociale che epidemiologico. L'avvento del sistema industriale determina la nascita di una nuova classe sociale, quella operaia, che - a fronte delle pessime condizioni di lavoro a cui è costretta ad operare - inizia a rivendicare diritti e tutele che si traducono nel movimento operaio e socialista. La mancanza di misure di protezione dei lavoratori e le misere condizioni economiche in cui versano gli operai alimentano un clima di frustrazione che mina la coesione sociale e la stabilità politica di molti governi [Dahrendorf 1995].

Nell'intento di limitare la penetrazione socialista nelle fabbriche e nelle campagne tra il 1884 ed il 1889 viene introdotta in Prussia, per opera del cancelliere Bismarck, la prima legislazione previdenziale statale con l'obbligatorietà dell'assicurazione sociale per i lavoratori.²⁰

Nonostante la vicinanza geografica con lo stato prussiano, in Italia si dovrà attendere a lungo prima di arrivare all'assicurazione sanitaria obbligatoria e la forma di protezione da determinati eventi dannosi è caratterizzata dall'associazionismo di mutuo soccorso. Si tratta di un sistema di assistenza privata di carattere mutualistico, in cui sono gli stessi lavoratori ad accantonare le risorse da utilizzare in caso di bisogno.

Dal punto di vista epidemiologico le trasformazioni riguardano i *rischi* per la salute, che sono ora dovuti - principalmente - al lavoro piuttosto che a flagelli come il colera, la pellagra e la tubercolosi. La malattia non riguarda soltanto gli agenti patogeni di carattere

²⁰ Il Cancelliere del Reich introdusse nel 1883 l'assicurazione contro le malattie, nel 1884 quella contro gli infortuni ed infine, nel 1889, l'assicurazione contro l'invalidità e la vecchiaia.

infettivo, ma anche i luoghi di lavoro e lo sfruttamento economico degli operai da parte dei ceti imprenditoriali²¹.

Le trasformazioni nel tessuto sociale e il forte disinteresse dello stato italiano per l'assicurazione generale di malattia contribuiscono a far diffondere tra i medici condotti l'idea di una missione sociale e nazionale da svolgere in rapporto con il movimento operaio e socialista [Vicarelli, 1997; 2002:61]. La sensibilità di molti condotti alle idee socialiste trova concretezza nell'Associazione Nazionale Medici Condotti (ANMC)²² che si prodiga alacremente per l'approvazione della legge assicurativa obbligatoria di malattia per cui si ipotizza la possibilità di libera scelta, da parte dei lavoratori, del medico condotto - o libero professionista - iscritto in appositi albi. Il panorama dell'assistenza sanitaria italiana, però, si indirizza sempre più verso il sistema mutualistico.

Le Casse di mutua assistenza (le società di mutuo aiuto operaio, marittimo, artigiano, ecc.) nascono su base volontaria alla fine dell'800 con il compito di farsi carico della tutela sanitaria di chi non è in condizioni di estrema povertà. Ben presto, tuttavia, dimostrano tutta la loro fragilità. Con lo scoppio della prima guerra mondiale e il dilagare, nel 1918, dell'epidemia influenzale detta "la spagnola", le mutue sanitarie autogestite con i loro bassi proventi non sono in grado di sostenere lo stato di inabilità delle fasce di lavoro operaio o agricolo e, a maggior ragione, dell'intera popolazione.

Le stesso sistema caritativo degli enti religiosi, che da secoli si occupava dei problemi della povertà materiale, economica e sociale, dimostrò una forte debolezza assistenziale rispetto alla grandezza del bisogno: laddove più elevati sono i tassi di povertà minori sono le donazioni ed i lasciti di benefattori [Guzzanti 1996].

Con l'avvento del regime fascista il sistema di protezione della salute non subì grandi cambiamenti rispetto al quadro fin qui delineato. Tra le azioni più consistenti vi è la nazionalizzazione del sistema mutualistico attraverso la trasformazione delle Casse di mutua assistenza, nate appunto su autonoma iniziativa di lavoratori, in istituti di diritto pubblico: le *Casse mutue malattia*. Queste vengono sottoposte al controllo statale ma, al contempo, mantengono un contratto di tipo privato - *corporativo*²³ - essendo finanziate con contributi paritetici da datori di lavoro e lavoratori appartenenti alla medesima categoria

²¹ Vista l'abbondanza di manodopera e il ruolo integrativo svolto dall'agricoltura la retribuzione si basa su salari bassissimi quasi al limite della soglia di sopravvivenza.

²² L'ANMC nasce nel 1874 con lo scopo di ottenere dai Comuni l'effettivo impianto del sistema delle condotte sanitarie sulla base di capitoli di condotta uniformi ed equamente retribuiti.

²³ Sulla base dell'ideologia nazionalista, adottata dal fascismo, capitale e lavoro devono cooperare in virtù di un unico e superiore interesse rispetto a quelli particolaristici: l'interesse della nazione. La negazione del concetto di lotta di classe trova la sua espressione nella Carta del Lavoro del 1927, con la quale si aboliscono tutti i sindacati e vengono istituite le Corporazioni, organizzazioni che riuniscono i datori di lavoro ed i prestatoti d'opera impegnati in un determinato settore economico.

professionale. In tal senso, i servizi e l'assistenza in caso di malattia cambiano molto a seconda di quale sia la mutua a rimborsare i trattamenti e, cioè, per quali professioni e con quali contratti [Ardigò 1997:276]. Ancora una volta, al centro della protezione sanitaria, viene posto il soggetto non come cittadino, ma come lavoratore.

Per ciò che concerne i medici condotti, inoltre, la nazionalizzazione delle mutue comporta un importante cambiamento dal punto di vista occupazionale. Come osserva Soresina [2010:121] infatti:

[...] quello mutualistico era il principale sbocco lavorativo per i medici; verso la fine degli anni Trenta quasi il 90% dei medici iscritti agli Albi era reclutato o lo era stato dalle casse mutue; i neolaureati nella speranza di farsi così una clientela, anche accettando le modeste condizioni di retribuzione fissate dalle mutue, i professionisti dalla carriera già avviata per arrotondare il reddito con l'assistenza, per esempio, degli operai delle mutue dell'industria, che non avrebbero comunque mai fatto parte della loro clientela perché impediti da un reddito modesto.

I medici della mutua diventano la categoria numericamente più rilevante mentre quelli delle condotte mediche sul territorio, per i non mutuati, iniziano a dedicarsi alla libera professione a fronte all'abolizione della condotta piena nel 1920.

Il modello sanitario delineatosi in età fascista viene ereditato dalla neonata Repubblica Italiana - fondata sulla Costituzione (1948) - che, almeno fino agli anni Settanta, non apporta sostanziali modifiche all'impianto di protezione della salute individuale e collettiva. Tra i primi provvedimenti c'è quello di incrementare con fondi pubblici il sistema di mutualità a fronte della debolezza del finanziamento paritetico di imprenditori e prestatori d'opera. Il sistema mutualistico, comunque, mantiene la sua natura assicurativa e contrattuale (privatistica) e, come tale, non ricade sotto la giurisdizione del Ministero della Sanità istituito, per la prima volta in Italia, nel 1958 con la L. 296. Questo incide negativamente sulla possibilità di delineare un disegno globale per la sanità pubblica e gli effetti si manifestano quasi subito con la dispersione del finanziamento statale in iniziative settoriali, tra i vari enti di mutualità²⁴, per l'ampliamento delle proprie strutture assistenziali piuttosto che in un unico piano di miglioramento delle strutture e dei servizi sanitari in generale.

In un panorama così frastagliato il Ministero della Sanità fatica ad assumere il ruolo principale di regia della politica igienico-sanitaria della Repubblica. Un passo in avanti

²⁴ Nel 1943 il Regime fascista crea l'Ente Nazionale di mutualità (INAM) ma ne permangono altri come l'INPS (previdenza sociale), l'INAIL, l'INADEL (dipendenti degli Enti locali), l'ENPDEDP (Dipendenti da Enti di Diritto Pubblico) l'EMPAS (dipendenti statali) ecc.

viene compiuto nel 1968 con la legge n.132 che continua il percorso di razionalizzazione²⁵ delle strutture ospedaliere cominciato nel 1890 con la trasformazione delle opere pie e degli enti morali in Istituti di Pubblica Assistenza e Beneficenza (IPAB).

La legge riconosce all'ospedale la funzione di *ente pubblico* e, pertanto, aperto alla cura di tutti i malati al di là di qualunque convenzione con mutue o assicurazioni. Bisogna ricordare, infatti, che la rete ospedaliera italiana è prevalentemente frutto della munificenza di enti locali, benefattori privati o casse rurali-di risparmio che elargiscono prestazioni sulla base di precise convenzioni con le Casse mutue di malattia e, in tale prospettiva, le sperequazioni sono davvero ampie [Paci 1989]. La legge n. 132 non riesce a porre fine alle disparità economiche esistenti sul territorio per lo sviluppo degli ospedali, ma costituisce il primo mattone di quel modello di assistenza sanitaria *uniforme ed universalistica* varato dalla legge n. 833 del 1978, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale.

1.3 - I livelli essenziali di assistenza e le prestazioni garantite con l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale italiano

Il sistema sanitario nazionale nasce nello stesso anno, 1978, della Dichiarazione di Alma Ata, da cui recepisce non solo il riconoscimento della salute quale “diritto della persona” e non un'opportunità legata al lavoro, ma soprattutto la centralità del territorio e della prevenzione come fattori cruciali per lo sviluppo di una politica sanitaria incentrata sul benessere complessivo del singolo individuo e dell'intera comunità.

In questi anni gli italiani hanno progressivamente imparato che la salute non è solo cura delle malattie, ma benessere complessivo della persona. Si diffonde la convinzione che per star bene non bastano le medicine e gli ospedali; servono anche la prevenzione, la riabilitazione, la sicurezza alimentare, la tutela dell'ambiente, acqua e aria pulite. [Bindi 2005:12]

Territorio e prevenzione sono gli assi portanti dell'assistenza posta alla base del sistema sanitario nazionale italiano. Al potere municipale, pertanto, viene data la gestione tecnico-funzionale dell'assistenza per tutti e vengono istituite 680 Unità Sanitarie Locali (USL), espressione del cambio di paradigma: da una medicina terapeutica con prestazioni diseguali prodotte dalle mutue, ad un modello di medicina democratica promotrice di salute ed egualitaria, così come sancito dal diritto costituzionale (art.32).

²⁵ In tal senso vanno ricordate anche la legge 386 del 1974 che dichiara sciolti gli enti mutualistici ed istituisce il Fondo Sanitario e la legge 382 del 1975 (legge Mariotti) che trasferisce alle Regioni (costituite nel 1970) la gestione e gli oneri degli ospedali.

L'ente locale si afferma come il titolare, pressoché egemone, dell'erogazione dei servizi assistenziali secondo un criterio selettivo di appartenenza territoriale espressa in "bacini di utenza", all'interno dei quali si iscrive la competenza delle istituzioni ad occuparsi dei bisogni dei propri utenti. Il territorio rappresenta lo spazio per il riconoscimento dei servizi da parte della popolazione e, al contempo, il campo in cui diverse componenti sono chiamate ad incontrarsi e a collaborare per obiettivi convergenti. Da luogo geografico il territorio diventa contesto *socio-sanitario* in cui si vogliono costruire politiche sanitarie e sociali integrate per la salute [Fiocco 2004:71].

In tale prospettiva, l'USL si propone come luogo privilegiato dell'integrazione socio-sanitaria sulla base di un modello organizzativo articolato per *distretti*, cioè, come recita l'art. 10 della L. 833, "strutture tecnico-funzionali per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento".

Con la nascita del sistema sanitario nazionale l'Italia entra nel novero degli Stati di welfare "istituzionale" [Titmuss 1958] dove spetta allo Stato la pianificazione delle politiche sociali secondo un'impostazione unicentrica della sicurezza sociale [Donati 1993]. Il modello di welfare state avviato dalla L. 833/78 si basa su tre principi fondamentali:

- la destinazione *universale* delle cure necessarie in caso di malattia ed inabilità;
- la partecipazione finanziaria *da parte di tutti* attraverso la fiscalità generale;
- l'*equità* assistenziale tra i cittadini per i pari bisogni.

Tali principi guida muovono dalla volontà del legislatore di porre fine all'ampia eterogeneità di erogatori, prestazioni, criteri di fruibilità dei servizi, ecc. propria del sistema mutualistico-assicurativo. Per arrivare all'unificazione della sanità, gli obiettivi da realizzare nell'immediato sono, appunto, il riconoscimento del diritto di cura-assistenza a tutte le persone senza alcuna discriminazione di reddito per la qualità delle prestazioni ricevute, il dovere - da parte di ciascuno - di provvedere al finanziamento dei servizi e delle attività assistenziali e, al contempo, la certezza di avere eguali possibilità di accesso a fronte di un sistema sanitario che eroga *livelli uniformi di assistenza* su tutto il territorio nazionale.

Ciò comporta una programmazione sanitaria accentrata nel potere statale a cui spetta il compito, attraverso lo strumento del Piano Sanitario Nazionale, di stabilire le linee di indirizzo e le modalità di svolgimento delle attività del SSN. Spetta quindi alle Regioni e agli Enti locali, rispettivamente, il coordinamento di tali attività e la realizzazione degli obiettivi di salute individuati a livello centrale.

Il disegno di unificazione proposto dalla Legge 833/78 richiede un rinnovamento radicale della sanità italiana sia in termini organizzativi che finanziari e, per diverso tempo, la volontà del legislatore di dar vita ad un sistema sanitario attuativo dei valori costituzionali di uguaglianza (art.3), solidarietà e rispetto della dignità umana (art. 2) incontra - sul proprio cammino - vari problemi di realizzazione.

Tra le maggiori difficoltà incontrate a livello operativo vi è quello di fissare i livelli uniformi di assistenza da garantire all'intera cittadinanza, ovvero, l'insieme di attività che riguardano funzioni preventive, diagnostiche, curative e riabilitative. Il processo si presenta da subito complesso, perché richiede l'individuazione di criteri in base ai quali procedere alla selezione di *quali* servizi ed attività sanitarie assicurare e della *quantità* massima consentita per ciascuna tipologia [Taroni 2000; Guzzanti e Mastrobuono 2001].

La conseguenza diretta della complessità sottesa dal riconoscimento delle prestazioni essenziali è la lunga inadempienza - da parte dello Stato centrale - di procedere all'approvazione del primo Piano Sanitario Nazionale, strumento principe della programmazione sanitaria. Difatti, a norma dell'art. 54 della L.833/78, l'applicazione di tale documento - la cui validità è triennale - avrebbe dovuto riguardare il periodo 1980-1982. Nella realtà dei fatti, invece, è solo nel triennio 1994-1996 che viene redatto ed approvato il primo PSN con un ritardo sui tempi di programmazione di ben quindici anni. La mancata emanazione del PSN porta le Regioni a legiferare, nel frattempo, in modo dissimile e non sufficientemente programmato, accentuando in questo modo le disuguaglianze assistenziali e limitando l'attuazione della riforma sanitaria.

I provvedimenti che durante questo lungo periodo vengono presi riescono, tuttavia, ad affrontare alcuni aspetti cruciali della questione livelli uniformi di assistenza (d'ora in avanti LEA)²⁶, che costituiscono lo strumento principale di equità nella distribuzione delle cure con ripercussioni positive per il raggiungimento dell'*equità della salute*, che, come osserva A. Sen [1999: 8], riguarda una questione ancora più fondamentale e cioè:

il grado di salute effettivamente conseguito, tenuto conto che i bisogni sanitari sono diversi così com'è diversa per ogni persona la suscettibilità alla malattia.

Quali sono, dunque, i livelli uniformi di assistenza?

La prima individuazione risale al 1992 (DPR 24 dicembre) e concerne sei livelli:

1. assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;
2. assistenza sanitaria di base;

²⁶ Nel Piano Sanitario Nazionale 1998- 2000, approvato con il DPR 23 Luglio 1998 si specifica che si tratta di livelli "essenziali", in quanto necessari per rispondere ai bisogni fondamentali di promozione, mantenimento e recupero delle condizioni di salute della popolazione.

3. assistenza specialistica semiresidenziale e territoriale;
4. assistenza ospedaliera;
5. assistenza sanitaria residenziale a non autosufficienti e lungo degenti stabilizzati;
6. attività di supporto all'organizzazione assistenziale.

Il primo PSN 1994-96 recepisce questi sei livelli, procedendo a dettagliare le diverse funzioni che costituiscono l'articolazione interna di ogni livello ed associa a ciascuno di questi un preciso importo finanziario (quota capitaria per livello)²⁷.

Nel triennio 1998-2000 vengono fissati i *principi guida* dei LEA che sono: il principio della dignità umana, della salvaguardia, del bisogno, della solidarietà nei confronti dei soggetti più vulnerabili, dell'efficacia e dell'appropriatezza degli interventi, dell'efficienza e dell'equità. Si procede, inoltre, alla definizione di tre grandi aree di attività sulla base delle quali si propone una *nuova articolazione* dei LEA:

1. assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;
2. assistenza distrettuale²⁸;
3. assistenza ospedaliera.

Tale cambiamento nasce a seguito delle conoscenze acquisite negli anni '94-'96 circa i modelli che le varie Regioni hanno adottato per rispondere ai bisogni di salute dei cittadini e, allo stesso tempo, per le trasformazioni del contesto socio-economico che si opera a cavallo degli anni Ottanta e Novanta. In questo lasso di tempo si celebra la crisi del modello di welfare *solo* pubblico divenuto incapace di rispondere efficacemente ai mutati bisogni collettivi di benessere e sicurezza sociale [De Vita, Donati e Sgritta 1994].

L'insostenibilità della spesa pubblica a fronte di un andamento economico di decrescita iniziato negli anni Settanta, l'attenuarsi dei confini nazionali con l'avvento della CEE e l'aprirsi dell'era planetaria, la nascita di nuovi rischi per la società globale [Beck 1992; 2000], lo sbriciolarsi delle istituzioni forti, come la famiglia, in istituzioni "guscio" [Giddens 1999], la vulnerabilità quotidiana della "società liquida" [Bauman 2003], sono fattori che producono un senso di malessere diffuso sia a livello individuale che sociale [Ingrosso 2003]. La mancanza di certezze in fatto di lavoro, di stabilità dei legami affettivi, di sicurezza urbana ed ambientale, alimentano quotidianamente il senso di spaesamento

²⁷ Nel Corso degli anni tale quota è andata subendo delle modifiche fino a giungere nel 2001 a queste indicazioni orientative espresse dal Tavolo Costi/LEA: assistenza sanitaria collettiva 5% delle risorse; assistenza distrettuale 49,5%; assistenza ospedaliera: 45,5%.

²⁸ Dove è compresa l'Assistenza sanitaria di base articolata in: medicina di base in forma ambulatoriale e domiciliare; continuità assistenziale notturna e festiva; guardia medica turistica (su determinazione della Regione).

ed il livello di ansia [Sennet 1999] dell'uomo "post-moderno" [Lyotard 1979], destinato a vivere in un mondo globalizzato sempre più instabile, competitivo, veloce, flessibile e rischioso. In tale scenario di malessere generale emergono nuovi bisogni che, come sostiene Di Nicola [1999:180], affondano le loro radici nella solitudine, nell'isolamento, nella mancanza di punti di riferimento, nella marginalità non tanto sociale quanto esistenziale.

Tutto questo produce la necessità di trovare alternative in grado di generare nuove pratiche di benessere e di cura. Volontariato, cooperazione sociale, gruppi di auto-mutuo aiuto (*self-help*)²⁹, *family care* e molto altro ancora portano l'attenzione sui mondi vitali [Ardigò 1980] e sulla capacità di produrre benessere entro legami interpersonali significativi, emotivamente carichi e comunitari [Bulmer 1987].

Il convincimento che debba essere lo Stato il principale e spesso unico erogatore di risposte efficaci alle domande di cura e benessere viene sostituito a favore di una pluralità di attori (*welfare mix*), tra cui la *comunità*, che possono contribuire al raggiungimento di simili obiettivi. Tali trasformazioni hanno condotto, nel campo della sanità, a ricercare soluzioni di cura in grado di tener conto del diritto di scelta dell'individuo, di risposte personalizzate rispetto alle singole necessità, di relazioni di assistenza umane ed affettive. Emerge il concetto di "community care" quale approccio alla salute centrato sulla comunità di appartenenza - erogatrice di un'assistenza fondata, in molti casi, su legami primari di natura affettiva - piuttosto che sulle istituzioni totali [Goffman 2001], caratterizzate invece da processi di cura standardizzati ed affettivamente neutri. La cura non può più essere solo clinica-terapeutica (*cure*), ma deve ripensarsi anche nei termini affettivi-umani del "prendersi cura di" (*care*) [Ingresso 2008a; 2008b; 2010] di cui oggi più che mai si sente l'urgenza e la non rinviabilità.

Alla luce di tutto ciò l'obiettivo di definire i livelli essenziali di assistenza non è cosa semplice, anzi, mostra tutta la sua complessità tecnica e sociale a fronte dei tanti elementi - tra loro non sempre compatibili - di cui deve tener conto. Da un lato, infatti, il progresso scientifico e tecnologico amplifica le aspettative di cura delle persone ed influenza le valutazioni di efficacia ed appropriatezza delle prestazioni erogabili; dall'altro, la consapevolezza dei cittadini che la soddisfazione delle proprie esigenze non può prescindere dagli aspetti qualitativi e di equità del sistema sanitario richiede ai decisori politici una grande attenzione anche per i valori sociali di riferimento.

²⁹ Durante gli anni '80 nascono e si sviluppano gruppi di self-help nel campo dell'alcolismo (vedi "Alcolisti Anonimi"), della lotta all'obesità, dell'assistenza ai malati terminali e in molti altri ambiti. Oggi assistiamo ad una presenza capillare di gruppi e realtà di auto-mutuo aiuto, organizzati con modalità diverse e rivolti alle molteplici facce del disagio presenti nella nostra società [Tognetti, 2002; 2005].

Va detto, inoltre, che il processo di definizione dei livelli assistenziali di base e uniformi territorialmente non può che essere in continuo divenire proprio perché legato ai mutamenti scientifici e socio-culturali. La ridefinizione dei LEA proposta nel PSN 1998-2000 nasce in considerazione di questi aspetti e viene confermata da quello che è l'attuale testo di disciplina dei livelli essenziali e, cioè, il DPCM 2001. Tale documento ribadisce la tripartizione delle attività assistenziali in: ambienti di vita e di lavoro³⁰, distrettuale ed ospedaliera ed introduce i criteri di esclusione dai livelli essenziali per le prestazioni ed i servizi che:

1. non rispondono a necessità assistenziali tutelate in base ai principi ispiratori del SSN;
2. non si basano sulle evidenze scientifiche disponibili;
3. non soddisfano il principio dell'economicità nell'impiego delle risorse.

Criteri di esclusione che, pur se logicamente condivisibili, sottendono criticità di non facile risoluzione. Ad eccezione del primo punto, infatti, il secondo ed il terzo mostrano debolezze legate al fatto che l'efficacia clinica presenta limiti oggettivi per la carenza di documenti validi ed attendibili in diversi ambiti delle attività sanitarie (es. salute mentale), mentre l'economicità dell'impiego delle risorse apre la questione di quale criterio usare per la sua valutazione. Gli studi di costo-efficacia, infatti, non sembrano risolutivi in molte circostanze visto che i "guadagni in salute" sono molto spesso non misurabili. Inoltre, dalla lettura del documento si evince un quadro di riferimento nazionale poco chiaro circa la codifica esatta delle varie attività/servizi, creando in tal modo ampi margini di discrezionalità ai fini di una corretta applicazione del modello per la rilevazione dei costi dei LEA. Le zone d'ombra sono dunque diverse e i traguardi mancati anche.

Dal 2001 non si è più proceduto alla revisione dei livelli essenziali nonostante l'acuirsi di alcuni bisogni come quello delle cronicità; non si è dato corso al miglioramento del sistema di indicatori (a tutt'oggi solo quantitativi) per il monitoraggio delle prestazioni erogate; non sono stati stabiliti i limiti di accettabilità delle differenze rispetto ai parametri indicati dell'essenzialità e neppure quali interventi correttivi siano possibili a fronte di tale discostamento.

Il cammino verso il livellamento delle diseguglianze sanitarie, iniziato nel 1978, resta dunque incompiuto e le riforme che sono seguite hanno allargato le sfide a cui il SSN è chiamato a rispondere sia per il mantenimento di un effettivo accesso

³⁰ Rinominato nel 2008 dal Ministro della Salute in: "Prevenzione e Sanità Pubblica".

universalistico ai servizi sanitari, di cui i LEA sono strumento indispensabile [Giarelli e Venneri 2009: 468], sia per il raggiungimento dell'uniformità tanto agognata.

Per completare il contesto di sfondo da cui ha avuto origine l'interesse di ricerca per le Cure primarie si propongono - di seguito - i principali passaggi di sviluppo del sistema sanitario italiano con le riforme, sanitarie e costituzionali, degli anni Novanta e Duemila.

1.4 - Dal Patto di solidarietà per la Salute alla Devolution: quali priorità per il futuro della Sanità

Il dilemma di *che cosa e quanto* debba essere garantito rappresenta il sintomo più evidente della difficoltà di conciliare il diritto alla salute - traducibile in universalità di accesso, globalità e qualità dell'assistenza - con l'esigenza indifferibile del controllo dei costi. È questo il problema più oneroso a cui sono chiamati oggi tutti i Paesi del mondo, indipendentemente dalle fonti di finanziamento e di organizzazione dei propri sistemi sanitari [Taroni 2000].

In considerazione di questa esigenza planetaria, come detto in precedenza, nel 2008 l'OMS rimarca la necessità di ridisegnare le politiche sanitarie secondo i dettami della Dichiarazione di Alma Ata e, quindi, attorno alla *centralità delle Cure Primarie* quale mezzo per il perseguimento della Salute per tutti a costi sostenibili da parte della comunità. Se questa è la via indicata per il futuro, la domanda naturale che sorge è in quale direzione sta andando il nostro Paese.

L'organizzazione della tutela della salute non può essere considerata una cosa prettamente tecnica, perché le scelte che vengono operate presuppongono un'idea precisa di Società e di rapporti tra cittadinanza e Stato. Le ideologie attorno alle quali, a partire dagli anni Ottanta, si è andati costruendo i sistemi sanitari occidentali sono sostanzialmente due: quella neoliberale, che interpreta la salute come una responsabilità individuale, più o meno supportata dallo Stato, e quella solidaristica, che - di contro - concepisce la salute quale responsabilità pubblica di cui deve farsi carico lo Stato con l'apporto di altri attori (*welfare mix*) ma anche responsabilizzando i soggetti. Relativamente alla strategia vi è un atteggiamento attendista e riparativo, tipico dei welfare assistenziali tradizionali, e un atteggiamento pro-attivo (*promozionale*) che cerca di migliorare gli stili di vita e le protezioni collettive al fine di intervenire meno in sede di cura e ripristino.

Il SSN italiano nasce sul modello solidaristico-universalistico, ma verso la seconda metà degli anni '80 lo slogan "più mercato e meno Stato" investe anche il nostro Paese e

inizia un periodo di ripensamento del sistema di sicurezza sociosanitaria. Sono questi gli anni in cui occorre risanare i conti dello Stato prima di qualunque altra necessità, così che al centro del sistema salute si pone la questione dei costi, prioritari rispetto agli stessi bisogni di cura ed assistenza. Va letta in tale luce la riforma del 1992-93 varata con i decreti legislativi n.502 e n.517. L'urgenza di ridurre il deficit pubblico e la spesa sanitaria introduce nel modello universalistico del SSN una buona dose di mercato: le Unità Sanitarie Locali vengono trasformate in *aziende*³¹ e vengono aperte alla concorrenza con le strutture private.

Le municipalità perdono il loro ruolo di “strumento di gestione” della sanità locale, mentre le Regioni acquistano funzioni rilevanti nel campo della programmazione sanitaria (con la predisposizione ed approvazione del Piano Sanitario Regionale), del finanziamento³² e del controllo delle attività gestite dalle Aziende Sanitarie Locali (ASL), dotate di personalità giuridica pubblica ed autonome dal punto di vista organizzativo, gestionale, patrimoniale e contabile (art.3 del D.Lgs 502/92).

Si attua, pertanto, una forte spinta verso la responsabilizzazione dei governi regionali circa l'allocazione delle risorse e il controllo dei costi in sanità attraverso il decentramento di importanti funzioni di governo dal centro (Stato) alla periferia (Regioni). Alla base di queste trasformazioni c'è la convinzione, da parte del Legislatore, che l'attribuzione del potere decisionale agli Enti territoriali possa portare gli amministratori pubblici verso comportamenti di spesa virtuosi [Dirindin 2001; Pisauro 2002]. Tale convincimento rappresenta il denominatore comune delle revisioni legislative operate in sanità nel corso dei primi anni Novanta, durante i quali inizia a delinearsi un nuovo assetto organizzativo e gestionale del SSN: da modello basato su uno Stato unitario a modello “neo-regionalista” [Baldi 2003].

La regionalizzazione della materia sanitaria non è del tutto nuova nel panorama italiano, perché le Regioni - fin dalla loro costituzione nel 1970 - hanno avuto un ruolo importante in tale settore³³. È tuttavia col varo dei decreti n.502 e n. 517 che prende piede, nella sanità italiana, il vero processo di decentramento con l'attribuzione alle

³¹ Nell'ottica del contenimento dei costi sanitari si riduce anche il numero delle strutture territoriali; da 680 Unità Sanitarie Locali si passa a 195 *aziende sanitarie locali*.

³² Il D.Lgs 502 del 1992 prevede da parte delle Regioni una gestione più diretta delle risorse ad esse affidate e la possibilità di reperire risorse aggiuntive. Le risorse vengono ora ripartite tra le Regioni non più in riferimento alla spesa storica, ma sulla base della quota capitaria ponderata, cioè, del numero di abitanti e delle caratteristiche epidemiologiche e demografiche della popolazione. Le Regioni sono le uniche responsabili della spesa per garantire i LEA stabiliti dallo Stato e rispondono con proprie finanze dei disavanzi sanitari.

³³ Dapprima, con la L.386 del 1975 per ciò che riguarda le funzioni di gestione e di controllo dell'attività ospedaliera. Successivamente, con l'istituzione del SSN nel 1978, sul restante arco di servizi sanitari.

Regioni di competenze/responsabilità specifiche sia sul versante dell'offerta come pure della spesa [Tognetti Bordogna 1998; Maino 2001].

La scelta regionalista, come sostengono Pavolini ed Azzolina [2010: 3], segue due *ratio*: da un lato si riconosce il maggior grado di conoscenza dei bisogni sanitari da parte dei governi regionali rispetto allo stato centrale; dall'altro si reputa il livello regionale maggiormente adatto rispetto a quello locale-comunale nell'assicurare un'organizzazione dell'offerta di servizi meno frammentata e più orientata ad economie di scala.

Il successivo decreto Legislativo 229/99, più noto come riforma *ter*, rafforza l'autonomia delle Regioni - che vengono coinvolte anche nella responsabilità di definire con il governo il Piano Sanitario Nazionale ed il fabbisogno complessivo del SSN - ma, al contempo, rappresenta un'inversione di rotta rispetto alla riforma del 1992-93. La riforma *ter*, infatti, smorza i toni in tema di competizione e di mercato e segna il ritorno ad un modello sostanzialmente integrato, basato sulla regolazione pubblica e sulla collaborazione tra soggetti pubblici e privati [Ferrera e Maino 2006]. Il cambiamento di rotta della politica sanitaria italiana si colloca all'interno di un mutato quadro ideologico che interessa gran parte dei Paesi occidentali a partire dalla seconda metà degli anni Novanta.

La seconda parte di quella che è stata definita una vera e propria "epidemia planetaria delle riforme" [Klein, 2006; Maciocco, 2008] vede, infatti, il prevalere del pensiero socialdemocratico su quello conservatore con evidenti ricadute sui contenuti delle riforme stesse. In questo periodo molti governi nazionali³⁴ accantonano il richiamo alla competizione e al pluralismo, per insistere piuttosto sulla programmazione pubblica e sul coordinamento tra le diverse componenti del sistema sanitario [Toth, 2008]. Viene limitata la tesi secondo cui solo applicando le regole del mercato - con i suoi corollari di privatizzazione e competizione - il sistema sanitario può diventare più efficiente e meno costoso. L'investimento dei governi conservatori su sistemi sanitari organizzati attorno a cardini contabili e di efficienza si dimostra del tutto inadeguato per risolvere l'annoso problema della sostenibilità economica della sanità, determinando - in tal modo - l'urgenza del cambiamento. Tuttavia le teorizzazioni di "terza via" diffuse in quel periodo non accantonano certo le logiche di riduzioni di spesa e le acquisizioni di efficienza

³⁴ Si ricordano a proposito la Gran Bretagna, dove, nel 1997, il primo governo Tony Blair - dopo un lungo periodo di dominio conservatore - pone mano a una vera controriforma sanitaria che attenua gli elementi competitivi per ritornare ad un sistema integrato nel cuore del quale vengono poste le Cure Primarie (*Primary Care Act*). Analogamente in Svezia il ritorno dei socialdemocratici nel 1994 cancella le riforme attuate dal governo Bildt; in Italia la riforma *ter* viene varata in seno al primo governo d'Alema; in Germania la riforma del 2000 è opera della coalizione socialdemocratici-verdi del governo Schröder.

tramite la competizione. La *third way*, che ha avuto in Giddens (1999; 2001) uno tra i principali mentori, ha rappresentato un significativo scostamento dalla classica prospettiva socialdemocratica imperniata sul primato dell'azione pubblica e sui doveri della collettività verso l'individuo. Il proposito di ridefinire il welfare state in senso anti-assistenzialistico e di procedere verso la welfare society, dove tutti gli attori sociali - ciascuno per le proprie competenze e specificità - partecipano e divengono responsabili delle scelte operate per dare risoluzione a quelle che sono le problematiche che investono il tessuto sociale, approda ad un modello di "terza via" incentrato su valori come l'autonomia individuale, l'efficienza e la responsabilità del singolo verso la collettività. Il programma e le politiche del *New Labour* di Tony Blair, che traduce in prassi l'orientamento di *third way*, prende posizione a favore del dinamismo economico - e quindi dei mercati - nei confronti del quale il ruolo della politica deve essere di integrazione e sostegno e non di ostacolo. L'ambizione è quella di trovare una soluzione *altra/terza* che renda compatibile l'iniziativa privata e la libertà individuale con l'equità e la giustizia sociale di cui lo Stato deve essere tutore e garante. Alla precedente visione di uno stato "interventista", il modello socialdemocratico di "terza via" sostituisce quella di uno stato "regolatore"³⁵. Ma, come sostiene Zamagni [2008: 91]:

Ciò che è costitutivo dell'intervento dello Stato nel disegno di un modello universalista di welfare è un triplice compito: la definizione del pacchetto dei servizi (e dei relativi standard di qualità) che si intendono assicurare ai cittadini; la fissazione delle regole di accesso alle prestazioni; l'esercizio delle forme di controllo sulle erogazioni effettive delle prestazioni. Sono queste le funzioni specifiche della figura dello Stato regolatore. Non è invece costitutivo del ruolo dello Stato il compito della produzione diretta dei servizi. Ciò non significa che lo Stato non possa provvedere alla fornitura [...] Significa piuttosto che quando veste i panni di *producer* lo Stato deve [...] accettare di sottoporsi al medesimo vaglio valutativo al quale sottopone qualsiasi altro soggetto di offerta. Ciò è tanto più necessario quanto più si consideri che vi è un forte *trade-off* tra gestione e regolazione: quanto più lo Stato gestisce, tanto meno riesce a controllare e, quindi, tanto meno riesce ad assicurare quegli obiettivi di equità ed efficienza che devono connotare un sistema di sicurezza sociale.

Ritornando all'Italia è importante evidenziare che la riforma ter (detta anche Bindi) si pone sulla scia d'onda del Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 dal titolo "Un patto di solidarietà per la salute". Tale documento programmatico riafferma i principi fondamentali della legge 833 (universalità, equità e globalità delle prestazioni) e delinea una strategia di politica sanitaria basata sulla prevenzione e sull'equilibrio tra i livelli di assistenza territoriali ed ospedalieri. Il Piano attribuisce priorità all'assistenza primaria e,

³⁵ Distinguendosi così dal neoliberalismo, fautore di uno Stato "minimo" e dell'autodeterminazione del mercato.

per la prima volta, attua un significativo spostamento delle risorse dall'ospedale al territorio. È questo un passo di fondamentale importanza per la de-ospedalizzazione dell'assistenza e per la creazione di una rete integrata di servizi territoriali in grado di rispondere ad una domanda di salute che, spesso, riguarda sia un bisogno sanitario che sociale.

Il D.Lgs 299/99 riprende i passaggi fondamentali del PSN 1998-2000 e volge alla realizzazione di un sistema salute incentrato sulle Cure Primarie e sulla valorizzazione del territorio, quale sede deputata per impostare una programmazione delle risorse sanitarie funzionale ai bisogni e legata a criteri di qualità ed appropriatezza dei servizi erogati.

In tale ottica, viene scelto di unificare nel Distretto tutte le attività territoriali - assistenza di base, specialistica e residenziale - che nel precedente Piano 1994-96 sono separate e distinte - allo scopo di agevolare il governo unitario dei bisogni complessi che seguono il ciclo di vita delle persone. Il ruolo del Distretto diventa nevralgico non solo per l'accesso alle prestazioni, ma soprattutto per la gestione della domanda e dell'integrazione socio-sanitaria.

Unitamente al Distretto la riforma del 1999 afferma con vigore la valorizzazione del suo nucleo fondamentale: *la medicina generale*. Ad essa spetta il compito di garantire la ricomposizione dell'offerta, l'appropriatezza delle prestazioni, la continuità assistenziale e la tutela della salute dei propri assistiti con attenzione alle risorse disponibili. Il medico di famiglia è chiamato al ruolo di regia per la ricomposizione dell'offerta dei servizi in un processo unico e coordinato e, in questa veste, diventa figura di rilievo ai fini dell'integrazione tra sociale e sanità.

Ciò nonostante, come si avrà modo di approfondire in seguito (cfr. capitoli dedicati), le linee di sviluppo tracciate dal D.Lgs 299, sia per quanto concerne l'assistenza distrettuale che la medicina generale, vengono realizzate in modo parziale e differente dalle varie Regioni italiane producendo, nel tempo, varie criticità nell'ambito dell'assistenza territoriale.

I provvedimenti istituzionali varati negli anni Duemila vanno sostanzialmente a rafforzare l'orientamento introdotto dalla riforma e le Regioni iniziano ad avviare interventi volti al potenziamento dei Distretti territoriali, alla valorizzazione delle cure primarie, alla riduzione del tasso di ospedalizzazione e, *last but not least*, al coinvolgimento delle professionalità mediche nella gestione aziendale.

In sintonia con tali provvedimenti va inteso lo sviluppo dell'Assistenza Domiciliare, che dopo la fase "pionieristica" degli anni Settanta ed Ottanta e quella di

“consolidamento” degli anni Novanta, approda - nel XXI secolo - ad una nuova fase di regolamentazione ed implementazione del servizio [Gori e Casanova 2009]. È in questo periodo, infatti, che vengono approvate disposizioni sia in ambito sociale (cfr. L. 328/2000)³⁶ che sanitario (cfr. PSN 1998-2000 e 2003-2005; Manuale della *Home care* 2002)³⁷ che consentono al nostro Paese di fare un passo in avanti circa l'erogazione dell'assistenza domiciliare, definita dell'Oms come:

possibilità di fornire a domicilio del paziente quei servizi e quegli strumenti che contribuiscono al mantenimento del massimo livello di benessere, salute e funzione [OMS 1999].

Le “cure domiciliari” implicano una gamma di servizi e prestazioni che differiscono per il livello di integrazione socio-sanitaria sotteso (basso, medio ed alto)³⁸ e per il grado di complessità del bisogno di assistenza a cui dover rispondere. Ciò nonostante la gran parte delle normative approvate sia in Europa che in Italia hanno riguardato prevalentemente il potenziamento dell'assistenza domiciliare integrata (ADI) quale modello di cura a domicilio tra i più complessi da erogare e maggiormente rispondente ai problemi assistenziali legati all'invecchiamento della popolazione [Mazzeo et al. 2009].

L'Adi si caratterizza, rispetto ad altri processi di cura, per specifiche caratteristiche che presuppongono un modello organizzativo ad elevato grado d'integrazione tra le differenti professionalità coinvolte. Un efficace livello di integrazione sarà evidentemente attuabile là dove si inizieranno a sviluppare modelli culturali e professionali innovativi, frutto di una cultura del “lavorare insieme”, cultura che a tutt'oggi non pare ancora diffusa nel panorama delle cure territoriali in Italia [Zannier 2003:117]

³⁶ Con la quale viene istituito il Fondo nazionale per lo sviluppo dell'assistenza domiciliare agli anziani.

³⁷ Nello specifico il Piano 1998- 2000 recita: *“Curare a casa significa un cambiamento di prospettiva sostanziale, si tratta di passare dal malato che ruota attorno alle strutture erogatrici alle strutture e professioni che assumono come centro di gravità la persona coi suoi bisogni [...]Le cure domiciliari, e in particolare l'assistenza domiciliare integrata, rappresentano una base privilegiata di azione per garantire flessibilità ed efficacia degli interventi”* [PSN 1998-2000: 84]. Il PSN 2003 -2005 inserisce, tra gli obiettivi strategici, la realizzazione di una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani e ai disabili. Per finire, nel Manuale Home Care 2002-2003 si legge: *“L'assistenza domiciliare, in particolare quella integrata, è un insieme coordinato di attività sanitarie, mediche, infermieristiche, riabilitative integrate tra loro e con gli interventi socio assistenziali, per la cura della persona nella propria casa, dove può mantenere il legame con le proprie abitudini e le persone che gli sono care. L'Adi è parte integrante e fondamentale della rete dei servizi”*.

³⁸ L'erogazione dell'assistenza avviene in diverse modalità e, a seconda del livello di intensità, si ha: l'assistenza domiciliare integrata (ADI) per persone in condizioni di non autosufficienza parziale o totale che necessitano di una presa in cura di carattere socio-sanitario continuativa; l'assistenza domiciliare programmata (ADP) per pazienti che hanno bisogno di controlli periodici, gestita dal medico di famiglia; l'ospedalizzazione domiciliare (OD) una forma di assistenza al domicilio del paziente di professionisti e tecnologie di esclusiva competenza dell'ospedale; il Servizio di assistenza domiciliare (SAD) che fornisce all'anziano (in genere privo di supporto familiare) interventi di sostegno nelle attività della vita quotidiana e della cura della persona. Quest'ultimo è un servizio di pertinenza dei Comuni.

La domiciliarizzazione delle cure è oggi patrimonio culturale comune eppure, nel nostro Paese, sono ancora molti gli aspetti su cui intervenire per poter raggiungere il livello di offerta ottenuto da altre nazioni europee (soprattutto del Nord Europa)³⁹. Sulla base dei dati riportati nell'Annuario Statistico (2006) del Sistema Sanitario Nazionale italiano emerge che - pur a fronte di un livello di copertura in crescita - il numero di anziani assistiti è ancora molto basso, collocandosi attorno al 2,9% rispetto ad una popolazione di persone over 65 anni - bisognose di assistenza - calcolato fra l'11% ed il 20%.

Tra i nodi più intricati da sciogliere ci sono i limiti organizzativi e gestionali della *rete dei servizi territoriali* che rende arduo il raggiungimento dell'integrazione delle prestazioni sanitarie e sociali, obiettivo prioritario per lo sviluppo e la qualificazione del sistema di cure domiciliari. L'integrazione e la messa in rete dei diversi attori e servizi socio-sanitari è, del resto, uno dei principi cardine della riforma dei servizi sociali inaugurata con la legge 328 del 2000, che avrebbe dovuto tradursi nell'abitudine a pensare gli interventi in modo sinergico.

Ragionare per reti significa considerare tutte le realtà che a vario titolo gravitano attorno alla persona non autosufficiente, a partire dalla possibile esistenza di un nucleo familiare alle spalle dell'anziano bisognoso di cure, sino a raggiungere il territorio con le sue reti informali di assistenza volontaristica, rionale o amicale, sino a spingersi, in ultima battuta, verso la platea dei servizi pubblici e privati disponibili: dall'assistenza sociale comunale, ai servizi messi in atto dall'ente locale e alle strutture socio sanitarie e residenziali presenti sul territorio [Mauri e Pozzi 2007:12].

Per ottenere un simile traguardo occorre, citando Piva [2001], un lavoro di *back service* in grado di mettere a sistema una varietà di aiuti che altrimenti rischiano di vanificarsi a vicenda o di sviluppare grande disordine all'assistito. Una sorta di "filiera" dove i servizi realizzati da organizzazioni diverse si comportano come segmenti o comparti di un'unica impresa generale [Piva 2002].

Sulla base di tali premesse è facilmente deducibile il ruolo di "cartina di tornasole" che le cure domiciliari svolgono rispetto all'assistenza primaria⁴⁰ sia in termini organizzativi che di personalizzazione delle prestazioni erogate. La gran parte delle criticità riscontrabili nel settore della *Home care* sono, infatti, un'emanazione dei problemi

³⁹ La diffusione dei servizi domiciliari sociali e sanitari nei Paesi del nord Europa è di parecchio più elevata rispetto a quelli del sud Europa. Danimarca, Finlandia, Olanda e Norvegia assistono oltre il 10% degli anziani con offerta di servizi di qualità che prevedono prestazioni integrate sociali e sanitarie erogate full time e con l'utilizzo di tecnologie telematiche ed informatiche. I Paesi del sud dell'Europa presentano invece una bassa percentuale di anziani assistiti a domicilio, che non supera il 4,4% anche se tutti hanno recentemente approvato programmi che ne prevedono lo sviluppo [Mazzeo et al. 2009:619].

⁴⁰ Il DPCM 29 Novembre 2001 ha chiarito che l'assistenza domiciliare costituisce un livello essenziale di assistenza da garantire a tutti i cittadini ed è stata inserita nell'ambito del LEA "Distrettuale".

che i Distretti sono oggi chiamati ad affrontare: dall'integrazione dei servizi di assistenza sociale e sanitaria alla continuità delle cure, dalla qualità delle prestazioni erogate alla mancanza di un modello di riferimento importante, dal perdurare di logiche di intervento focalizzate sui singoli professionisti al superamento di modelli organizzativi centrati sui servizi piuttosto che sulle attività.

Riprendendo il *fil rouge* del nostro discorso, in continuità con quanto già abbozzato nel Patto di Solidarietà prima e nella riforma Bindi poi, si procede - sempre negli anni Duemila - alla realizzazione del cosiddetto federalismo fiscale col decreto legislativo n. 56 del 2000 che anticipa di un anno la modifica del Titolo V della Costituzione⁴¹. È questo un atto che pone fine ad un disequilibrio della regionalizzazione sanitaria a cui lo stesso Decreto 229/99, che innova e completa importanti aspetti dell'organizzazione sanitaria, non mette mano. Il disequilibrio è dato dalla progressiva devoluzione alle Regioni di responsabilità sulla spesa sanitaria senza un parallelo decentramento del reperimento delle risorse finanziarie [Dirindin e Pagano, 2001].

Lo spirito riformista del provvedimento è quello di obbligare le Regioni a concorrere al processo di risanamento della finanza pubblica attraverso forme di responsabilizzazione fiscale sulla spesa sanitaria da loro stesse generata. In tal senso, il decreto sopprime i trasferimenti statali alle Regioni e introduce, per il reperimento di queste risorse, una compartecipazione dell'ente regionale al gettito dell'Iva. Allo Stato rimane il compito di fissare e monitorare i Livelli essenziali ed uniformi di assistenza, ma le Regioni sono chiamate a sostenere l'onere della perequazione necessaria per il raggiungimento degli stessi con risorse proprie (Irap ed Irpef) e con le quote di compartecipazione all'Iva. Si stabilisce, inoltre, che le entrate delle Regioni a statuto ordinario non sono più soggette a nessun vincolo di destinazione così che il gettito derivante dall'Irap non è più esclusivamente riservato alla sanità, ma spendibile anche in altri settori di intervento regionale.

La responsabilizzazione delle Regioni sui disavanzi da loro procurati è un imperativo da ottemperare per non correre il rischio di un implosione dell'intero il sistema, eppure, le sfide che apre sono diverse e di non semplice risoluzione. Prima fra tutte la differenziazione delle politiche per la salute a seconda delle peculiarità delle singole Regioni italiane, già profondamente diverse in termini di sviluppo economico e di funzionamento delle amministrazioni pubbliche [Putman 1993].

⁴¹ Modifica attuata tramite l'approvazione della Legge Costituzionale n.3 del 2001, che porta a compimento il processo di devoluzione avviato in sanità col D.Lgs 502 del 1992 e proseguito col D.Lgs 299 del 1999.

Il problema che si pone non è solo di carattere organizzativo quanto piuttosto di natura sociale e, più precisamente, concerne le implicazioni che la “devolution” può avere sui modelli di *solidarietà sociale* delle Regioni. La questione, quindi, non è affatto banale se si tiene conto che il SSN parte dalla consapevolezza che la salute è un bene di interesse collettivo e che, in quanto tale, va tutelata a livello dell'intero Paese e non in modo differenziato nelle singole realtà locali. Ai fini del nostro tema di interesse, è importante sottolineare che l'attività normativa degli anni Duemila non va comunque a modificare l'obiettivo di sviluppo del sistema di cure primarie. Ed infatti, il primo Piano Sanitario Nazionale adottato nel contesto federalistico, relativo al triennio 2003-2005, conferma la centralità del territorio “quale sede primaria di assistenza e di governo dei percorsi sanitari e socio-sanitari” e rimarca la necessità dell'integrazione tra servizi e professionisti per il raggiungimento dell'obiettivo.

Analogamente il PSN 2006-2008, all'interno del quale si colloca la sperimentazione di un nuovo modello organizzativo di cure primarie denominato “Casa della Salute”- oggetto di studio di questa ricerca - rappresenta un ulteriore passo avanti nel processo di integrazione e di potenziamento dell'assistenza territoriale⁴². Con il lancio della *Casa della Salute* c'è la risposta istituzionale all'esigenza di promuovere una nuova strutturazione dell'assistenza primaria, con la quale rendere possibile l'unitarietà e l'integrazione delle prestazioni socio-sanitarie attraverso la contiguità spaziale dei servizi e degli operatori. L'intento è quello di realizzare una medicina del territorio quale “secondo pilastro” del SSN accanto e ad integrazione di quello ospedaliero. Soprattutto c'è la volontà di realizzare modalità organizzative innovative che siano in grado, da un lato, di fornire agli utenti risposte in tempi rapidi, in maniera efficiente ed efficace, nel rispetto di criteri di giusto impiego delle risorse e, dall'altro, che permettano agli operatori impegnati di sentirsi realizzati dal punto di vista professionale.

In questa luce, la Casa della Salute viene ideata come “sotto-articolazione distrettuale” per l'erogazione materiale delle cure primarie, sulla base del presupposto che la prossimità fisica dei servizi/operatori e la limitatezza del bacino di utenza siano condizioni necessarie per fornire risposte idonee ed immediate ai bisogni di salute. Il distretto, del resto, si configura come struttura centrale con funzioni di programmazione e di coordinamento di servizi dislocati su un territorio molto ampio. Il rischio connesso è quello di una struttura distrettuale scarsamente in grado di fotografare le peculiari

⁴² I principi e gli obiettivi prioritari del PSN 2006-2008 verranno confermati dal vigente Piano 2011-2013, il quale individua le grandi sfide assistenziali nelle seguenti quattro direttrici: 1. Rilancio della prevenzione; 2. Sviluppo delle cure primarie; 3. Qualificazione della medicina specialistica ospedaliera; 4. Integrazione tra questi livelli.

necessità di salute dei vari contesti locali e, di conseguenza, di fornire risposte poco adeguate - in termini di gestione, personalizzazione e continuità delle prestazioni - rispetto ai bisogni del territorio di propria pertinenza.

La Casa della salute si presenta come un'idea, un'opportunità progettuale per passare dalle affermazioni di principio degli atti programmatori alla loro concreta realizzazione e, in tal senso, essa viene definita quale:

“luogo di ricomposizione delle competenze e delle responsabilità dei servizi sanitari e sociali territoriali, nel rispetto della persona considerata nel suo contesto di vita e di lavoro; struttura polivalente e funzionale in grado di offrire l'insieme delle cure primarie e di garantire la continuità assistenziale con l'ospedale e la prevenzione”.
[*New Deal per la salute*, 2006].

Il nobile traguardo non è scevro di ostacoli e difficoltà. Difatti, lo sviluppo della medicina territoriale nei ventun sistemi regionali [Mapelli, 2000] presenta notevoli differenze tra nord e sud del Paese sia per le risorse impiegate nell'assistenza distrettuale che per la realizzazione effettiva del Distretto. Le ombre che ancora gravano sullo sviluppo delle cure primarie riguardano aspetti diversi, ciascuno dei quali rappresenta, a sua volta, un problema da risolvere: dal distretto nel suo complesso alla medicina generale, dall'eccessiva “compartimentazione” dei servizi alla continuità assistenziale, dalla frammentazione all'unitarietà del governo dei percorsi di cura.

Gran parte delle domande rivolte ai servizi del Distretto necessitano spesso di valutazioni multiprofessionali, di percorsi personalizzati e a forte integrazione socio-sanitaria; l'offerta distrettuale, invece, in molte realtà, appare ancora caratterizzata da percorsi paralleli gestiti da professionisti che operano autonomamente e comunicano tra loro in maniera burocratica. Ciò non toglie, tuttavia, che nello scenario di *devolution* del SSN si siano fatte strada, in alcune regioni italiane⁴³, alcune esperienze innovative di assistenza primaria incentrata sul paziente e volte a garantire la presa in carico complessiva della persona e la continuità assistenziale. A tutt'oggi però si è alla ricerca di un preciso modello di sviluppo della *Primary Care* e questo - per l'immediato futuro - è uno degli elementi di maggior impegno per il nostro sistema di tutela della salute.

Se e come la Casa della Salute possa costituire un tassello di svolta influente per il raggiungimento di questo obiettivo è ciò che si intende comprendere con il presente lavoro di ricerca.

⁴³ Per un approfondimento si rimanda al cap. 4 paragrafo 4.4

Cap. 2 - L'Assistenza Primaria nel panorama internazionale

2.1 - I fattori determinanti il bisogno di Assistenza Primaria

Prima di entrare nello specifico della trattazione ed esaminare le iniziative assunte nel contesto internazionale per lo sviluppo delle attività assistenziali territoriali, è necessario presentare i cambiamenti socio-demografici ed epidemiologici che caratterizzano il pianeta e che determinano il *bisogno* di cure primarie.

Le necessità sanitarie sono strettamente connesse alle peculiarità di una popolazione, che nel corso del tempo mutano ed evolvono in maniera spesso differente rispetto allo ieri. L'analisi di questa evoluzione consente, quindi, di capire quali bisogni sono cresciuti nei decenni e quali caratterizzeranno la popolazione nel prossimo futuro.

A partire dalla fine del 19^{mo} secolo si assiste ad un sostanziale mutamento del profilo di mortalità e di morbosità della popolazione mondiale, che contribuisce all'espandersi di una profonda fiducia nei confronti della medicina circa la risoluzione dei problemi di salute e di vecchiaia. Per diversi lustri l'equazione "medicina = salute" sembra trovare riscontri oggettivi nella riduzione della mortalità generale e nel costante aumento dell'aspettativa di vita delle persone, alimentando forti speranze nelle possibilità - presunte illimitate - della biomedicina [Giarelli 2003].

L'ideologia dominante di questo periodo è il cosiddetto *determinismo tecnologico* che, nel campo della salute, porta a considerare il fattore medico quale "causa determinante" i cambiamenti epidemiologici e demografici in atto. Nelle scienze sociali il concetto di causa determinate è molto controverso [von Wrigth 1988], perché può condurre ad una interpretazione riduttiva e fuorviante rispetto alla complessità del fenomeno osservato. Questo vale anche per le dinamiche demografiche ed epidemiologiche.

L'influenza esercitata dalla speranza di una medicina risolutiva delle malattie infettive, se non anche della morte delle persone, inquina a lungo l'interpretazione di queste dinamiche viste alla luce di un merito attribuibile alla *sola* causa medica [cfr. lavoro di T. Griffith 1967]⁴⁴.

⁴⁴ L'autore prendendo in esame, a partire dal 18^{mo} secolo, lo sviluppo del settore sanitario sia dal punto di vista dei servizi nascenti - come gli ospedali, i dispensari e le cliniche di ostetricia - sia delle conoscenze e pratiche mediche - come l'anatomia, la fisiologia, l'inoculazione del vaiolo, ecc.. - arriva alla

Il punto di svolta arriva con la comparsa di eventi patogeni legati all'allungamento della vita e agli stili di vita della società moderna. Non sono più le malattie infettive a nuocere alla salute individuale e collettiva, ma lo stress sui luoghi di lavoro, le difficoltà relazionali, il peggioramento delle condizioni ambientali e tanto altro ancora. I progressi della tecnica e della medicina non riescono ad evitare l'insorgenza di queste nuove malattie, mostrando i limiti oggettivi della fede illimitata nei loro confronti.

L'architettura unidirezionale del determinismo tecnologico lascia definitivamente il posto ad un'impostazione interpretativa basata su una struttura di co-variazione tra variabili diverse, in cui ciascun elemento è causa ed effetto di altri. I fattori del mutamento diventano molteplici e di natura diversa (economici, sociali, ambientali, comportamentali, sanitari, ecc.), ognuno con un suo "peso specifico" nel determinare le trasformazioni demo-epidemiologiche della popolazione mondiale.

È sulla base di questa cornice che nascono le teorie della transizione demografica ed epidemiologica per opera, rispettivamente, di W. Thompson⁴⁵ [1929] e di A.R. Omran [1971]. In senso stretto, la *transizione demografica* è un modello di evoluzione della popolazione umana caratterizzato da una riduzione della mortalità a cui fa seguito una diminuzione della fecondità. I due eventi determinano il passaggio da un regime con alta fecondità e mortalità ad un regime dove entrambi i valori sono bassi. Il fatto notevole di questo cambiamento è lo sfalsamento temporale tra l'abbassamento della mortalità e quello della natalità. Se tali diminuzioni fossero strettamente contemporanee il numero degli abitanti del mondo sarebbe costante, mentre varia a seconda della sequenza dello sfalsamento. Più precisamente, Thompson individua tre principali fasi di passaggio da un regime all'altro:

1. alta fecondità e alta mortalità (fase stazionaria);
2. alta natalità e declino della mortalità (crescita demografica);
3. bassa natalità e bassa mortalità (fase evoluta).

L'andamento demografico della popolazione umana evolve in relazione alla fase che i vari paesi del mondo stanno attraversando. Ed, infatti, a partire dalla seconda metà del secolo scorso l'abbassamento dei tassi di mortalità si diffonde dall'Europa al resto del mondo. In molti paesi a più basso reddito l'aspettativa di vita prende a crescere di pari passo alla riduzione della mortalità infantile e giovanile, determinando l'incremento della

conclusione che il merito del declino della mortalità dell'epoca sia attribuibile proprio a tali fattori [Griffith T., 1967, *Population problems in the age of Malthus*, Frank Cass, London]

⁴⁵ Il modello descritto da Thompson è stato empiricamente verificato attraverso le osservazioni demografiche effettuate in Europa e successivamente, seconda metà del XX secolo, nei Paesi in via di sviluppo.

popolazione mondiale nonostante il forte calo della natalità nei paesi economicamente avvantaggiati [Bovet e Paccaud 2005].

Il trend di crescita conosce il suo massimo sviluppo negli anni sessanta (con un tasso del 2%) facendo prospettare scenari futuri di ulteriore popolamento. In realtà la tendenza cambia ed inizia una fase di rallentamento: la popolazione continua a svilupparsi ma ad un tasso minore (meno dell'1,2%) e sembra davvero plausibile che questo rallentamento debba continuare nel futuro prossimo [Livi Bacci 1998].

A supporto di questa tesi c'è la constatazione della *differenziazione geografica* della transizione. Si possono riconoscere, infatti, tre gruppi di paesi:

1. paesi in piena transizione a fecondità elevata (gran parte dei paesi africani);
2. paesi nella II fase della transizione, che - pur continuando a crescere - stanno registrando una significativa decelerazione (Asia e America latina)⁴⁶;
3. paesi che hanno terminato la loro transizione, quindi, con bassa fertilità e bassa mortalità (Europa ed Australia).

Se la natalità continua a contrarsi, la prospettiva che si apre è quella di un mondo sicuramente meno affollato, eppure, l'altra faccia della medaglia contiene un elemento altrettanto peculiare per lo scenario futuro. Al declino dalla fecondità, infatti, corrisponde l'aumento dell'aspettativa di vita. Ergo, un pianeta meno popoloso ma più vecchio.

Secondo le grandi agenzie internazionali (cfr. UN Departement of Economic and Social Affairs-Population Division; UN Population reference bureau)⁴⁷, l'allungamento dell'aspettativa di vita e la denatalità stanno facendo aumentare il numero dei paesi i cui abitanti invecchiano rapidamente. Fino al 2050 la metà dell'aumento della popolazione mondiale sarà costituita dalla crescita delle persone con più di 60 anni d'età, che nelle aree più sviluppate raddoppierà addirittura: dagli attuali 245 milioni a 406 milioni nel 2050. Di contro, diminuiranno coloro con meno di 15 anni d'età che passeranno da 971 milioni di oggi a 839 milioni nel 2050.

Che impatto potrà avere un simile cambiamento sull'organizzazione socio-sanitaria?

Per poter fornire una risposta il più accurata possibile è utile associare la transizione demografica, appena descritta, con quella *epidemiologica*.

Tale transizione fa passare una popolazione da un regime di mortalità precoce ed irregolare ad un regime di mortalità tardiva e regolare. La trasformazione della mortalità

⁴⁶ In questo gruppo vanno inseriti anche i paesi del nord America e il Canada, dove la crescita demografica è tuttora relativamente forte (0,8%) per l'elevata natalità della popolazione immigrata.

⁴⁷ Secondo le ultime stime e proiezioni dell' Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU) la popolazione nei prossimi anni continuerà a crescere soprattutto nei paesi in via di sviluppo, ma si stabilizzerà verso il 2050 attorno ai 9/10 miliardi di persone. [Cfr. siti: www.esa.un.org; www.prb.org]

denota un cambiamento della morbilità, che muove da una situazione dominata da agenti patogeni infettivi ad una situazione dove predominano malattie che sopraggiungono tardivamente ed evolvono in modo cronico.

Come già detto, autore di questo modello è A.R. Omran [1971] che lo applica *specificatamente* per lo studio epidemiologico dei paesi sviluppati. L'uso attuale del modello è esteso anche alle zone meno prospere del pianeta. L'invecchiamento demografico, infatti, sta assumendo una dimensione sempre più globale con conseguenze diverse tra paesi a reddito elevato e paesi in via di sviluppo. Nei paesi più poveri l'aumentata aspettativa di vita assume una connotazione dirompente sia per la rapidità del ritmo di comparsa delle malattie croniche sia per il doppio onere sanitario da pagare. Il quadro epidemiologico da affrontare somma le affezioni croniche alle patologie infettive non ancora debellate (malaria, tubercolosi, morbillo, hiv-aids, ecc).

La globalizzazione dei fattori di rischio contribuisce notevolmente ad aggravare la pesante situazione di questi paesi:

La conseguenza ultima è rappresentata dalla sovrapposizione, più che dalla sostituzione, di nuovi fattori di rischio ai vecchi. Tabagismo, eccessivo consumo di alcol, ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, obesità, scarso consumo di frutta e verdura e sedentarietà si stanno rapidamente diffondendo nei paesi a più basso reddito che, tuttavia, per la persistenza di grandi masse ancora in condizioni di povertà, pagano in elevato contributo di morte a carenze nutrizionali, mediocri condizioni igieniche, promiscuità e comportamenti sessuali a rischio [Di Bari 2004:443].

Nelle regioni meno ricche del mondo, quindi, i problemi connessi all'invecchiamento della popolazione rendono particolarmente complessa la ricerca di strategie efficaci per la loro risoluzione. Non si tratta, infatti, di una questione di numeri⁴⁸ (attualmente più del 60% degli anziani vive nel sud del mondo: Asia e America latina), quanto piuttosto di attivare interventi che consentano di curare, diagnosticare e prevenire le malattie cronic-degenerative in aggiunta a quelle di carattere virale.

Ciò presuppone notevoli sforzi in termini di investimenti di capitale e di tempo⁴⁹, risorse particolarmente scarse in questi paesi.

In Occidente il quadro epidemiologico, sempre a tinte forti, implica altri nodi.

⁴⁸ Nel 2020 si stima che nel mondo ci saranno più di un miliardo di ultrasessantenni, di questi 700 milioni vivranno nei paesi in via di sviluppo (fonte: World Population Ageing 2009, UN 2010. Testo disponibile al link: www.un.org/esa/population/publications/WPA2009/WPA2009-report.pdf)

⁴⁹ Come già accaduto per la transizione demografica così per quella epidemiologica l'elemento più prorompente è la *rapidità* con cui procede. Nei paesi in via di sviluppo le malattie degenerative e croniche stanno insorgendo ad un ritmo molto più veloce di quello che ha interessato i paesi occidentali.

I sistemi sanitari occidentali - pur se con organizzazioni e modalità di finanziamento differenti - possono vantare una capacità di *performance* generalmente elevata grazie a tecnologie, operatori e strutture qualificate. Il flagello delle malattie trasmissibili è risolto da tempo ed il processo di invecchiamento - come mostrano i modelli della transizione demografica ed epidemiologica - ha una storia più lunga di quello dei paesi meno sviluppati.

In quali termini, dunque, l'allungamento della speranza di vita alla nascita rappresenta una sfida per la sanità dei paesi sviluppati?

2.1.1. - La transizione socio-culturale

Prima di rispondere al quesito formulato, è necessario prendere in esame anche una terza questione, accanto a quella demografica ed epidemiologica, relativa ai mutamenti che attualmente stanno interessando l'intero pianeta: la transizione *socio-culturale*.

Senza alcuna pretesa di esaustività analitica dell'ampio dibattito scientifico attorno al tema della *postmodernità* [Lyotard 1979]⁵⁰ e delle profonde metamorfosi nella struttura delle società dovute al processo di *globalizzazione*, l'intento perseguito è quello di offrire una disamina degli aspetti più salienti connessi alla salute e al *ben-essere*.

Sulla base di questo sfondo le criticità dell'attuale "passaggio d'epoca" [Melucci 1994] sono annodate al paradosso dell'avvento del villaggio globale, che se da un lato ha reso più concrete le opportunità di partecipazione diretta alla vita associativa a livello planetario, dall'altro lato la crescente condizione di interdipendenza ha esposto all'influenza reciproca da eventi economici, tecnologici e sociali che accadono nel mondo. La permeabilità dei confini del villaggio globale fa sì che ogni evento sia soggetto alla legge dell'*effetto domino*, che, travalicando il tempo e lo spazio, coinvolge a catena - in successione illimitata - realtà tra loro distanti sia geograficamente che culturalmente.

In quella che Ulrich Beck ha definito come "*società del rischio*" [2000] il lato oscuro ed ineliminabile è dato dalla presa di coscienza⁵¹ che ogni evento dannoso per la collettività

⁵⁰ Nonostante il comune riconoscimento da parte delle varie discipline circa la difficoltà di fornire una definizione chiara ed univoca del concetto di *postmodernità*, è attribuibile a Jean Francois Lyotard la paternità del termine che divenne ben presto una vera e propria categoria interpretativa della società contemporanea. La condizione postmoderna, di cui parla l'autore, sta ad indicare la situazione culturale in cui si trovano le società industriali avanzate caratterizzate dal venir meno delle *grandi narrazioni* (illuminismo, idealismo e marxismo) a favore dei "paradigmi" ammessi di volta in volta dalla comunità degli scienziati (*expertise*). In senso più generale, con il concetto di postmodernità si fa riferimento alle grandi trasformazioni socio-economiche e politiche che, dalla fine del secondo conflitto mondiale, hanno interessato l'intero Occidente. Il tratto peculiare del post-modernismo è la consapevolezza crescente del fallimento delle promesse della modernità che ha prodotto un'ampia sfiducia nelle istituzioni sociali e una coscienza maggiore delle minacce della società avanzata.

⁵¹ In virtù del suo carattere strutturalmente riflessivo la società postmoderna sottopone a revisione critica le proprie certezze, avanza dubbi e questioni nell'ottica di trovare e proporre soluzioni alternative.

(e quindi anche per il singolo) non è più circoscrivibile in uno specifico ambito né tantomeno attribuibile ad una categoria di soggetti. Tutti e ciascuno sono esposti e vulnerabili.

La natura democratica implicata dall'*universalità* dei rischi non basta a neutralizzare il clima di costante insicurezza globale per la sostanziale *incapacità di governo*⁵² - locale, nazionale e mondiale - dei pericoli⁵³ determinati dalla stessa azione dell'uomo: dalla scienza, alla tecnologia, fino all'integrazione economico-finanziaria planetaria.

Se in Beck la questione del rischio⁵⁴ è in prevalenza associata al contesto ambientale e agli effetti prodotti dal processo di modernizzazione e globalizzazione, una lettura diversa è quella proposta da Sennet [1999] in relazione alle condizioni di lavoro del neocapitalismo e alle conseguenze sulla vita degli individui. Nello scenario lavorativo contemporaneo i fattori predominanti sono quelli della flessibilità, della mobilità e dell'azzardo da rincorrere per maggiori opportunità future. I capisaldi del vecchio capitalismo, come la fedeltà all'azienda e la sicurezza del posto di lavoro, sono diventati ormai obsoleti se non addirittura dei *disvalori* rispetto all'imperativo della dinamicità e della competizione. Il lavoro ha finito per assumere la fisionomia dell'astrattezza dove niente viene dato per certo: né le relazioni coi colleghi, né l'identità del lavoratore, né le garanzie di stabilità e protezione. Non sono però scomparse le forme di potere e di controllo né le disuguaglianze nelle opportunità.

Tutto questo provoca nel lavoratore "tradizionale" un profondo senso di fallimento per l'incapacità di rispondere adeguatamente alle nuove sfide, ma anche chi è figlio del nuovo capitalismo paga un conto salato in termini di integrazione del proprio io e di percezione di continuità dell'esistenza. All'inquietudine per il destino del genere umano si aggiunge, pertanto, il malessere per la *propria* vita quotidiana in tutti i suoi aspetti.

⁵² Secondo il sociologo tedesco i rischi della società postmoderna si differenziano da quelli del periodo moderno per la loro natura globale che non consente di localizzarli e, quindi, di prevenirli. Nella società contemporanea i criteri di attribuzione di causalità e i procedimenti di calcolo del rischio, in base ai quali in passato si soppesavano costi/benefici, vengono meno. Di fronte a questa condizione di incalcolabile insicurezza la scienza stessa e la tecnologia si rivelano impotenti.

⁵³ Il termine è qui usato quale sinonimo della parola "rischio" nonostante la differenziazione che Niklas Luhman ha operato tra i due concetti. Al riguardo il sociologo tedesco definisce il pericolo come qualcosa che incombe o accade indipendentemente dalla volontà individuale; il rischio, viceversa, è causa diretta delle decisioni umane.

⁵⁴ Su una posizione simile a quella di Beck si pone il pensiero del sociologo inglese A. Giddens, che concorda circa la lettura antropica delle origini dei pericoli della tarda modernità nonché sugli effetti distruttivi di inaudita portata. La prospettiva di Giddens differisce da quella di Beck in relazione al concetto di *fiducia*, intesa dal Nostro quale condizione necessaria per far fronte ai rischi globali che altrimenti potrebbero portare all'arresto di qualunque azione e, quindi, al senso di angoscia. Secondo Giddens i saperi esperti (*expertise*) devono riguadagnarsi la fiducia perduta, in considerazione del fatto che il rischio può essere inteso anche come opportunità per poter raggiungere determinati risultati.

Verso la metà degli anni Settanta un libro innovativo e precursore dei tempi pose una questione oggi lapalissiana: al di là dei limiti ecologici esistono dei *limiti sociali* alla crescita perseguita dalla società capitalista. L'autore del testo, Fred Hirsch [1976], dimostrò l'esistenza della correlazione tra aumento della disponibilità economica delle persone e trasformazione qualitativa dei consumi. Più specificatamente, al crescere del reddito degli individui e delle famiglie la loro spesa si sposta dal consumo di beni "fondamentali" (cibo, vestiti, casa, ecc.) a beni "posizionali" (*status symbol*), la cui utilità non è legata al valore d'uso dell'oggetto, ma alla sua scarsità relativa e - quindi - al tratto di "distinzione" rispetto ai molti. Il problema di un simile comportamento sorge con l'avvento della società di mercato e del consumo di massa, perché i beni posizionali diventano consumi *di massa*. È a tale livello che la relazione circolare tra crescita economica e aumento del consumo posizionale diventa insostenibile, producendo in maniera sistematica frustrazione sulle aspettative dei singoli e perdita di benessere/qualità della vita.

Pur se in modo differente il tema dei consumi lo ritroviamo nell'analisi che Bauman [2005; 2007] fa della società globalizzata al centro della quale vi è, appunto, *l'homo consumens*. Ancora una volta emerge con assoluta evidenza il senso di malessere che sostanzia questa figura, desiderosa di raggiungere l'obiettivo illusorio della felicità personale attraverso il canale del benessere materiale. Scrive infatti il sociologo polacco:

Il valore più caratteristico della società dei consumi, anzi il suo valore supremo rispetto al quale tutti gli altri sono chiamati a giustificare il proprio merito è una vita felice, anzi, la società dei consumi è l'unica società della storia umana che promette la felicità nella vita terrena, la felicità qui ed ora e in ogni successiva "ora", una felicità istantanea e perpetua [2007:56].

Purtroppo la condizione dell'*homo consumens* è quella di eterna insoddisfazione, perché nel sistema di mercato la libertà di scelta per una "reale" soddisfazione dei propri bisogni equivale a stagnazione, non certo a crescita economica. Indubbiamente il consumatore odierno dispone di ampie libertà di selezione, ma tutte all'interno di reticolati predefiniti decisi "ex ante" e senza la sua partecipazione. L'atto del consumare, inoltre, è solipsistico pur se agito in compagnia e questo amplifica un altro aspetto del contesto contemporaneo: la dissoluzione dei legami sociali, che - come sostenuto da Bauman - si esprime sotto forma di *liquidità* sociale. Nell'arena del consumismo tutto diventa *merce* dilapidabile a breve termine, fino a quando c'è attrazione e desiderio per il

suo utilizzo; persino le persone e le relazioni che gli individui instaurano tra loro diventano oggetto di consumo a scadenza immediata.

In questo orizzonte di autentico “delirio” narcisistico [Lasch 1981] dove la ricerca illimitata ed autoreferenziale della felicità diventa *miraggio universale*, il senso di appartenenza alla *communitas* ed il legame sociale che ne sta alla base vengono progressivamente sgretolati e distrutti [Baudrillard 1976; Latouche 1995]. Tuttavia, l’affermarsi della soggettività sul senso della comunità non rende l’individuo più libero e capace di autorealizzazione, anzi.

Oggi più che mai la costruzione dell’identità⁵⁵ ha bisogno di un *noi*, di un contesto a cui appartenere e da cui ricavare un “orizzonte di senso” [Gadamer 1960], non solo per evitare di esprimersi in modo egoistico e narcisistico, ma per fronteggiare la costante insicurezza del vivere quotidiano. Molte delle principali forme di disagio e *mal-essere* che contraddistinguono le società “liquido-moderne” (ansia, depressione, difficoltà psichica, disadattamento, apatia, disaffezione, riduzione della partecipazione politica, mancanza di reti, ecc.) risiedono proprio nella dissoluzione dei legami sociali.

Del resto, diversi studi hanno da tempo dimostrato [Wilkinson 1996]- e continuano a dimostrare [Wilkinson e Pickett 2009] - il valore “disfunzionale” delle *società dell’opulenza* fondate sulla crescita⁵⁶, che invece di produrre un innalzamento qualitativo delle condizioni di vita delle persone, genera forti differenziali di reddito con ricadute negative sul modo di relazionarsi degli individui. Le ineguaglianze sociali prodotte dalla ricerca *in perpetuum* del benessere materiale hanno effetti notevoli sulle relazioni sociali, sulla solidarietà interna al gruppo di appartenenza, sul capitale sociale della comunità e, quindi, sullo stato di salute/ qualità della vita della popolazione.

È per questa ragione che oggi al centro della concezione e delle politiche per il benessere sociale vanno poste le questioni della *fiduciarità nella vita quotidiana*, della costruzione attiva dell’*inclusione*, dell’*appartenenza*, e delle *solidarietà*, della *qualità sociale* in ogni specifico territorio, della *qualità della vita* collettiva, intesa come definizione partecipata e condivisa delle priorità da perseguire a livello di comunità [Ingresso 2006:24].

⁵⁵ Il termine “identità” contiene in sé due sensi diametralmente opposti di ricœuriana memoria (1990): *ipse* ed *idem*. Il primo (*ipse*) sta ad indicare il complesso dei dati caratteristici e fondamentali che consentono l’individuazione di un soggetto come *unico* e *distinguibile* da tutti gli altri; il secondo - di contro - designa l’essere “*medesimo a*” stabilendo un rapporto di uguaglianza con altri.

⁵⁶ Al riguardo la “critica dello sviluppo”, un filone di pensiero capitanato da autori come Ivan Illich (1973) e Serge Latouche (2006), si pone nella prospettiva della decrescita quale unica strategia possibile per una società sostenibile in termini economici, ambientali e di tenuta sociale.

Le possibili vie al perseguimento del *ben-essere sociale*, concepito come:

[...] quella forma di benessere di cui gli individui beneficiano in virtù di adeguate relazioni di reciprocità ed inclusione entro gruppi e reti sociali [ivi:8]

dovrebbero indirizzarsi al sostegno di appropriate forme di coesione sociale, legami di solidarietà e pratiche di partecipazione comunitaria in grado non solo di trovare soluzioni al *mal-essere* quanto piuttosto di coinvolgere e responsabilizzare i soggetti alla *cura*⁵⁷ e *promozione* della qualità della vita. La necessità di rafforzare i legami sociali è quasi sempre legata all'insorgenza di momenti di forte conflittualità, "*hinc et nunc*", con scarsa preoccupazione per gli anni a venire. Il rimedio a breve raggio, tuttavia, non basta a soddisfare la "voglia di comunità" [Bauman 2001]- cui si assiste da diversi anni - alimentata anche dalla crisi dello Stato-Nazione e delle sue funzioni unificanti e coesive.

L'opera di (ri)consolidamento del *noi* comunitario, però, non è immune dal rischio oggettivo di in-coesione. Difatti, da un lato si potrebbe verificare l'insorgenza di un *comunitarismo tribale* [Pulcini 2002] fondato su legami distruttivi rispetto a coloro che vengono esclusi dal *noi*. Dall'altro lato, il prevalere nelle società liquide dell'*individualismo narcisista* tende per sua natura ad erodere ogni legame.

Una possibile inversione di tendenza è quella dell'agire sociale basato sul "dono" o, meglio, sul principio di reciprocità tipico delle società tradizionali in base al quale vige il triplice obbligo di donare, ricevere e ricambiare. È attraverso tale obbligo e la molteplicità di doni e contro-doni che si fondano e si mantengono i legami sociali [Mauss 1965].

Oggi questa conclusione è supportata da diverse ricerche. Nell'economia di mercato le relazioni assumono carattere *impersonale* per via dello scambio di "equivalenti" che annulla ogni possibilità di contraccambio sottesa, invece, dal dono.

Il dono è desiderio di appartenenza che ha origine dal sentimento della propria insufficienza e vulnerabilità; e che si mobilita al fine di instaurare il legame sociale con l'altro, indipendentemente dalla sua identità personale, religiosa, etnica o nazionale [Pulcini 2002:77]

Similmente Godbout e Caillé:

È definibile *dono* ogni prestazione di beni o servizi effettuata senza alcuna garanzia di restituzione al fine di creare, alimentare o ricreare il legame sociale [1998:30].

⁵⁷ Al riguardo una proposta innovativa all'odierna carenza di cura e, quindi, del "*prendersi cura di*" viene offerta dai saggi, a cura di Marco Ingrosso, costitutivi dell'inserto mensile n. 37 della rivista *Animazione Sociale* (2011) dal titolo: "Educarci alla cura insieme agli adolescenti". L'inserto, muovendo dalla sensazione diffusa di un "vuoto alla cura" che riguarda, in primis, le nuove generazioni ma allo stesso tempo gli adulti/educatori chiamati a colmare questo vuoto, presenta alcuni orientamenti, impegnativi, per l'azione educativa degli adolescenti al *prendersi cura* di se stessi, degli altri, dell'ambiente urbano e naturale nonché degli esseri viventi non umani.

Secondo i due autori la caratteristica odierna del dono è quella di aver travalicato i confini della sfera intima, privata, familiare - a cui tradizionalmente veniva ascritto - per estendersi alla sfera pubblica e sociale (es. organizzazioni non-profit del Terzo settore); è il dono agli sconosciuti quello che oggi prevale (es. dono degli organi, del tempo, di lavoro, ecc.), dettata da una sorta di *fiducia* nella risposta dell'altro, inteso come "qualunque" altro, al nostro desiderio di appartenenza e di socialità. Nell'era planetaria, dunque, il dono prenderebbe la forma di "terzo paradigma" [Caillé 1998]- rispetto allo spazio politico e a quello economico del mercato - destinato a reinstaurare il senso di solidarietà atteso.

Un altro ambito di azione è quello della *partecipazione sociale*.

Restringendo il campo di osservazione al settore della promozione/tutela della salute, la partecipazione dei cittadini - nell'ideazione, sviluppo, organizzazione e valutazione dei servizi e trattamenti - è un diritto il cui *background* va fatto risalire, come già visto, alla Conferenza sull'assistenza primaria di Alma Ata del 1978 e, quindi, alla Carta di Ottawa del 1986 che ne rafforza il valore. Il coinvolgimento della cittadinanza (individui, gruppi di volontariato, associazioni di pazienti, comunità locali, ecc.) viene inteso come una strategia di miglioramento della qualità dei servizi erogati e, di conseguenza, anche delle condizioni di salute e qualità della vita delle persone sane. Molti dei sistemi sanitari occidentali, universalistici e non, hanno abbracciato (almeno negli atti ufficiali)⁵⁸ tale obiettivo anche in virtù del fatto che potrebbe costituire un possibile antidoto alla crescita dell'individualismo e alla disaffezione/sfiducia delle persone nei confronti della *res publica* compresa la sanità.

Eppure, la letteratura⁵⁹ al riguardo palesa un panorama abbastanza difforme rispetto ai proclami. Difatti, nonostante le benevoli intenzioni e alcune pregevoli esperienze, soprattutto nei paesi anglosassoni⁶⁰, la partecipazione alle decisioni stenta ancora ad

⁵⁸ Il coinvolgimento delle associazioni e dei cittadini è esplicitamente previsto dalla normativa italiana in diversi ambiti delle politiche pubbliche: dai programmi di riqualificazione urbana (contratti di quartiere), ai piani di zona della legge quadro sulle politiche sociali per arrivare al settore sanitario con i comitati consultivi misti e la carta dei servizi. La stessa Unione Europea ha dato grande impulso in tale direzione tanto che non esiste programma comunitario in cui non compaiano espressioni come: *partenariato, coinvolgimento dei cittadini, partecipazione*.

⁵⁹ Cfr. "Programma nazionale per le linee guida" dell'Istituto Superiore di Sanità, "Il coinvolgimento dei cittadini nelle scelte in Sanità. Una rassegna di studi, esperienze, teorie", Ministero della Salute, Documento n. 10, dicembre 2005. Disponibile al link: www.snlg-iss.it/cms/files/LG_partecipazione.pdf.

Cfr. anche "Modelli per il coinvolgimento del paziente", in *Clinical governance*, Agosto 2005, pp.24-30; consultabile presso: www.partecipasalute.it

⁶⁰ Per migliorare il livello di partecipazione dei cittadini ai processi decisionali il Regno Unito ha usato negli anni varie strategie (Community Health Councils 1974, Citizens' Juries 1994, Patients' Forum 2001, Patient Advice and Liason Service 2001, ecc.) volte a fornire alle persone gli strumenti adeguati per prendere parte ai tavoli di lavoro in modo competente ed informato. Similmente si è mossa l'Australia dove nel 2000 il Department of Human Services ha emanato il documento "*Consumer and carer participation in*

entrare nella prassi operativa dei servizi sanitari restando prevalentemente ancorata al livello di *consultazione* più che di *interlocuzione* [Pollock 1992]. Il dato stridente rispetto a tale realtà è la costante crescita dell'interesse delle persone al coinvolgimento attivo nel prendersi cura di sé e della propria salute anche attraverso l'associazionismo e gli organismi di *advocacy*⁶¹.

Diversi i motivi di questo divario che, almeno per quanto riguarda l'Italia, riguardano fattori come la cultura organizzativa delle aziende sanitarie, l'atteggiamento "difensivo" degli operatori davanti ad un utente/cittadino sempre più esigente ed informato, il primato della riduzione delle spese rispetto alla soddisfazione dei bisogni, la scarsa considerazione dei mutamenti sociali rispetto a quelli epidemiologici e demografici, il prevalere della gestione *tecnica* della salute a scapito di nuove forme di governabilità [Cavicchi 2010].

La complessità della questione esigerebbe l'approfondimento di tutti questi fattori, ma volendo rispettare i confini del nostro oggetto di studio è utile focalizzare l'attenzione sulle questioni ritenute più urgenti di "innovazione".

Tra queste, senza dubbio, il miglioramento dell'efficacia dei servizi sanitari.

L'apparente "ovvietà" di tale caratteristica si scontra con l'oggettiva incapacità dei moderni sistemi sanitari, parcellizzati ed autoreferenziali, di promuovere interazioni con il

primary care partnership" nel quale si stabilisce la necessità di evolvere verso un sistema sanitario inclusivo della partecipazione dei cittadini alla pianificazione ed erogazione dei servizi e delle prestazioni. Per realizzare tale obiettivo nel 2001 nascono due organismi, il Consumer and Carer Advisory Group ed il Consumer Focus Collaboration, con la finalità di fungere da supporto e di fornire linee guida ai progetti di coinvolgimento dei cittadini (il primo) e di dotare i cittadini delle necessarie informazioni e capacità per essere attori nei processi decisionali (il secondo). Anche Canada e Stati Uniti hanno prodotto documenti ed iniziative importanti per la partecipazione attiva della comunità. Al riguardo si segnala il canadese "*Choice work dialogue*", un sistema di consultazione che consiste nel coinvolgimento di alcuni cittadini - scelti casualmente - in gruppi di discussione e confronto su determinate questioni per poter valutare gli aspetti fondamentali ai fini di una scelta risolutiva. Il contesto americano si distingue soprattutto per la presenza di numerosi gruppi di attivisti impegnati nella difesa dei diritti civili in sanità, che in virtù della loro elevata competenza non solo sono gli ufficiali portavoce dei bisogni dei pazienti e della comunità a cui appartengono, ma sono anche membri di vari organismi di tutela della salute collettiva come: Human Drug Advisory Committee (controllo dei farmaci in commercio), National Breast Cancer Coalition (ricerca e politica relativa al tumore del seno), Consumer Advocates in Research and Related Activities, i cui membri prendono parte a processi di *peer review* per valutare l'allocazione di fondi e i materiali informativi/educativi.

⁶¹ Per antonomasia le numerose organizzazioni private della società civile, sorte per realizzare - senza alcuno scopo di lucro - finalità di utilità collettiva e/o solidaristiche (c.d. "Terzo settore"), hanno da sempre concorso a promuovere la partecipazione diretta dei cittadini. In taluni casi tale partecipazione ha assunto anche caratteristiche organizzative innovative come la cooperazione sociale. Tuttavia, per via della progressiva dismissione della funzione gestionale da parte degli enti pubblici locali, le organizzazioni del privato-sociale hanno dovuto rafforzare la parte gestionale, diventando di fatto delle imprese sociali e non più solo dei laboratori sperimentali di innovazione di processo (nuove modalità operative) e di prodotto (nuovi servizi). L'originaria funzione di *tutela dei bisogni di assistenza* e di *partecipazione sociale* (propria degli anni Settanta Ottanta) diventa così del tutto secondaria. Oggi il Terzo settore corre il rischio di non operare più in funzione dell'«interesse generale», ma in funzione dell'Ente pubblico e delle specifiche urgenze che questo deve affrontare (es. assistenza domiciliare, residenze sanitarie per anziani, disabilità, asili nido, ecc.) [Borzaga e Fazzi 2004].

proprio ambiente sociale. La causa primaria di tale inadeguatezza sta nell'aver privilegiato il “*come fare*” (processo produttivo) rispetto al “*cosa fare*” (processo decisionale), che ha inevitabilmente condotto la macchina organizzativa della sanità pubblica verso modelli gestionali tipici della razionalità efficientista [Cavicchi 2005].

L'aziendalizzazione della struttura sanitaria ha caricato l'agire professionale degli operatori di due nuovi criteri, *economicità ed efficienza* [Manghi 2005], diminuendo il grado di discrezionalità operativa riguardo alla peculiarità dei bisogni degli utenti. Il rigoroso rispetto degli standard e delle procedure codificate possono tener conto degli interessi generali di salute/malattia, ma mal si adattano all'interesse particolare così che mentre l'azienda sanitaria continua ad agire in maniera burocratica ed omologante, l'utenza si trova a sperimentare un notevole grado di insoddisfazione per l'inefficacia della risposta ottenuta alla propria domanda [Altieri 2009].

La gestione *tecnica* della salute ha reso ancillare un partner, il cittadino, che invece è “*pars costruens*” della salute stessa e dal quale occorre ripartire per “*curare i sistemi che curano*”. La partecipazione attiva della cittadinanza ai processi decisionali, tuttavia, non può più essere intesa come un semplice obiettivo, un *fine* da raggiungere, quanto invece come *strumento* per nuove forme di governabilità. Il governo della salute individuale e collettiva esige attori competenti, in grado di operare scelte libere e consapevoli in materia sanitaria.

È dunque importante considerare che il cittadino può essere attore [...] solo se possiede capacità (abilità + risorse) che gli permettano di poterlo essere, e solo a quel punto rientra nella sua libertà sostanziale la scelta di esserlo effettivamente, di non esserlo e di come esserlo. La partecipazione attiva dei cittadini è condizionata quindi da processi di sviluppo delle capacità degli stessi - *empowerment*. [Serio 2012:89]

Tale pre-requisito è oggi ancora più rilevante in considerazione del passaggio del welfare state e delle politiche sanitarie da un *indistinto universalismo* ad una *selettività mirata*, che ai fini dell'equità dovrà essere fondata su una forte solidarietà sociale complessiva [Franzini e Raitano 2007]. In tale prospettiva il ruolo decisionale della società civile non potrà più essere opzionale bensì obbligatorio.

2.1.2 - Invecchiamento della popolazione ed impatto sui sistemi di tutela della salute dei Paesi industrializzati

Riprendendo l'interrogativo precedentemente lasciato in sospeso: “*In quali termini l'allungamento della speranza di vita alla nascita rappresenta una sfida per la sanità dei paesi sviluppati?*”, l'analisi della situazione italiana può facilitare il nostro compito di risposta.

Se l'Europa può vantare il doppio primato di essere il "Vecchio" continente e quello più vecchio per popolazione over 65 anni (attualmente pari al 16,2% della popolazione complessiva), l'Italia può vantare il duplice primato di essere il paese più vecchio d'Europa e con il più basso tasso di natalità⁶². Senza dubbio il primato italiano non è scevro di *effetti* importanti sull'organizzazione sociale nel suo complesso e sul sistema sanitario in particolare.

L'invecchiamento della popolazione ha condotto ad un cambiamento della morbilità e, quindi, della domanda sanitaria. Tanto più è ampia la speranza di vita tanto maggiore è la probabilità dello scadimento delle condizioni di salute⁶³ che, a sua volta, genera richiesta di prestazioni socio sanitarie. Le affezioni che riguardano l'anziano sono particolarmente complesse per la molteplicità dei bisogni che sottendono e per la loro mutabilità negli anni.

Alla domanda: chi è il tipico paziente geriatrico? La risposta è: pensa al più anziano, al più malato, al più complesso ed al più fragile dei tuoi pazienti. Questo paziente è affetto di solito da multiple malattie e deficit funzionali, la presentazione è spesso atipica, i suoi problemi di salute sono cronici, progressivi, solo in parte reversibili [Hazzard 1996: introduzione]

Il rischio di incorrere nella condizione di non autosufficienza, di contrarre patologie di tipo cronico degenerative aumenta sensibilmente con l'età, causando un bisogno sempre maggiore di cura ed assistenza oltre che di progressiva dipendenza dai servizi socio-sanitari. L'anziano-cronico, difatti, è costretto a cure continuative che lo portano ad avere un'interazione costante col sistema sanitario sia in termini di visite mediche che di prestazioni diagnostiche e farmacologiche. Lo sforzo assistenziale richiesto è "oneroso" per l'enorme necessità di risorse da impiegare: economiche, fisiche, psicologiche e di tempo.

Nel nostro paese il carico dell'assistenza al paziente disabile, al malato cronico, all'anziano demente/fragile, è ancora prevalentemente sostenuto dalla rete "familistico-parentale", retaggio di un regime di welfare cosiddetto "mediterraneo"⁶⁴ (Europa

⁶² Secondo i dati demografici dell'Istat il nostro Paese sta costantemente registrando un aumento del processo di invecchiamento della popolazione dove un cittadino su cinque ha già compiuto 65 anni e gli *over* 80 sono il 5,3% degli italiani. L'indice di vecchiaia, che misura il rapporto tra persone con più di 65 anni e quelle con meno di 15 anni, ha ugualmente subito un sensibile incremento raggiungendo circa il 143%. [Cfr. <http://demo.istat.it>].

⁶³ "Tra gli anziani di una certa età, i rischi di morte si stanno riducendo, ma l'incidenza delle disabilità o delle malattie croniche, a quella stessa età, potrebbero in futuro diminuire meno velocemente dei rischi di morte stessi. Se così avvenisse, ne deriverebbe la conseguenza che mentre la speranza di vita si allunga, cresce la proporzione di questa vissuta in salute non buona" [Livi Bacci 1998:289]

⁶⁴ In linea generale i sistemi europei di welfare hanno reagito al processo di invecchiamento della popolazione in modo differenziato. Nell'ambito del regime "socialdemocratico" che caratterizza i welfare

meridionale) [Naldini 2002; 2003]. Il tratto caratteristico di tale modello nei confronti della non autosufficienza è quello della *delega* del lavoro di cura alla famiglia e - da parte dello Stato - dell'erogazione di trasferimenti finanziari piuttosto che di servizi di cura ed assistenza.

La collocazione dell'Europa mediterranea, di cui l'Italia fa parte, in termini di modello di intervento nei confronti della non autosufficienza degli anziani, appare quanto mai chiara: questo gruppo di paesi presenta i minori tassi di sviluppo e di copertura nel panorama dell'Europa occidentale sia nei servizi residenziali, sia soprattutto in quelli domiciliari; la situazione italiana non si discosta significativamente da quella dei restanti paesi dell'area mediterranea, se non per una leggermente maggiore diffusione dell'assistenza domiciliare [Pavolini 2004: 58-59]

In un simile sistema di welfare, dove gli aiuti finanziari sono sostanzialmente gli unici aiuti garantiti dallo Stato, la rete "familistico-parentale" assume un ruolo sempre più rilevante per l'assistenza del paziente geriatrico. Difatti:

[..] anche quando il trasferimento sia sufficiente per comprare tutti i servizi che si rendessero necessari, l'acquisto, il coordinamento ed il controllo dei vari servizi richiede un intervento significativo da parte delle famiglie degli anziani non autosufficienti [Albertini 2009:237]

Tuttavia, la trasformazione degli assetti sociali - in particolare della famiglia - rende complesso il lavoro di cura e di soddisfacimento dei bisogni che nascono all'interno di questa. Per effetto del calo di natalità, le dimensioni familiari si riducono notevolmente come si restringono le generazioni giovani ed adulte, in grado di perpetuare il sistema di sostegno parentale [Barbagli et al. 2003:204].

Inoltre, poiché l'allungamento della speranza di vita rende maggiori le probabilità di arrivare ad un'età importante, è plausibile che - in modo sempre più frequente - una persona anziana debba prendersi cura di un familiare già vecchio con effetti di non poco conto per il proprio stato di salute [Golini 2003:98].

Storicamente i compiti di cura sono stati affidati ai soggetti femminili della famiglia, a cui spettava l'accudimento dei figli e la responsabilità della cura degli adulti/anziani con problemi di salute. Tale atteggiamento, definito come "altruismo coatto" [Land e Rose 1985] si traduce, tuttora, nell'affidare il ruolo di *caregiver* prevalentemente alle donne. In Italia l'83% del tempo di assistenza/cura dell'anziano fragile, all'interno del sistema informale, è svolto da soggetti femminili, pur a fronte di una loro maggiore partecipazione al mercato del lavoro [Del Boca e Rosina 2009].

scandinavi si è reagito con l'aumento dei servizi (soprattutto Svezia e Danimarca); il quello "conservatore-corporativo" dell'Europa continentale si è scelta la strada assicurativa (Germania) o dell'indennità pubblica (Francia); in quello "mediterraneo" con un crescente ruolo dei trasferimenti monetari.

Altro elemento fondamentale per il funzionamento del welfare familistico è la prossimità tra le generazioni. La vicinanza territoriale e/o la convivenza consente alla famiglia di soddisfare il bisogno della continuità dell'assistenza (giorno e notte, sette giorni su sette, per molti anni) determinata dalla patologia disabilitante del familiare.

Questo particolare “welfare mix”, con cui si è affrontato nel nostro paese il processo di invecchiamento, presenta oggi problemi di sostenibilità non irrilevanti. L'assottigliarsi delle dimensioni familiari, la crescita dell'instabilità coniugale, l'incremento della mobilità geografica, che riduce la prossimità tra genitori e figli, stanno indebolendo la capacità assistenziale della rete parentale.

A sua volta il secondo cardine del modello italiano per le attività di cura del paziente anziano, l'ospedale, sta modificando il proprio ruolo. Fino ad oggi la struttura ospedaliera ha rappresentato *di fatto* il servizio di riferimento per i problemi connessi all'invecchiamento a fronte della sostanziale carenza di servizi territoriali “ad hoc”. Il doloroso capitolo dei costi sanitari ha portato, però, i decisori politici a ridefinire il ruolo di tale struttura e ad orientarla verso la cura dell'acuzie e l'offerta di prestazioni diagnostico-terapeutiche ad elevata tecnologia ed impegno clinico [Guzzanti 2006; Gardini 2007].

Se dal lato dei costi si ottiene risultati importanti grazie alla riduzione delle ospedalizzazioni improprie, dal lato del sostegno assistenziale si rischia, allo stato attuale, di creare un dilemma. Ed infatti, in riferimento al rinnovamento del proprio ruolo, l'ospedale tende ad evitare pazienti con necessità di cura a lungo termine e a bassa complessità clinica, ma sul versante delle alternative - come già visto - l'Italia è ancora molto indietro rispetto ad altri paesi europei.

L'aver privilegiato la leva dei trasferimenti monetari ha indebolito lo sviluppo di servizi assistenziali specifici come l'assistenza domiciliare, i centri riabilitativi, le strutture di assistenza a medio e lungo termine, i centri diurni, e così via.

Le malattie croniche hanno bisogno di strategie di intervento molto diverse rispetto a quelle per le malattie acute e, sotto tale profilo, la loro “de-ospedalizzazione” si dimostra una strategia necessaria. D'altro canto però, le trasformazioni dell'istituzione familiare, su cui finora si è retto il nostro sistema di welfare, apre sfide assistenziali che non possono essere risolte con singole azioni:

[...] proprio in una fase di compressione delle spese sociali, emerge un bisogno sociale in rapida diffusione e sinora scarsamente tutelato dal nostro sistema di welfare. La soluzione del dilemma non sta tuttavia nel rinviare la gestione della non autosufficienza alle virtù della società civile, o ancor peggio a quelle delle famiglie

italiane. Si richiede un investimento politico che tenga conto delle risorse familiari e societarie esistenti e che su queste innesti un'azione pubblica capace di rafforzarle e sostenerle. [Ranci 2001:304]

Per far fronte alle sfide dell'invecchiamento occorre operare profondi cambiamenti nella programmazione sanitaria. L'organizzazione della "cura" del paziente cronico deve innanzitutto prevedere la creazione di una rete organizzativa multidisciplinare che raccordi l'assistenza in acuto con quella a lungo termine, attraverso programmi di *continuità assistenziale* per la presa in carico globale del paziente.

La continuità assistenziale è un progetto organico di "care" (presa in cura e presa in carico dell'utente) centrato sui bisogni del paziente e basato su un approccio che coinvolge, accanto al personale medico (medici generici e specialisti), quello non medico e sovente anche i servizi sociali. La continuità assistenziale è condizione necessaria per il corretto trattamento delle malattie cronico-degenerative, che vanno intese anche come malattie evitabili oltre che curabili.

Nei piani di prevenzione del nostro paese, invece, le patologie croniche dell'anziano hanno trovato scarsa considerazione non comparendo sempre tra gli obiettivi da perseguire⁶⁵. È a livello delle cure primarie che la fragilità lentamente matura ed è qui che dovrebbe essere evitata.

Nella realtà quotidiana sono le cure primarie che affrontano la difficile prevenzione delle malattie cronico degenerative che richiedono metodologie particolari, solitamente non oggetto di didattica nei corsi di laurea medico-sanitari. Sicuramente il continuo contatto con il paziente-cliente è condizione necessaria per realizzare un'efficace prevenzione nel tempo [Salvioli 2006:71]

Più specificatamente, il setting naturale per evitare precocemente l'insorgenza di malattie invalidanti e croniche è rinvenibile all'interno della relazione medico generale e paziente. È dalla conoscenza della storia familiare e delle abitudini di vita delle persone, infatti, che possono muovere azioni mirate per cercare di prevenire importanti malattie future.

Come evidenziato dall'OMS nel rapporto dal titolo: "Prevenire le malattie croniche: un investimento vitale" [2007]⁶⁶, nella maggioranza dei casi i fattori di rischio di tali malattie sono pochi, conosciuti e prevenibili. Tre dei più importanti sono: una dieta ricca di grassi e di zuccheri, l'inattività fisica e il consumo di tabacco; agire preventivamente su questi tre fattori significa salvare la vita⁶⁷ a milioni di persone nel mondo.

⁶⁵ Cfr. Piano Nazionale per la prevenzione 2005-2007.

⁶⁶ Il testo integrale del Rapporto è disponibile sul sito: www.who.int

⁶⁷ Le malattie croniche sono la principale causa di morte nel mondo.

Nell'immediato futuro, dunque, i due obiettivi strategici - *continuità assistenziale* e *prevenzione* - dovranno far parte della programmazione sanitaria di molti paesi se si vuole rispondere efficacemente ai bisogni di una popolazione che vive di più, ma che rischia di vivere molti di questi anni in cattiva salute.

Ciò significa - come più volte indicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità - investire gran parte delle risorse disponibili sulle cure primarie, quale contesto "privilegiato" per lo sviluppo di una medicina territoriale, occupata nelle attività di promozione di corretti stili di vita, nella rilevazione delle malattie croniche già al loro esordio e nella continuità delle cure e dell'assistenza per i problemi di long-term diagnosticati.

2.2 - Due modelli di care nel contesto americano: "Chronic Care Model" e "Kaiser Permanente"

Il volto più conosciuto della sanità americana è senza dubbio quello di un modello di tutela della salute umana dominato dalla logica mercantile e basato sulle assicurazioni private generalmente connesse al posto di lavoro. La copertura delle spese sanitarie non è un diritto esigibile da tutti⁶⁸ ma solo da chi paga e si auto-tutela, per cui, come spesso succede, a rimetterci maggiormente sono proprio le fasce di popolazione più deboli. Le uniche assicurazioni sanitarie federali sono rivolte a persone al di sopra dei 65 anni d'età (*Medicare*) e a soggetti poveri (*Medicaid*) le quali, tuttavia, non coprono affatto la totalità degli anziani e degli individui o famiglie bisognose. Il volto della sanità americana, però, non è solo questo.

Nel lato "buono" del sistema sanitario *made in Usa* troviamo un settore pubblico che finanzia - con circa il 3% del Pil - la ricerca biomedica e lo sviluppo tecnologico, ponendosi ai primi posti della classifica mondiale per investimenti pubblici a favore dell'innovazione scientifica. Troviamo inoltre organizzazioni sanitarie che non solo erogano prestazioni di eccellente qualità, ma che sperimentano anche - con successo - modelli di cura innovativi e costruiti attorno ai bisogni dei pazienti. In tale luce va posto il *Chronic Care Model*⁶⁹ (CCM), un modello gestionale per la cura e l'assistenza di pazienti

⁶⁸ Sulla base delle stime 2010 del *US Census Bureau* circa 50 milioni di cittadini americani (pari al 16,7% della popolazione) sono privi di qualunque forma di assicurazione.

<http://www.census.gov/prod/2011pubs/p60-239.pdf>

⁶⁹ Il modello è stato originariamente sperimentato presso la *Group Health Cooperative*, una Manager Care Organization di Seattle, ed è frutto di una revisione della letteratura e delle evidenze scientifiche

cronici elaborato negli anni '90 da un gruppo di ricercatori statunitensi del *MacColl Institute for Healthcare Innovation* di Seattle.

Il CCM muove da una duplice necessità:

1. far fronte ad uno dei principali dilemmi della sanità mondiale del 21^{mo} secolo: l'invecchiamento della popolazione e il mutato quadro epidemiologico;
2. ridisegnare il sistema delle cure primarie per gestire in modo appropriato ed efficiente le patologie a lungo termine.

Sulla base di tali presupposti il gruppo di ricercatori di Seattle, guidati dal prof. E.H. Wagner, ridefinisce l'approccio alle malattie croniche spostando i modelli di cura da un approccio *reattivo*, fondato sull'attesa dell'evento acuto, ad uno *proattivo* in grado, cioè, di prevedere e prevenire eventuali complicazioni ed aggravamenti della patologia.

La filosofia del modello è che il miglioramento della qualità dell'assistenza per i pazienti affetti da malattie croniche si consegue attraverso un approccio proattivo, il coinvolgimento dei pazienti, delle famiglie e della comunità, la forte integrazione tra cure primarie e secondarie, l'utilizzo di percorsi assistenziali e di linee guida evidence-based, la motivazione dei professionisti anche attraverso adeguati incentivi [Maciocco et al. 2005:33].

Per lo sviluppo ed il miglioramento dell'assistenza e cura dei pazienti cronici il CCM adotta una visione "sistemica" di attivazione di tutte le leve organizzative ed operative, individuando sei specifiche aree di intervento:

1. l'organizzazione sanitaria (*Health System*), all'interno della quale la gestione delle cronicità deve far parte delle priorità sia dei finanziatori che degli erogatori dell'assistenza sanitaria;
2. l'organizzazione del team assistenziale (*Delivery System Design*), che deve prevedere una chiara divisione dei compiti tra personale medico ed infermieristico e separare l'assistenza ai pazienti acuti dalla *gestione programmata* ai pazienti cronici. Spetta ai medici il trattamento degli eventi acuti, intervenire nei casi cronici difficili e formare il personale del team; agli infermieri spetta il compito di supportare l'autocura dei pazienti, di assicurare la programmazione e lo svolgimento del follow-up e lo svolgimento dei test di laboratorio;
3. i processi decisionali (*Decision support*), che vanno supportati con l'adozione di linee-guida condivise basate sull'evidenza e che devono tener conto anche delle preferenze dei pazienti;

effettuata da un panel di esperti americani. Il modello è stato successivamente sviluppato attraverso il programma nazionale *Improving Chronic Illness Care (ICIC)*. Vedi: www.improvingchroniccare.org.

4. il sistema informativo (*Clinical Information System*), chiamato a svolgere tre funzioni basilari, quali:
 - a. sistema di allerta che aiuta il team ad attenersi alle linee-guida condivise;
 - b. feedback di performance dell'attività del team e del sistema di cura;
 - c. registri di patologia⁷⁰ per pianificare piani di cura individuali per i singoli pazienti e per identificare importanti sottopopolazioni per un'assistenza proattiva (*population-based*);
5. il sostegno all'autocura (*Self-management support*) per preparare i pazienti a gestire la loro salute e la loro assistenza. Nelle patologie croniche, difatti, il paziente (e la sua famiglia) diventa protagonista attivo dei processi decisionali assistenziali ed è chiamato ad acquisire competenze e fiducia nella possibilità di governo della propria malattia;
6. le connessioni con la comunità (*The Community*), necessarie non solo per colmare le eventuali mancanze nei servizi specifici, ma soprattutto per creare partnership con le risorse del territorio (volontariato, gruppi di self-help, centri per anziani, ecc.) in grado di sviluppare strategie di intervento che migliorino l'assistenza al paziente cronico.

La *mission* del CCM è quella di un paziente “empowered”, che interagisce con un team professionale preparato e proattivo al fine di ottenere cure primarie di alta qualità, di un'utenza soddisfatta e partecipativa nonché di miglioramenti nello stato di salute della popolazione [Bodenheim, Wagner et al. 2002]. Non si tratta affatto di un modello teorico ed astratto, ma rappresenta una guida reale per il miglioramento del settore delle cronicità. Numerosi sono, infatti, gli studi svolti per accertare l'applicabilità e l'efficacia del CCM tra cui va ricordato quello realizzato nel 2004 dal *King's Fund*⁷¹, prestigiosa istituzione britannica di ricerca. L'indagine inglese ha rilevato che alcune tra le più importanti Health Maintenance Organization (HMO)⁷², quelle con più elevati standard di qualità assistenziali, hanno come modello di riferimento proprio il “Chronic Care”. Similmente uno studio pubblicato nel 2005, basato su meta-analisi della letteratura e finalizzato a

⁷⁰ I registri di patologia sono una delle caratteristiche centrali del *Chronic Care Model*, si tratta di liste di tutti i pazienti con una determinata condizione cronica in carico ad un team di cure primarie.

⁷¹ J. Dixon, B. Finlayson, D. Gray, R. Lewis, R. Rosen, *Managing chronic disease. What can we learn from the US experience?*, King's Fund, January 2004. [www.kingfund.org.uk]

⁷² L'*Health Maintenance Organization* (Organizzazione per il mantenimento della sanità) è una rete sanitaria istituita negli anni Settanta. La sua principale caratteristica è quella di fornire un sistema di prestazioni a fronte di una quota fissa annuale, con il vincolo di doversi avvalere di un limitato numero di medici di famiglia e di strutture specialistiche e ospedaliere rigorosamente indicate dall'HMO, perché convenzionate o di proprietà della stessa organizzazione.

verificare se l'applicazione del CCM ha prodotto migliorie nella salute della popolazione coinvolta nell'intervento, giunge alla seguente conclusione:

[...] gli interventi che contengono almeno uno dei sei elementi del *Chronic Care Model* migliorano gli outcome clinici, i processi di cura – e quanto meno la qualità della vita – dei pazienti con malattie croniche [Tsai, Morton et al. 2005:486].

Pur a fronte della comprovata validità del modello la sua applicazione non è esente da costi richiedendo investimenti rilevanti sia nei sistemi informatici che nel personale. Ciò ha contribuito all'adozione del “Chronic Care” soprattutto da parte di strutture finanziate dal pubblico - come i Centri sanitari di comunità gestiti dal programma pubblico *Medicaid* - o da organizzazioni non profit come l'HMO *Kaiser Permanente* (KP).

Quest'ultima, in particolare, rappresenta un modello di riferimento internazionale⁷³ per la strutturazione delle cure primarie. La KP è una delle più antiche (fondata nel 1945) e note organizzazioni sanitarie statunitensi non profit (HMO), che assiste circa 8,2 milioni di persone ed opera prevalentemente in California. La sua caratteristica principale è quella di essere un “sistema” con funzioni fortemente integrate: opera - infatti - sia come assicuratore che come gestore/erogatore di servizi tramite tre specifici organismi:

1. *Kaiser Foundation Health Plan* (l'ente assicurativo; il 93% degli iscritti sono dipendenti di aziende pubbliche o private ed anziani di “Medicare”);
2. *Kaiser Foundation Hospitals* (la rete ospedaliera);
3. *Permanent Medical Groups* (medici di famiglia e specialisti a rapporto esclusivo con l'organizzazione e responsabili della gestione delle risorse loro assegnate e necessarie all'erogazione di cure di qualità).

La KP, grazie al suo peculiare modello organizzativo, è in grado di offrire ai propri assicurati un livello di cure estremamente avanzato dal punto di vista tecnologico e una serie di servizi territoriali ad alto grado d'integrazione tra cure primarie e secondarie; grande attenzione è anche riservata ai temi della prevenzione, sia di tipo primario che secondario, impegnando ingenti risorse nell'educazione del paziente.

In maniera più dettagliata i punti di eccellenza del “sistema” *Kaiser* sono legati al livello di complessità assistenziale garantito dalle strutture territoriali erogatrici delle cure

⁷³ In termini di risultati di salute e di efficienza gestionale i livelli raggiunti dal KP sono stati giudicati come particolarmente importanti in ambito internazionale. I risultati ottenuti dalla Kaiser sono stati oggetto di indagine da parte di numerosi studi tra cui quello comparativo con il sistema sanitario inglese (Nhs) realizzato da Feachem (e collaboratori) nel 2002 dal titolo: “*Getting more for their dollar: a comparison of the Nhs with California's Kaiser Permanente*”, pubblicato dal British Medical Journal. Da tali studi è emersa la netta superiorità del modello Kaiser in virtù della forte integrazione - anche di tipo gestionale - tra cure primarie e secondarie e del ruolo riservato all'ospedale, considerato come una parte assolutamente non scorponabile dal territorio, diversamente da quanto perseguito in Gran Bretagna.

primarie (*facilities*) all'interno delle quali operano medici specialisti in medicina di famiglia, medicina interna, pediatria e ginecologia-ostetricia. Ogni struttura di *primary care facilities* prevede la presenza di un numero medio di 20-40 *primary care physicians*, i quali lavorano in forma associata e sono coadiuvati da altri professionisti come gli assistenti medici (*physician assistant*) e gli infermieri di famiglia (*nurse practitioners*). Quest'ultimi hanno la propria lista di pazienti da seguire e sono autorizzati ad eseguire visite, fare diagnosi e prescrivere alcuni farmaci. Le strutture di cure primarie sono sempre dotate di laboratorio, radiologia e farmacia, sono inserite in un sistema di rete con altre strutture sanitarie e sono accessibili di notte e nei giorni festivi per le urgenze.

Le ricadute sul livello di assistenza per il paziente sono immediate sia sotto il profilo dei tempi e delle liste di attesa per l'erogazione di una prestazione, sia - soprattutto - dal punto di vista della *gestione* degli accertamenti necessari per la formulazione diagnostica e la presa in carico del problema di salute. Ciò determina, a sua volta, significativi miglioramenti sul versante dell'assistenza ospedaliera, dal momento che l'ospedale viene esentato dai compiti impropri di diagnostica ambulatoriale a beneficio dei pazienti ricoverati. Del resto, come la gran parte delle HMO americane, la *Kaiser permanent* è particolarmente attenta a monitorare i ricoveri ospedalieri e a ridurre la durata delle degenze per un migliore utilizzo delle risorse economiche.

In tal senso, uno dei settori di maggior investimento della KP è la gestione delle malattie croniche, per le quali è stato adottato il *Chronic Care Model* ed è stata data molta rilevanza all'addestramento al *self-care*.

Per poter offrire la miglior assistenza per tipologia di bisogno⁷⁴ il sistema "Kaiser" prevede l'utilizzo di percorsi di assistenza multidisciplinari (*care pathways*) dove viene descritto, nel dettaglio, ciò che deve essere svolto per ogni giorno di degenza.

L'organizzazione delle dimissioni è affidata ad un'equipé "ad hoc", a cui spetta il compito di educare all'autocura il paziente e, qualora il rientro a domicilio non fosse possibile, a provvedere al suo inserimento nelle *skilled nursing facilities* (Residenze Sanitarie Assistenziali), che giocano un ruolo fondamentale nella riduzione delle giornate di degenza.

⁷⁴ Al riguardo il modello della *Kaiser permanente*, detto della "piramide del rischio", identifica tre distinti livelli di intervento a seconda del livello di complessità del paziente: Livello 1. Pazienti malati cronici con un buon autocontrollo della malattia, i quali vengono assistiti dal *primary care team*, secondo il modello del *disease management* (registro di patologia, linee-guida, ecc.) con ruoli differenti tra medici ed infermieri. Livello 2. Pazienti cronici con scarso controllo della malattia. È un livello dove si deve gestire, appunto, la patologia che richiede l'intervento di figure professionali specifiche al caso, *disease specific care manager* (infermieri, medici, dietisti, educatori sanitari, terapisti respiratori, ecc). Livello 3. Pazienti con pluripatologie complesse. Si lavora sul "caso" che richiede il coordinamento di tutti i servizi e le figure professionali necessarie da parte del *case manager* (un infermiere del *primary care team*).

L'ospedale, dunque, è parte integrante e fondamentale del “setting” assistenziale della KP; ad esso spetta la presa in carico dei casi che richiedono una complessità di cura non realizzabile altrove e, al contempo, spetta il compito di elaborare percorsi assistenziali con i professionisti che operano nelle strutture ambulatoriali di cure primarie.

Tutto questo consente ai pazienti di muoversi facilmente tra ospedale e territorio:

[...]territorio a cui il modello kaiser affida concretamente la completa gestione della salute dei cittadini: dalla prevenzione ed educazione sanitaria alla diagnostica specialistica e di base, dalla chirurgia ambulatoriale all'assistenza domiciliare. [...] L'ospedale partecipa senza fratture e discontinuità tra operatori diversi alla realizzazione di obiettivi comuni, identificati come prioritari dall'organizzazione sia in riferimento ai livelli assistenziali da garantire agli assistiti e sia in rapporto alla corretta gestione delle risorse e all'equilibrio complessivo [Polillo 2004a:18].

Lo stretto collegamento esistente tra ospedale e strutture sanitarie territoriali con un minor livello di intensità assistenziale consente al sistema *Kaiser Permanent* di realizzare un'effettiva continuità terapeutica tra fase dell'acuzie e post-acuzie, che nella gran parte dei sistemi sanitari maturi europei rappresenta uno dei problemi di maggior rilievo.

Sulla base dei molti studi di valutazione condotti su KP come pure su CCM - dallo studio del *King's Fund* fino a quelli di Faecham⁷⁵ e di Tsai & Morton - i motivi del successo di entrambi i modelli sono fondamentalmente da ascrivere al superamento della logica aziendalistica di competizione tra erogatori a favore della cooperazione tra gli stessi e alla realizzazione di contesti organizzativi che valorizzano la multidisciplinarietà, l'integrazione professionale e la continuità delle cure rispetto alla separazione di funzioni e di specialità.

Quello che merge con chiarezza è il fatto che, a fronte della necessità di riequilibrare il rapporto tra cure primarie e secondarie per la sostenibilità e praticabilità della futura sanità mondiale, i modelli assistenziali integrati *Kaiser Permanent* e *Chronic Care Model* possono rappresentare utili riferimenti al fine di ridisegnare i sistemi sanitari maturi - come quello italiano - garantendone comunque il carattere universalistico ed i principi di equità e di solidarietà.

In tale ottica, è utile esaminare alcuni dei principali modelli europei di tutela della salute umana in modo da permettere una visione più completa di quelle che sono le opportunità percorribili per il mutamento della sanità globale, nazionale e, quindi, locale (regionale).

⁷⁵ Lo studio riportato in nota n.18 è stato svolto da Richard G.A. Faechem, eminente rappresentante della sanità britannica, già direttore della London School of Hygiene and Tropical Medicine ed attualmente direttore dell'Istitute for Global Health dell'Università della California.

2.3 - Modelli innovativi di Assistenza Primaria in Europa

La necessità di individuare modelli organizzativi virtuosi, in grado di combinare efficienza ed efficacia, qualità ed appropriatezza delle prestazioni erogate, equità e soddisfazione dei pazienti e di far fronte a problemi comuni come l'invecchiamento della popolazione, malattie croniche e degenerative, ha condotto molti governi ad una maggiore consapevolezza circa l'importanza del ruolo delle cure primarie rispetto a tale finalità.

2.3.1 - Il modello catalano

In ambito europeo la ricerca di simili modelli ha prodotto una molteplicità di esperienze innovative tra cui spicca l'organizzazione delle cure primarie in Catalogna.

Il sistema sanitario catalano, dal 1991, ha introdotto, nell'ambito dell'assistenza primaria, la separazione delle funzioni di acquisto, di pertinenza esclusiva dell'organismo pubblico denominato "Servizio catalano di salute" (Scs), da quelle di erogazione delle prestazioni, che si realizza tramite una rete di istituti di titolo privato e misto in aggiunta all'esistente fornitore pubblico "Istituto catalano di salute" (Isc)⁷⁶. A seguito di tale separazione, alcuni anni dopo, è stato concesso ai professionisti sanitari - soprattutto medici - di partecipare al mercato della fornitura sanitaria pubblica come proprietari dell'entità incaricata alla gestione dei servizi. I motivi di fondo dei cambiamenti operati sono contestualizzabili all'interno della ricerca di un modello di cure primarie capace di generare una maggiore soddisfazione fra i cittadini e gli operatori, un livello migliore di risoluzione e contenimento dei problemi di salute e una maggior efficienza del sistema.

La prima applicazione di questo modello di gestione dell'assistenza primaria di base è stata fatta nell'Area basica di salute⁷⁷ di Vic Sur nel centro della Catalogna, dove alcuni medici di *Atencion Primaria*, su propria iniziativa e con l'appoggio del governo catalano, hanno dato vita ad un centro di salute da essi gestito autonomamente in forma di *trust*. I risultati ottenuti in termini di qualità delle cure e di gestione della spesa sono stati notevoli. Gli elementi di novità introdotti dal cosiddetto modello di Vic riguardano fondamentalmente:

1. il ruolo dei professionisti sanitari abilitati, giuridicamente, alla gestione dei servizi;

⁷⁶ Nell'ambito dell'assistenza ospedaliera la fornitura delle prestazioni è sempre stata caratterizzata dalla forte presenza di istituzioni private o miste, in quella primaria, invece, l'unico fornitore era pubblico: *l'Istituto catalano di salute*. Questo fino alla riforma del 1991 introduttiva, anche nelle Cure Primarie, della partecipazione e concorrenza di altre istituzioni con titolarità giuridica privata e mista.

⁷⁷ Sono unità territoriali di organizzazione sanitaria, con un bacino di utenza che oscilla tra i 5.000 e 25.000 abitanti, dotate ciascuna di un Pronto Soccorso e di un ospedale di riferimento.

2. l'assegnazione di un budget annuale (calcolato sulla base delle caratteristiche della popolazione e del livello di continuità delle cure) con cui garantire le prestazioni di *Primary Care* e gestire parte degli acquisti farmaceutici e delle cure specialistiche;
3. lo stretto legame creato tra assistenza primaria e quella ospedaliera, con benefici notevoli in termini di continuità delle cure;
4. il sistema informativo.

Per quanto concerne il primo punto va detto che nel sistema sanitario catalano la struttura responsabile dell'erogazione dei servizi sul territorio è il *Centro Atencion Primaria (Cap)* al cui interno operano team di cure primarie costituiti da medici di medicina generale (*medicos de cabecera*), pediatri, odontoiatri, assistenti sociali, personale infermieristico ed amministrativo. Questi team, chiamati *Equipos de atencion primaria (Eap)*, si occupano della totale presa in carico del paziente - rappresentandone il punto di riferimento all'interno del sistema sanitario - e per l'80% sono gestiti dall'Istituto catalano di salute che rappresenta il principale fornitore di assistenza sanitaria di base del Cat Salut. Il restante 20% è gestito da medici ed altre professionalità, facenti parte delle Entità associative di base (Eba), che ricevono dal *Servei Català de la Salut* un budget annuale che consente loro di strutturare in modo autonomo i centri di salute. La prima Eba realizzata è stata appunto quella di Vic Sur, che - in quanto esperienza pilota - ha gettato le basi per lo sviluppo del modello di autogestione anche in altre aree basiche di salute della Catalogna. Al riguardo sono stati varati alcuni provvedimenti di legge per consentire ai professionisti sanitari di partecipare al mercato di erogazione dei servizi in qualunque livello di assistenza: primaria, ospedaliera, salute mentale e sociosanitaria (geriatria, cronicità e riabilitazione) e per facilitare l'ingresso nelle Eba anche dei sanitari con contratto di dipendenza con il servizio pubblico. In tal senso è stato riconosciuto a quest'ultimi il diritto di un'aspettativa di tre anni al termine dei quali poter rientrare automaticamente alla posizione occupazionale precedente.

Alle Entità associative di base viene affidata una popolazione di riferimento - a cui assicurare l'assistenza sanitaria - ed un budget preventivo da gestire in totale autonomia. L'impegno richiesto in cambio agli operatori è quello di rendicontare le prestazioni erogate, di raggiungere determinati standard tecnici ed obiettivi di risultato e di ottenere un livello di soddisfazione dell'utente in grado di garantire la qualità dell'assistenza [Casteltot e Carvajal Pascual 2001]. Le condizioni da assicurare da parte delle Eba che intendono accedere alla fornitura di servizi sanitari concernono l'esclusività dell'impiego delle varie competenze professionali nell'area basica oggetto del contratto ed il 51%

(almeno) del capitale sociale dell'impresa⁷⁸, che deve essere tenuto dai professionisti sanitari durante tutto il periodo di contratto di servizio con l'amministrazione pubblica.

Dal punto di vista professionale il valore aggiunto dell'esperienza delle Eba si esprime nel concedere un'autonomia davvero ampia ai medici e al personale sanitario nello svolgere la propria attività e, al contempo, nel facilitare il lavoro in equipe multidisciplinari che consente non solo l'assunzione di ulteriori competenze ma anche la possibilità di affrontare con più efficacia i problemi di salute delle persone [Castelot 2003]. Relativamente al discorso della disponibilità di un budget annuale - per poter far fronte alle necessità di gestione del centro di salute - sono stati introdotti importanti elementi di autonomia che hanno portato ad un'assunzione di responsabilità collegiale ed individuale circa la sostenibilità dei costi sanitari. L'aver messo fine alla differenza tra chi assiste e chi gestisce le risorse finanziarie ha permesso il conseguimento di una maggior efficacia del sistema tanto che, a partire dagli anni 2000, è stata data ai centri autogestiti anche la possibilità di acquistare le cure specialistiche e l'assistenza farmaceutica con fondi propri. Prima di allora le prestazioni diagnostiche-complementari richieste dall'Assistenza Primaria venivano pagate dal Servizio catalano di salute direttamente ai fornitori di secondo livello. Similmente, per contenere una delle voci di spesa più problematiche per il budget delle cure primarie quale gli acquisti farmaceutici, il Scs ha disposto che le risorse necessarie a tal fine siano date a disposizione delle entità fornitrici, quindi, dei medici prescrittori che diventano così corresponsabili nel costo dell'assistenza farmaceutica.

Con la riforma del 1991 il Servizio catalano di salute ha lavorato nell'ottica del consolidamento di un sistema sanitario misto (pubblico-privato) e dell'integrazione della rete ospedaliera con quella delle cure primarie. Il legame creato tra i due livelli di assistenza è basato sulla stretta collaborazione tra ospedale e territorio, che viene facilitata dalla prossimità fisica tra medici generici ed ospedalieri, partecipando quest'ultimi alle *Equipes de atencion primaria*, come pure dalla condivisione e co-progettazione di programmi di *home care* dei pazienti inclusi in progetti di ospedalizzazione domiciliare. Altro fattore di rilievo ai fini dell'integrazione è il sistema informatico: tutti i membri delle Eap, di tutti i Centri di assistenza primaria, sono in rete ed hanno libero accesso alla cartella⁷⁹ di ciascun

⁷⁸ Nessun socio può tenere più del 25% del capitale sociale, pertanto, in ogni Entità associativa di base devono esserci almeno quattro soci di cui tre professionisti sanitari per rispondere alla condizione del 51% richiesto dalla legge. I soci possibili sono di tre tipi: i professionisti sanitari, che devono essere presenti, e due opzionali: le persone fisiche a titolo individuale e le entità giuridiche. Per il tipo di impresa da costituire si può far ricorso alle varie possibilità offerte dal diritto e, quindi, creare società limitate, società cooperativa, società cooperativa di lavoro, ecc.

⁷⁹ È importante evidenziare il fatto che in Catalogna la cartella clinica è *única*. Diversa la situazione nel nostro Paese. In Emilia Romagna, ad esempio, dove è stata attivata la rete Sole - che mette in

paziente e a tutti i referti specialistici. Alle cartelle cliniche condivise è stato aggiunto anche un sistema di ricetta elettronica che consente ai pazienti di ritirare direttamente, in qualunque farmacia, i farmaci prescritti dal medico; l'aver creato una rete anche per le farmacie ha consentito la conoscenza dello stato di salute degli utenti da parte dei farmacisti, esclusi di solito dal percorso di cura dei vari soggetti.

Ulteriore elemento di nota del modello catalano riguarda la gestione delle malattie croniche attraverso una versione allargata (*expanded*) del *Chronic Care Model*. Come affermato da Dedeu Baraldes⁸⁰, in occasione del Convegno Nazionale sulle Cure Primarie svoltosi a Parma nel 2011, alla luce di ulteriori acquisizioni scientifiche [Barr et al. 2003; J. De Maeseneer et al. 2007]⁸¹ emerge che tra le prospettive future per l'assistenza primaria vi è quella di orientarla verso la comunità (*community oriented*), che assieme al singolo paziente deve essere coinvolta nel compito di definire le priorità e di stabilire la pianificazione strategica per un'assistenza equa ed efficace. Nella versione *Expanded*, difatti, i sei fattori originari del modello (le risorse della comunità, l'organizzazione dei servizi sanitari, il supporto all'auto-cura, il sistema di erogazione dell'assistenza, il supporto alle decisioni e i sistemi informativi) sono considerati in una prospettiva che guarda non solo all'individuo, ma anche alla comunità. In tal modo essi producono come risultato l'informazione e l'attivazione sia dei pazienti come singoli sia delle famiglie di appartenenza, al fine di renderli capaci di interagire consapevolmente e responsabilmente con il team assistenziale. Il concetto di assistenza di base *patient-centered* si arricchisce e si completa con quello di *community oriented* dando vita ad un modello molto vicino al profilo della *Primary Health Care* di Alma Ata così a lungo disatteso.

Le condizioni necessarie per la realizzazione di un simile modello riguardano, per l'appunto, un team multiprofessionale e multidisciplinare capace di erogare prestazioni cliniche di qualità e una vasta gamma di azioni preventive e di promozione della salute in una prospettiva di medicina "proattiva"; la presenza di strutture edilizie e di tecnologie informatiche e diagnostiche che possano sostenere nel proprio lavoro le equipe socio-sanitarie ed, infine, un servizio di sanità pubblica in grado di presidiare l'organizzazione

collegamento i medici di famiglia e i pediatri di libera scelta con gli ospedali e le strutture specialistiche - si hanno ancora ben diciassette cartelle cliniche, avendo lasciato ai medici di famiglia la possibilità di utilizzare i loro applicativi.

⁸⁰ Convegno Nazionale "*Percorsi di innovazione nelle Cure primarie*". Relazione presentata "Le case della salute nell'esperienza della catalogna" (Sessione plenaria pomeridiana). Parma 21 - 22 Ottobre 2011.

⁸¹ Barr U.J. e collaboratori, nel 2003, propongono di integrare gli spetti clinici del *Chronic Care Model* con quelli di sanità pubblica quali la medicina preventiva, la promozione della salute e l'attenzione ai determinanti di salute. La proposta di introdurre all'interno della *Primary Care* metodi e contenuti di sanità pubblica la si ritrova in un documento OMS dal titolo "Le Cure Primarie come strategia per raggiungere un'assistenza equa" [De Maeseneer et al. 2007].

generale delle cure primarie (valutazione dei bisogni, scelta delle priorità, programmazione, monitoraggio e valutazione degli interventi).

Il sistema sanitario catalano ha iniziato a lavorare in tale direzione ormai da alcuni decenni ed i risultati ottenuti lo hanno reso un modello a cui guardare per i possibili scenari di sviluppo delle cure primarie non soltanto dal punto di vista “macro”, di confronto tra sistemi sanitari, quanto piuttosto dal punto di vista “micro”, di confronto tra singole realtà operative di paesi diversi in termini di uso delle risorse disponibili e qualità delle prestazioni fornite.

2.3.2 - Innovazioni nel National Health Service inglese

Senza dubbio, tra i paesi europei, l'Inghilterra rappresenta l'esempio più evidente delle incessanti trasformazioni di modernizzazione del proprio sistema sanitario nazionale al fine di rispondere - da un lato - ai cambiamenti sociali ed epidemiologici e - dall'altro - per continuare a garantire un servizio accessibile a tutti, economicamente sostenibile.

A partire dagli anni Novanta il *National Health Service* (NHS) diventa oggetto di due importanti riforme che - pur a fronte delle loro sostanziali differenze di intenti - pongono al centro del rinnovamento il ruolo e i compiti del *General Practitioner* (GP) ed il settore della *Primary Care*. Più dettagliatamente, la riforma del governo conservatore di Margaret Thatcher introdusse la separazione della funzione di acquisto da quella di erogazione delle prestazioni⁸², attribuendo alle *Health Authorities* il ruolo di “acquirente” (*purchaser*) mentre agli ospedali e ai servizi sanitari territoriali quello di “venditori” (*provider*)⁸³. Ciò venne fatto nella prospettiva di sollevare le *Health Authorities* dai problemi connessi alla gestione diretta dei servizi, così da permettere l'impiego di risorse ed energie sulla programmazione degli interventi necessari ai bisogni di salute della propria popolazione. Sulla scia di tale obiettivo la “Riforma Thatcher” operò rilevanti cambiamenti anche nei confronti della Medicina Generale, attribuendo al *General Practitioner* oltre alla consueta funzione di erogatore anche quella di acquirente delle prestazioni e dei servizi per conto dei propri assistiti. Ciò avvenne tramite l'introduzione di contratti di *fundholding*, in base ai quali venne assegnato alle *practices* un fondo per l'acquisto di assistenza farmaceutica e di parte di quella specialistica.

⁸² Tale separazione è rimasta anche con i governi laburisti successivi, pur se ri-denominata in “committente-produttore” (*commissioner - producer*) per riflettere la filosofia della “cooperazione” che doveva sostituire quella della “competizione” propria dell'epoca thatcheriana.

⁸³ Il rinnovamento del NHS - di inizio anni Novanta - opera la divisione degli ospedali (*Hospitals*) e dei servizi territoriali (*Community Trusts*) dalle Usl (*Health Authorities*): i primi acquistano una forte autonomia gestionale, le seconde mantengono il ruolo di programmazione e di finanziatore del sistema, nonché di gestione della Medicina generale.

Lo scopo del fundholding era quello di migliorare la qualità dell'assistenza, ma anche la gestione delle risorse e di integrare la primary care con i servizi ospedalieri, facilitando così la comunicazione tra i GP e gli specialisti, con il risultato di rendere più efficace, efficiente e personalizzata l'assistenza a ciascuno dei pazienti registrati dai singoli medici aderenti al fundholding [Guzzanti 2009:682].

Tuttavia, la volontà di creare un NHS “al servizio dei pazienti” - come espresso nel Libro Bianco governativo del 1989 “*Working for patients*” - attraverso l'adozione di strategie di mercato interno⁸⁴, basate sulla separazione delle responsabilità e sull'introduzione di forme di contrattazione tra parti diverse - evidenziò i suoi limiti per via dell'aumento dei costi amministrativi legati alla competizione e per la maggiore difficoltà delle autorità sanitarie di mantenere un controllo strategico del sistema a causa della sua eccessiva frammentazione [France 1990].

Mosso da queste evidenze, il governo laburista di Tony Blair - insediatosi nel 1997 - concretizzò una seconda riforma sanitaria per superare le distorsioni prodotte dai mercati interni senza prefigurare, però, un ritorno al vecchio sistema burocratico e centralistico antecedente la riforma thatcheriana. Il piano previsto per la realizzazione de “*The new NHS: modern, dependable*” tese all'abolizione del *fundholding* e alla valorizzazione delle cure primarie, quale settore determinante per il miglioramento della salute e della qualità delle cure ad un costo accettabile ed accessibile. Con la “Riforma Blair” vengono così introdotti i *Primary Care Groups* (PCGs), la nuova struttura associativa dell'assistenza primaria composta obbligatoriamente dai GPs, da infermieri e altro personale operante nell'ambito delle cure primarie. I PCGs assumono il compito di gestire il budget di una *locality* (il nostro distretto) per erogare le prestazioni di assistenza di base e commissionare servizi alle aziende ospedaliere (*Hospitals*) e territoriali (*Community Trusts*). Ogni gruppo, inoltre, viene dotato di un organo di gestione che risponde direttamente alla *Health Authority*⁸⁵, di cui fanno parte anche rappresentanti degli Enti locali e dei servizi sociali.

Le funzioni dei Primary Care Groups sono quelle di contribuire, di concerto con le Health Authorities, alla formulazione dell'Health Improvement Programme, i nuovi strumenti di programmazione sanitaria che dovrebbero rispondere ai bisogni di salute della popolazione, favorendo l'integrazione tra servizi sociali e sanitari; di commissionare i servizi di assistenza specialistica ed ospedaliera dai Trust

⁸⁴ Più che di mercato interno c'è la propensione a parlare di “quasi mercato” o di “concorrenza amministrata” [Ranci Ortigosa e Belli 1997; Mays et al. 2000] per indicare il mix pubblico-privato dei servizi sanitari britannici che esce dalla riforma thatcheriana.

⁸⁵ Nel 2002 con la riforma introdotta dal documento “*NHS Shifting the balance of power*”, il numero delle *Health Authorities* viene drasticamente ridotto da 95 a 28. Il loro nuovo nome è *Strategic Health Authorities* (SHA) con un bacino di utenza di 1 milione e mezzo di abitanti e con funzioni di programmazione e di controllo su aree vaste. Le SHA (diminuite a 10 nel 2006 *n.d.a*) finanziano i *Primary Care Trusts* per la produzione dei servizi sanitari territoriali e la committenza di quelli ospedalieri. Va detto, inoltre, che i PCT possono gestire, in accordo con le municipalità, anche i servizi sociali e, in tal caso, assumono il nome di *Care Trusts* [Maciocco 2002:154].

verificandone qualità ed efficienza; di assicurare la qualità dell'assistenza primaria anche attraverso specifici strumenti di valutazione e di audit (Local Medical Committees) [Giarelli 2003:220].

Oltre tutto va ricordata la possibilità offerta ai PCGs di trasformarsi - a loro volta - in aziende produttrici di servizi di cure primarie, ovvero, in *Primary Care Trusts* (PCTs) con un bacino di utenza di 150-300 mila abitanti e con una forte partecipazione dei medici di famiglia nelle responsabilità gestionali, per le quali viene dato un compenso aggiuntivo.

Il processo di “aziendalizzazione” dei PCGs diventa obbligatorio con il *General Medical Contract* del 2003, con cui si stabilisce che a partire dal 1° aprile 2004 tutti i gruppi di cure primarie dovranno essere uniti ai PCTs con l'assunzione dell'unica denominazione “Primary Care Trusts” e dei compiti svolti da quest'ultimi [Agenas 2005:132].

Sempre in tale contratto vengono chiarite, inoltre, le differenze tra il ruolo del medico di medicina generale (GP) e quello del *General Practitioner* con competenze aggiuntive di tipo specialistico (with Special Interests: GPwSI), figura - quest'ultima - nata a seguito dell'enfasi che il Piano Sanitario inglese del 2000⁸⁶ attribuisce alla medicina specialistica erogata in ambito territoriale. Nel duplice intento di voler offrire prestazioni specialistiche di elevata qualità in contesti più vicini all'utenza facilmente accessibili e, al contempo, di ridurre gli invii alla medicina specialistica ospedaliera con contenimento delle liste di attesa, viene introdotta dal governo laburista la figura professionale dello specialista nell'ambito delle cure primarie (*primary care specialist*), che però diventa subito oggetto di forti discussioni - da parte delle associazioni mediche - per l'uso del termine “specialista”.

La tensione si affievolisce con la nuova denominazione “medico di medicina generale con interessi clinici specifici” e la definizione delle funzioni che spettano agli specialisti territoriali (GPwSI) rispetto ai colleghi ospedalieri. La *speciale* formazione e competenza in un determinato ambito clinico, soprattutto per ciò che concerne la gestione delle patologie croniche, consente al GPwSI di erogare cure primarie aggiuntive a quelle del medico di base, contribuendo in tal modo a ridisegnare i servizi territoriali nel senso di una maggiore qualità, continuità ed integrazione assistenziale.

Altro elemento di novità istruito per la modernizzazione del National Health Service riguarda il sistema di remunerazione della quota variabile⁸⁷ dei GPs ispirato al

⁸⁶ Department of health. *The NHS Plan. A plan for investment. A plan for reform*. London: DoH, 2000

⁸⁷ Il primo tentativo di introdurre nel contratto dei General Practitioners incentivi finanziari legati alla qualità dell'assistenza risale agli anni Ottanta, ma la proposta del governo fu rigettata dall'Associazione in quanto ritenuta “provocatoria”. All'inizio degli anni Novanta fu avviata, con successo, una sperimentazione di incentivi legati al raggiungimento di alcuni obiettivi di performance riguardanti la salute infantile e screening femminili (Pap-test) [Maciocco et coll. 2004:45]

principio del “*Pay for performance*” e basato sul grado di raggiungimento di obiettivi di appropriatezza, efficacia clinica, capacità organizzativa e soddisfazione degli assistiti. Ciò che è stato definito come una delle azioni più “rivoluzionarie” per la medicina britannica, espressione del profondo cambiamento culturale avvenuto tra i professionisti sanitari nell’ultimo decennio [Roland 2004], è stato avviato con l’entrata in vigore - nel 2004 - del *General Medical Contract*. Molti gli elementi innovativi contenuti nel documento, tra cui la revisione del mansionario dei GPs, reso più flessibile; la titolarità del contratto stipulato con il PCT, che non è più del singolo medico di famiglia ma del gruppo (*practise*); il tipo di rapporto di lavoro, per il quale è stata introdotta la possibilità del rapporto di dipendenza e, soprattutto, la parte riguardante gli incentivi legati alla qualità delle cure. In tal senso, oltre alla somma globale (*Global Sum*) versata alla *practise* per gestire i costi di esercizio (affitto, macchinari, ecc.) e quelli relativi alla cura dei pazienti (in considerazione di elementi come età, sesso, fattori demografici, geografici, indicatori di morbilità/mortalità, ecc.), viene riconosciuto un compenso aggiuntivo, che dipende dalla qualità dei servizi erogati (*Quality and Outcomes Framework*)⁸⁸ in riferimento a precisi indicatori di performance raggruppati in cinque aree:

1. assistenza medica;
2. organizzazione della *practise*;
3. servizi aggiuntivi (es. screening oncologici);
4. soddisfazione/esperienza dei pazienti;
5. assistenza olistica.

La formula adottata è quella di assegnare una determinata quantità di punti (fino ad un massimo di 1000) in relazione al raggiungimento di obiettivi specifici per ciascuna delle aree individuate. Per ogni area, infatti, sono stati identificati degli indicatori tramite cui attribuire un punteggio⁸⁹ totale e, quindi, l’entità del compenso aggiuntivo. L’attività di controllo e di verifica è affidata ad ispettori dei PCTs.

I benefici attesi da questa parte del contratto sono soprattutto quelli di una più attenta e coordinata gestione delle malattie croniche: enfasi sulla prevenzione, possibilità di stratificare le classi di rischio dei pazienti, interventi proattivi. Vari commentatori non si nascondono le difficoltà di attuazione di un simile disegno ed anche i possibili rischi: un’eccessiva frammentazione degli obiettivi per singole patologie, quando la co-morbilità rappresenta più che un’eccezione la regola; un’enfasi del modello bio-medico a scapito di un approccio globale ed umanista; la

⁸⁸ Per approfondimenti si rinvia al “*NHS Information Centre. Quality and Outcomes framework*”, consultabile presso il portale del Ministero della Salute britannico.

⁸⁹ Lo score complessivo (1000 punti) è così distinto: assistenza clinica 655 punti; organizzazione della *practise* 181 punti; servizi aggiuntivi 108 punti; soddisfazione dei pazienti 36 punti; assistenza olistica 20 punti. Per ogni punto assegnato vengono riconosciute oltre 100 sterline.

possibilità che i medici si concentrino nelle aree dove è più facile il raggiungimento degli obiettivi (quartieri con popolazione più ricca e più sana). [Maciocco et al. 2004:45]

Gli studi relativi al sistema di finanziamento “*Quality and Outcomes Framework*” (QOF) hanno confermato i benefici e i rischi di cui riferisce Maciocco. Risulta un evento plausibile il concentrarsi dei GPs su obiettivi maggiormente perseguibili a discapito dell’assistenza olistica [Guthrie et al. 2006], così come l’esclusione dal registro dei pazienti dei casi a maggior complessità nel controllo dei problemi di salute, o anche, la facilitazione nel raggiungere gli obiettivi di qualità per le *practises* con assistiti di livello socioeconomico più elevato, in quanto più rispondenti alle azioni dei medici [Ashworth et al. 2007].

Similmente, sul versante dei benefici, un articolo di Tim Doran⁹⁰ - pubblicato nel 2008 su *Lancet* - ha messo in luce l’efficacia del QOF nel contrastare le disuguaglianze di salute grazie ad una maggiore equità di accesso all’assistenza clinica. Tale efficacia è stata confermata da uno studio⁹¹, pubblicato nello stesso anno sul *British Medical Journal*, nel quale - inoltre - viene esclusa la possibilità che gli studi medici localizzati nelle aree a maggior deprivazione ricorrano all’eliminazione dei casi più problematici per non perdere punti ai fini del compenso aggiuntivo. Nonostante sia difficile arrivare ad un giudizio che possa dirsi conclusivo, il fatto di aver introdotto un sistema remunerativo basato sulla qualità dell’assistenza anziché sulla quantità delle prestazioni erogate (*fee-for-service*), rappresenta una valida motivazione per cercare di comprendere se il “*Quality and Outcomes Framework*” possa costituire un riferimento paradigmatico anche per medici di famiglia di altri paesi.

Continuando nell’ottica della centralità dell’assistenza primaria e della volontà politica di erogare prestazioni sanitarie *seamless*, ovvero “su misura per pazienti”, vengono realizzati, sempre in questi anni, nuovi servizi come: il *Walk-in centre*, la *NHS Direct Help Line* e i *Care Trusts*. I primi sono strutture complementari agli ambulatori medici [Salisbury et al. 2002] create per migliorare l’accesso alle cure primarie, erogare trattamenti di qualità in orari convenienti e per ridurre la domanda impropria nei confronti di altri operatori sanitari.

⁹⁰ Doran T., Fullwood C., Kontopantelis E., Reeves D., “Effect of financial incentives on inequalities in the delivery of primary clinical care in England: analysis of clinical activity indicators for the quality and outcomes framework”, *Lancet* 2008; 372:728-736.

⁹¹ Lo studio è stato svolto sulla base di un preciso indicatore: la registrazione della misurazione della pressione, nell’ultimo anno, in soggetti con più di 45 anni. Ashworth M., Medina J., Morgan M., “Effect of social deprivation on blood pressure monitoring and control in England: a survey of data from the Quality and Outcomes Framework”. *British Medical Journal* 2008; 337:a2030.

Gli *walk-in centres* sono diretti, infatti, da personale infermieristico che - dalle sette del mattino fino alle dieci di sera - offre trattamenti per malattie e traumi di minor entità sulla base di protocolli di cura concordati con i General Practitioners, ai quali vanno inviate per via elettronica informazioni sui pazienti assistiti e sui trattamenti erogati. L'offerta è indirizzata, prevalentemente, ad un'utenza che per motivi di tempo e di spazio (es. pendolari, turisti, viaggiatori, ecc.) non può usufruire dell'assistenza di base presso il luogo di residenza. Di conseguenza, l'ubicazione degli ambulatori è stata pensata nel centro città, in prossimità dei luoghi di lavoro, dei centri commerciali, all'uscita degli ospedali e l'accesso è stato reso libero, senza bisogno di alcuna prenotazione. All'esperienza dei *walk-in centres* è stato collegato anche lo sviluppo di un servizio informativo telefonico chiamato *Direct Help Line*⁹², attivo 24 ore su 24 e gestito - anche in questo caso - da personale infermieristico.

Si tratta di una sorta di numero verde a cui rivolgersi per avere informazioni su ciò che viene offerto dal sistema sanitario nazionale come pure consigli e supporto per l'autogestione di malattie non gravi. Entrambi i servizi si affiancano così al tradizionale ruolo dei medici di base (GPs) nel filtrare gli accessi al NHS, indirizzandoli al giusto livello di cura. Tutto questo rientra nello sforzo in atto di incrementare percorsi di assistenza territoriale, ridurre fortemente le liste di attesa ed usare in maniera propria le strutture ospedaliere. Per quel che concerne i *Care Trusts* va detto che sono organismi molto simili alle "Case della Salute" nella misura in cui, a fronte di un accordo di programma tra *Local Authorities* (municipalità) ed organizzazioni sanitarie locali, sono chiamati alla fornitura di servizi in maniera integrata. Sul territorio inglese i *Care Trusts* non sono ancora molto diffusi pertanto, laddove la *partnership* tra settore sanitario e settore sociale non è formalmente istituita i *Primary Care trusts* e i *Social Services* operano separatamente.

È storia contemporanea della sanità inglese la proposta di un nuovo disegno di legge, elaborato nell'estate del 2010 dal governo conservatore di David Cameron ed intenzionato ad introdurre fattori di forte cambiamento nell'architettura del NHS. "*Equity and excellence: liberating the NHS*⁹³" è il titolo del documento che illustra il piano di rinnovo del servizio sanitario pubblico, che nel prossimo futuro dovrebbe conferirgli più qualità, efficienza ed essere più vicino alle esigenze dei cittadini. La filosofia generale del progetto

⁹² Vedi sito: <http://www.nhsdirect.nhs.uk>

⁹³ Il libro bianco è consultabile (e scaricabile in formato Pdf) sul sito del Ministero della Salute inglese il cui link è: <http://www.dh.gov.uk/en/index.htm>

di riforma è quella di passare da un sistema “top-down” ad uno “bottom-up”, dove il potere sarà affidato agli utenti accanto agli operatori sanitari [Delbanco et al. 2010].

The Government’s ambition is to achieve healthcare outcomes that are among the best in the world. This can only be realised by involving patients fully in their own care, with decisions made in partnership with clinicians, rather than by clinicians alone [...] We want the principle of “shared decision-making” to become the norm: no decision about me without me. International evidence shows that involving patients in their care and treatment improves their health outcomes, boosts their satisfaction with services received, and increases not just their knowledge and understanding of their health status but also their adherence to a chosen treatment.⁹⁴ [White Paper 2010:13]

Nel disegno di ristrutturazione del *National Health Service* [Ham 2010; Walshe 2010] i cambiamenti più radicali vanno nella direzione della completa emancipazione della funzione di acquisto da quella di produzione e, quindi, del definitivo superamento del modello integrato. La committenza, tuttavia, non sarebbe più una competenza dei PCTs, le strutture pubbliche che - attualmente - gestiscono i servizi territoriali (comprese le attività dei medici di famiglia) e commissionano le cure secondarie. Tale funzione, infatti, verrebbe data ad associazioni private di GPs [Roland 2010], chiamate *General Practitioners Commissioning Consortia*⁹⁵, che gestiranno circa l’80% del budget del NHS e che finanzieranno non solo le cure primarie - da sempre garantite dai medici di base - ma anche l’assistenza specialistica, diagnostica ed ospedaliera. Assieme ai PCTs verranno eliminati i relativi organismi di controllo, ovvero, le *Strategic Health Authorities*.

La cancellazione di tali soggetti dovrebbe costituire, secondo il governo conservatore, la principale fonte di risparmio della sanità inglese attraverso l’alleggerimento dell’apparato burocratico, associato a tali organismi, e l’attribuzione ai *General Practitioners*, organizzati in consorzi, di responsabilità manageriali per la gestione delle risorse destinate alla salute.

⁹⁴ L’ambizione del governo è quella di raggiungere i risultati sanitari che sono tra i migliori al mondo. Questo può essere realizzato solo attraverso il coinvolgimento diretto dei pazienti nel proprio percorso di cura, con le decisioni prese in collaborazione con i medici, piuttosto che dai medici solamente [...] Noi vogliamo che il principio delle “decisioni comuni” diventi la norma: *nessuna decisione che mi riguardi sia presa senza di me*. L’evidenza internazionale dimostra che il coinvolgimento dei pazienti nella cura e nel trattamento sanitario migliora gli effetti sulla salute personale, aumenta la loro soddisfazione per i servizi ricevuti ed incrementa non solo la conoscenza e la comprensione del loro stato di salute, ma anche la loro adesione al trattamento prescelto

⁹⁵ Con il venir meno dei PCTs dovrebbe essere creato, per svolgere le funzioni pubbliche del NHS, un organo “da hoc” denominato *NHS Commissioning Board*. Questo Comitato avrà tre specifiche funzioni: 1. allocare le risorse ai consorzi e controllarne l’utilizzo sia in termini finanziari che di outcomes; 2. assistere gli stessi nelle attività di committenza (predisposizione di linee guida per il miglioramento dei servizi; definizione degli standard di qualità; definizione della struttura delle tariffe e degli incentivi, definizione di modelli di contratti, ecc.); 3. promuovere il coinvolgimento dei pazienti e del pubblico nelle attività di committenza e, in generale, in quelle riguardanti la gestione della propria salute.

La scelta di assegnare ai medici di famiglia i compiti oggi svolti dai managers che lavorano per i *trusts* di cure primarie, nasce dalla convinzione che il ruolo di “gatekeeper” del medico di famiglia unitamente alla qualità che l’assistenza primaria produce in termini di appropriatezza nel ricorso ai livelli di cura possano costituire una leva importante per il controllo ed il contenimento dei costi sanitari. Ai fini dell’*accountability* è prevista anche la trasformazione di tutte le strutture ospedaliere in fondazioni⁹⁶, che offriranno servizi ai GPs e che saranno resi totalmente indipendenti dal controllo del NHS e, pertanto, del tutto autonomi dal punto di vista decisionale e gestionale. Come per i consorzi dei medici di famiglia anche le fondazioni ospedaliere dovranno assumersi la responsabilità finanziaria⁹⁷ delle proprie azioni, compresa la possibilità di fallimento. La tutela dello Stato, quindi, è resa “minima” ed il *Department of Health* viene posto ai margini della nuova struttura sanitaria. Nella proposta di riforma di Cameron la centralità dello Stato verrebbe ad essere attribuita al cittadino-consumatore, a cui spetta il compito di determinare la domanda e l’offerta dei servizi/prestazioni sanitarie nonché il controllo della qualità erogata. Ed infatti, se dal lato dell’acquisto saranno i GPs *Consorzia* a dover svolgere il ruolo principe per conto dei propri pazienti, dal lato della libertà di scelta del luogo di cura, dell’offerta indotta dalla domanda e della personalizzazione dell’assistenza saranno proprio i cittadini a ricoprire il ruolo da protagonisti (come, del resto, ben sintetizza il motto: “*Nothing about me without me*”).

A tal fine la proposta di riforma dedica una forte attenzione alla necessità di fornire ai cittadini gli strumenti operativi e conoscitivi necessari per poter svolgere un ruolo proattivo nelle decisioni di programmazione e di valutazione della qualità dell’assistenza offerta. L’empowerment del cittadino dovrebbe basarsi sullo strumento dell’informazione, che nel Libro Bianco viene definita come una “vera rivoluzione” e che concerne i seguenti aspetti [Maciocco 2010a]:

1. informazione ai cittadini sui propri dati clinici in possesso dei medici di famiglia e di altri providers; sulle patologie, sui trattamenti disponibili, sugli stili di vita; sull’offerta dei servizi, compresi i dati sulla qualità degli stessi;

⁹⁶ Già i precedenti governi laburisti avevano scelto di semi-privatizzare gli ospedali senza, tuttavia, rendere obbligatoria la loro trasformazione in *Foundation Trusts*.

⁹⁷ Secondo la ratio di uno Stato “minimo” l’organo preposto alla regolazione economica del settore sanitario, alla promozione e tutela della concorrenza tra fornitori sarà *Monitor*, l’attuale regolatore indipendente per le fondazioni (trust). Le funzioni del nuovo *Monitor* andranno dal controllo qualità per rilasciare licenze a tutti i prestatori di cure sanitarie, al controllo sui prezzi e alla garanzia di continuità assistenziale. Lo stesso, inoltre, sarà responsabile della tutela dei “servizi essenziali”, i quali non saranno più identificati ex-ante a livello centrale, ma per opera dei singoli consorzi GPs (che diventeranno, pertanto, gli unici responsabili della mancata garanzia di continuità con l’onere di dover dimostrare la necessità di interventi straordinari di regolazione a tutela dei cittadini).

2. informazione *da parte dei cittadini* sulla loro esperienza di malattia, organizzata in forma di strumento di misura (*Patient Report Outcomes Measures – PROMs*) utile come feed-back per il sistema salute. In tale prospettiva, è prevista l’istituzione degli “Osservatori locali sulla salute” (*Local Health Watch*) il cui compito sarà quello di raccogliere dati ed informazioni sulle diverse strutture del NHS - incluse le osservazioni e le lamentele dei cittadini - per definire la programmazione locale dei servizi;
3. informazione *come nuovo modo di erogare l’assistenza*. Più specificatamente, si intende incoraggiare lo sviluppo di diversi canali informativi (di proprietà pubblica o privata) che sperimentino format e tecniche comunicative il più possibile ponderati alle caratteristiche dei diversi gruppi target, omogenei per conoscenze, modelli di comportamento, barriere economiche e socio-culturali. Tutto questo allo scopo di restituire potere e controllo agli individui e muovere verso un NHS qualitativamente migliore.

Come ogni proposta di riforma anche questa del governo Cameron ha sollevato numerosi dubbi e perplessità che hanno condotto ad una arresto dell’attuazione del disegno di legge e alla presa in considerazione delle raccomandazioni formulate dal *NHS Future Forum*⁹⁸, l’organo indipendente di esperti in sanità. Pur senza entrare nel merito della questione e nella consapevolezza dell’oggettiva incertezza di esito del processo riformistico presentato, è utile - ai fini del nostro oggetto di ricerca - evidenziare alcuni tra gli aspetti più forieri di controindicazioni.

Primo tra tutti l’impegno di porre il cittadino al centro del NHS: “*Nothing about me without me*”, impegno che potrebbe rappresentare una vera rivoluzione, ma che potrebbe anche servire da pretesto per introdurre misure restrittive per coloro che si ammalano a causa dei loro stili di vita. Nel Libro Bianco, infatti, viene detto espressamente che in cambio di un maggiore potere e di un maggior controllo sul sistema sanitario, i cittadini/pazienti devono accettare la responsabilità delle scelte che compiono, l’aderenza ai programmi terapeutici (*compliance*) e le implicazioni dei loro stili di vita.

Un secondo elemento di palese criticità è legato ai GPs *Consortia* chiamati a gestire la massima parte dei finanziamenti sanitari e, pertanto, a dover svolgere funzioni manageriali di notevole rilevanza per la spesa pubblica. Se l’obiettivo di una simile operazione è quello di eliminare gli sprechi ed ottimizzare le risorse disponibili, il rischio che potrebbe sorgere è di inficiare il rapporto di fiducia tra medico e paziente a causa del

⁹⁸ Vedi documento al link: <http://healthandcare.dh.gov.uk/future-forum-report/>

conflitto di interessi tra i due soggetti. Da parte della committenza (GPs *Consortia*) si potrebbe verificare la tendenza a focalizzare l'attenzione sui costi (misurabili e valutabili) piuttosto che sulla qualità, come pure a considerare ogni paziente un'opportunità di profitto sulla base dei meccanismi di *Pay for performance*, dove le performance considerate sono anche di natura economica. Da parte dell'utenza tutto ciò si tradurrebbe in una plausibile mancanza di fiducia circa l'imparzialità del proprio medico di famiglia e, quindi, al venir meno di una buona relazione di cura.

Il terzo ed ultimo fattore di vulnerabilità è relativo alla questione del contrasto delle disuguaglianze di salute, tema in parte accennato a seguito dell'introduzione del sistema di valutazione del *Quality and Outcomes Framework*. In merito alla riforma del governo Cameron si apre, oltre gli aspetti analizzati in relazione al QOF, il problema della maggiore equità di accesso rispetto ai Consorzi dei medici di famiglia.

Nella "ratio" della riforma, difatti, la responsabilizzazione dei committenti è connessa alla libertà di scelta dei cittadini, i quali, se insoddisfatti, possono lasciare il consorzio presso cui sono registrati e rivolgersi altrove. In realtà, nei territori meno densamente popolati, è verosimile che tale libertà di scelta non sia esercitabile per via dell'esistenza di un solo consorzio.

Il dilemma congiunto alla dimensione dei consorzi non è di facile soluzione perché, dal lato dell'equità, si dovrebbe creare strutture di dimensioni anche piccole per garantire la possibilità di scelta degli utenti, ma dal lato del potere contrattuale dei consorzi nei riguardi dei providers è preferibile dar vita a strutture il cui bacino di riferimento sia numericamente significativo. In pari modo, la preferenza di riunire sotto un unico consorzio utenti appartenenti ad aree geografiche lontane verrebbe probabilmente a nuocere rispetto all'obiettivo di ridisegnare la configurazione dei servizi sulla base dei bisogni locali, ovvero, "*patient centred*" e "*clinically led*".

Del resto, come sostenuto più volte da Barbara Starfield [2002; 2003; 2005; 2011], un reale incremento dell'uguaglianza in salute non dipende solamente dalla maggiore equità di accesso alle prestazioni e ai servizi, quanto piuttosto dalla capacità di lavorare sui problemi del paziente, sulla personalizzazione e sulla continuità delle cure.

Sono questi gli aspetti da misurare e premiare all'interno delle Cure Primarie per contribuire a ridurre una delle maggiori sfide della società futura.

2.4 - Il problema mondiale delle diseguaglianze di salute: il ruolo delle Cure primarie

Nonostante l'analisi del fenomeno delle diseguaglianze sociali di salute non sia affatto recente⁹⁹, in epoca moderna il dibattito scientifico sul tema delle *inequalities* conosce un rinnovato impulso nel 1980¹⁰⁰ con la pubblicazione nel Regno Unito del *“Black Report”*, un documento che contribuì a sfatare il mito circa la capacità dei sistemi sanitari universalistici di ridurre l'eterogeneità delle condizioni di salute delle persone sia a livello individuale che di gruppo. Le conclusioni contenute nel Rapporto, difatti, dimostrarono che benché la salute dei cittadini inglesi fosse migliorata con l'introduzione del NHS le differenze di mortalità tra classi occupazionali, per entrambi i sessi e per tutte le età, continuavano a permanere e, addirittura, risultavano aumentate [Tognetti Bordogna 2008:11].

Alcuni anni prima un altro documento, *“A New Perspective on the Health of Canadians”*, maggiormente conosciuto come *Rapporto Lalonde* (1974), aveva messo in luce che nel modo con cui le società si organizzano (es. grado di coesione sociale) emergono fattori¹⁰¹ che influenzano la salute in maniera più rilevante che non il sistema sanitario e, in tal senso, sottolineava la necessità di investire risorse maggiori - da parte dei decisori politici - nei tre elementi dell'*Health field* (biologia umana, stili di vita e ambiente) quale strategia di miglioramento delle condizioni generali di salute di una società.

A conferma di quanto contenuto nel *Black Report* e nel *Rapporto Lalonde*, nel 1998 l'*Acheson Report*, altro studio inglese sull'influenza del contesto sociale e della posizione di

⁹⁹ A partire dalla medicina nell'Ottocento figure “pioniere” della salute pubblica come Rudolf Virchow ed Henry Sigerist in Germania, Louis René Villerme in Francia, Bernardino Ramazzini in Italia, impegnarono gran parte dei loro studi all'analisi del contesto socio-lavorativo e del ruolo da questo esercitato sullo stato di salute dei lavoratori e delle persone in generale.

¹⁰⁰ È utile ricordare che già negli anni 1967-1970 venne condotto in Inghilterra il *Whitehall Study*, considerato tuttora una “pietra miliare” per quanti intendono occuparsi delle diseguaglianze sociali nella salute [Marmot et al. 1987], che si pose l'obiettivo di analizzare le dinamiche intercorrenti tra classe sociale di appartenenza e stato di salute. Lo studio inglese concentrò la sua attenzione su uno specifico settore occupazionale, la pubblica amministrazione, così da poter valutare il gradiente sociale in modo piuttosto preciso. I dati ricavati dal *Whitehall Study* rilevarono un elevatissimo gradiente sociale nella salute, fornendo un esempio molto chiaro di come le diseguaglianze sociali possano marcare il profilo di salute delle persone [Mascagni 2010].

¹⁰¹ Tra le spiegazioni più promettenti sulle *cause* determinanti le inequità in fatto di salute vi sono quelle che volgono la loro attenzione ai determinanti sociali (es. livello di istruzione, reddito, alimentazione, condizioni di vita e di lavoro) quali fattori che influenzano in maniera più pervasiva lo stato di salute/malattia degli individui [Marmot e Wilkinson 1999]. Meno convincenti risultano essere le spiegazioni legate alle “differenze nella cura” dal momento che la qualità dell'assistenza è centrale ai fini della sopravvivenza, ma ha un impatto decisamente modesto sull'incidenza delle patologie (Tarlov 1996). Del tutto poco persuasivi i tentativi di voler ricondurre le diseguaglianze di salute a fattori biologici come l'età o il genere di appartenenza, visto che rappresentano “differenze” non imputabili a ingiustizie evitabili di carattere sociale.

classe sulla distribuzione dei rischi per la salute, ha mostrato che i livelli di mortalità sono inversamente correlati con il livello della classe sociale, così che quanto più in basso ci si posiziona nella scala sociale tanto minore è la speranza di vita alla nascita. Correlazione inversa ratificata da ulteriori ricerche tra cui lo studio italiano sul profilo di salute della popolazione di Torino condotto alla fine degli anni Novanta. Al riguardo:

L'aspetto più stupefacente e sorprendente delle diseguaglianze nella salute è la loro regolarità nella scala sociale. A qualsiasi livello della scala ci si ponga, il livello inferiore presenta un profilo epidemiologico più sfavorevole di quello immediatamente superiore [Costa et al. 1998]¹⁰².

Se, come sostengono McDonough e Berglund [2003], è difficilmente contestabile il fatto che la povertà abbia ripercussioni sullo stato di salute di chi ne fa esperienza - soprattutto quando si tratta di povertà in senso *assoluto*, ovvero, di privazione totale di beni essenziali/vitali come acqua potabile, cibo, casa, condizioni igieniche, ecc. - le cose cambiano quando si volge lo sguardo verso la deprivazione *relativa*, ovvero, alla mancanza delle risorse a cui i più hanno accesso. Nelle società post-industriali, infatti, la povertà non risulta più confinata ai soli territori dell'esclusione, ma arriva a lambire la vita degli "inclusi" [Negri e Saraceno 2003], di coloro che - fino a poco tempo prima - si trovavano in condizioni socioeconomiche di benessere. La povertà è divenuta una "situazione" che molti soggetti potrebbero sperimentare nel corso della loro esistenza, lungo un *continuum* di fasi tra loro assai diverse: di "caduta", di "risalita", di "ricaduta", di "risalita ancora", ecc. La fisionomia *processuale* della povertà fa perdere i tratti di apparente autoevidenza della relazione "carriera economica" e "carriera di salute" [Cardano 2009], mettendone in luce non solo l'aspetto circolare della relazione (come la povertà può compromettere la salute, così la cattiva salute può compromettere la sorte economica delle persone), ma soprattutto la rete di interdipendenze ad essa connessa (qualità delle relazioni, contesto di lavoro, luoghi e stili di vita, alimentazione, pratiche di cura, ecc.).

Ma quali sono i meccanismi specifici di generazione delle diseguaglianze di salute?

Sulla base dello schema esplicativo proposto da Mackenbach e Bakker [2002] vi sono due generi di fattori che influiscono sugli esiti di salute: i determinanti *distali* e quelli *prossimali*. I primi hanno a che fare con l'organizzazione che una società si è data e, quindi, prendono in esame la funzione dell'economia, del lavoro, della cultura, nonché il grado di coesione interna alla comunità e il ruolo del *welfare*. Entro tale contesto la stratificazione sociale si sviluppa a due livelli tra di loro interagenti: di *singolo individuo* (posizione sociale

¹⁰² G. Costa, M. Cardano, M. Demaria, (1998), *Torino, storie di una grande città*. Torino, ufficio di statistica, Osservatorio socioeconomico torinese.

ricoperta, quantità e qualità delle risorse a cui riesce ad accedere, rete dei legami forti di cui può disporre in caso di necessità, ecc.) e di *gruppo* (caratteristiche sociali del contesto di vita delle persone, disponibilità di infrastrutture, servizi e spazi pubblici, aree verdi, sostegni forniti dalla comunità, ecc.). Nel suddetto schema ai determinati “distali” vengono posti in relazione i determinanti “prossimali”, in grado - cioè - di influire direttamente sulla salute come i fattori psicosociali (es. stress sul lavoro, perdita di autonomia, bassa partecipazione sociale)¹⁰³, comportamentali (es. abitudine tabagica, alimentazione squilibrata, sedentarietà, consumo di alcol, promiscuità sessuale non protetta, ecc.) ed ambientali (es. esposizione ad agenti chimici, sostanze nocive, fattori meccanici, ecc. sia nel contesto di vita che di lavoro).

A questi tre fattori - determinanti l'insorgenza di un problema di salute - gli autori aggiungono un quarto aspetto di altrettanto rilievo, ovvero, la possibilità di risoluzione del medesimo, quindi, di accedere ad un appropriato (efficace e sicuro) sistema di diagnosi e cura. Circa quest'ultimo aspetto sono numerosi gli studi che si sono interrogati sul ruolo esercitato dai servizi sanitari nel determinare la salute di una popolazione e la conclusione ampiamente condivisa è che le cause più forti di disuguaglianze siano esterne al sistema sanitario. Il peso complessivo degli interventi preventivi (vaccinazioni, screening) e delle cure mediche sul miglioramento della sopravvivenza varia dal 20% al 50% [OMS 2005]: gli interventi sanitari contano di meno nelle malattie croniche, molto di più sulla mortalità materna ed infantile.

Se è vero che il gradiente sociale grava di più dei servizi sanitari nel produrre buone o cattive condizioni di salute è altrettanto comprovato il fatto che i sistemi sanitari possono alimentare e rafforzare le disuguaglianze all'interno di una società come pure rappresentare uno strumento efficace per combattere la povertà e promuovere l'equità nell'assistenza sanitaria. Secondo la definizione fornita dall'OMS [1990] l'equità in ambito sanitario è data da tre elementi compresenti e, cioè:

1. eguale accesso all'assistenza disponibile per uguale bisogno;
2. eguale utilizzazione per uguale bisogno;
3. eguale qualità di assistenza per tutti.

Un “eguale accesso all'assistenza disponibile per uguale bisogno” implica il diritto eguale per tutti ad accedere ai servizi disponibili, un'equa distribuzione per tutto il paese in base ai bisogni di assistenza sanitaria, facilità di accesso in tutte le aree

¹⁰³ Al riguardo l'epidemiologo inglese Marmot M. ha usato il termine *Status Syndrome* per definire la condizione di rischio per la salute provocata da una condizione di subordinazione nell'attività lavorativa che può produrre: “low control at work, lack of autonomy and low social participation”. [Marmot M. *Status Syndrome*, JAMA 2006, 295: 1304 -1307].

geografiche e rimozione delle altre barriere all'accesso. Laddove è negato il "diritto eguale per tutti" di accedere ai servizi sanitari è inevitabile che tale disuguaglianza si rifletta anche nell'utilizzazione dei servizi e nella qualità dell'assistenza. Ma può accadere che problemi di utilizzazione e qualità si verificano anche in sistemi "universalistici" che garantiscono "diritto eguale per tutti" [Geddes da Filicaia 2006:25].

A differenza del sistema assicurativo che contiene "a priori" elementi di disparità nella tutela della salute della popolazione, quello universalistico ha la sua ragion d'essere proprio nell'equità, ovvero, nella capacità di dare risposte adeguate a tutti i cittadini sulla base del bisogno espresso, indipendentemente dal reddito disponibile e dalla classe sociale o gruppo etnico di appartenenza. Eticamente il secondo modello appare *migliore* nella misura in cui non legittima - come invece il modello assicurativo - l'esclusione sociale e non accetta l'inevitabilità delle disuguaglianze. Pur tuttavia, l'equità che l'accesso universale e in forma gratuita alle risorse per la salute avrebbe dovuto garantire rimane ancora una lontana "chimera" a fronte dei mancati obiettivi di equità *nella salute*, ovvero di eliminazione di ogni differenza sistematica nello stato di salute tra differenti gruppi socioeconomici, e di equità *nell'assistenza sanitaria*, cioè di offerta di servizi in relazione al livello di bisogno.

Come, infatti, afferma Perucci [2004:V]:

Per essere equo un sistema sanitario dovrebbe essere fortemente diseguale, favorendo i gruppi di popolazione più deboli.

Purtroppo quasi ovunque vige la "legge dell'assistenza inversa"¹⁰⁴, coniata nel 1971 da J. T. Hart, secondo la quale: "la disponibilità di servizi sanitari di qualità varia inversamente con il bisogno di essi nella popolazione servita". Numerose sono le ricerche che hanno confermato il fatto che la gran parte delle risorse assistenziali di maggiore qualità tende a concentrarsi proprio dove le condizioni sociali di vita e di salute risultano già migliori. Ciò accade persino all'interno dei sistemi sanitari nazionali nonostante siano ispirati ai principi dell'universalità, dell'eguaglianza e della gratuità.

Come analizzato precedentemente, le principali cause delle iniquità sociali nella salute sono rinvenibili all'esterno dei diversi sistemi sanitari; questo non toglie - tuttavia - che vi siano cause *interne* che non solo gravano sulla possibilità per tutti di avere uguali cure per eguale bisogno, ma soprattutto di avere cure tali per cui tutti risultano detenere eguali probabilità di godere di buona salute [Sen 1999]. L'inadeguato accesso ai servizi sanitari è una di queste cause.

¹⁰⁴ "The availability of good medical care tends to vary inversely with the need for it in the population served." In: Hart Julian Tudor, *The inverse care law*, Lancet 1971, i, 404-412.

Quando si parla di accesso all'assistenza sanitaria si intende generalmente l'accesso geografico¹⁰⁵, la localizzazione e la conseguente disponibilità fisica di servizi sanitari nelle varie zone di un paese. Il fattore territoriale non è per nulla marginale se si tiene conto del fatto che ai fini dell'equità nell'assistenza sanitaria non è sufficiente poter disporre di un servizio, occorre anche che sia *qualitativamente* adeguato (soprattutto nel caso di patologie rilevanti) e scevro da qualunque meccanismo di *discriminazione* (es. diversità di trattamento a seconda del luogo di residenza, del titolo di studio, della cultura di provenienza, ecc.).

In realtà le differenze di accesso a procedure diagnostiche e terapeutiche di provata efficacia presenta forti disparità tanto nei sistemi assicurativi quanto in quelli universalistici, che pur mitigano la correlazione tra status socio-economico e condizioni di salute delle persone. Al riguardo, la letteratura è concorde nel sostenere che - tenuto conto del fattore "reddito" e del differente potere di acquisto che ne deriva - le fasce alte della popolazione utilizzano maggiormente servizi sanitari qualificati, in quanto più informati delle possibili pratiche di cura e delle innovazioni tecnologiche disponibili e per la loro concentrazione in luoghi più serviti da strutture efficaci, a cui si aggiunge un frequente uso di servizi di prevenzione e di diagnosi precoce. Di contro, le persone appartenenti alle fasce di popolazione svantaggiate - e come tali con maggiori bisogni di salute - accedono ad un sistema di prestazioni sanitarie di qualità più scadente, spesso intempestive, non appropriate e poco efficaci. Sono persone meno capaci di accostarsi ai servizi necessari e, ancor di più, ad interventi ad alta complessità.

Oltre all'accesso geografico un altro tipo di accesso influisce nel creare diseguaglianze nell'assistenza sanitaria: quello culturale, declinato nei termini del *rispetto* e dell'*accettabilità* [Geddes da Filicaia e Maciocco 2007]. Analizzando l'argomento sotto il profilo dei processi di esclusione sociale e - nello specifico - del fenomeno dell'immigrazione, aspetti come la lingua e il contesto culturale di provenienza possono diventare barriere non soltanto nella fruizione dei servizi sanitari, ma anche nella relazione con gli operatori. È in questo secondo ambito che possono verificarsi consistenti iniquità nel senso di "accettabilità" e "rispetto".

In relazione alla popolazione autoctona, egualmente caratterizzata da diseguaglianze di salute per età, livello di istruzione, classe sociale, luogo di residenza, ecc., gli immigrati si trovano in condizioni di maggior vulnerabilità anche per motivi legati alla non

¹⁰⁵ In tale accezione fu condotta l'analisi della situazione sanitaria, in una valle mineraria del Galles, che portò J. T. Hart, medico di famiglia, all'elaborazione della *inverse care law*. La distribuzione e la qualità dei presidi sanitari erano molto peggiori nei poveri villaggi abitati da minatori affetti da malattie occupazionali rispetto alla situazione delle città più ricche, dove i tassi di mortalità erano più bassi [Geddes da Filicaia e Maciocco 2007].

conoscenza dell'organizzazione sanitaria e delle sue normative, per difficoltà nelle interazioni sociali, per modelli di cura non conciliabili con il paradigma della biomedicina, per atteggiamenti di intolleranza da parte dei professionisti sanitari e per tanto altro ancora.

Per gli immigrati, più che per gli autoctoni, oltre ai sistemi di produzione, ai fattori socio economici e alle caratteristiche della società, pesa sulle diseguaglianze di salute il sistema sanitario, il suo modo di funzionare, le diseguaglianze all'accesso che esso produce, oltre al tipo di politiche migratorie e al riconoscimento della cittadinanza [Tognetti Bordogna 2008:73].

Il significato che gli individui attribuiscono alla salute e alla malattia viene costruito ed appreso all'interno della cultura di appartenenza [Ingrosso 1994a] come pure le pratiche che si mettono in atto nei loro confronti. Un sistema sanitario che vuole essere equo ed efficace non può non tener conto della specificità delle "idee" di salute e malattia dei propri utenti anche quando non coincidono con quelle del sistema stesso. Rispondere adeguatamente alle necessità di cura ed assistenza dell'*alter* non è facile, ma diventa un'impresa ancora più ardua quando la diversità culturale viene trattata seguendo procedure standardizzate e scarsamente attente ai cambiamenti dell'utenza. L'effetto perverso che ne consegue non deve essere interpretato solo alla luce dei risultati di salute, quanto piuttosto sulla base del rischio oggettivo di mutazione del servizio sanitario da *risorsa per la salute* ad elemento di *sfida per salute*.

In questa cornice di referenza è rilevante anche la disamina dell' "alfabetizzazione alla salute", traduzione italiana del più ampio concetto anglosassone *health literacy*, usato per la prima volta negli anni Settanta (1974) da Scott K. Simonds in un paper dal titolo: "*Health education as social policy*", pur se con un significato in parte diverso rispetto a quello corrente¹⁰⁶. Che cosa si intende per alfabetizzazione alla salute?

Nel glossario della Health Promotion dell'OMS del 1998 si legge:

L'*health literacy* indica le abilità cognitive e sociali che motivano gli individui e li rendono capaci di accedere, comprendere ed utilizzare le informazioni sanitarie in modo da promuovere la salute personale. L'*health literacy* implica il raggiungimento di un livello di conoscenze, capacità individuali e di fiducia in se stessi tali da spingere gli individui ad agire per migliorare la salute propria e collettiva, modificando lo stile e le condizioni di vita soggettive. Pertanto, l'*health literacy* non significa solo essere in grado di leggere opuscoli e prendere appuntamenti, ma è un'importante strategia di empowerment che può migliorare l'accesso delle persone all'informazione sulla salute e la loro capacità di usarla con efficacia.

¹⁰⁶ L'autore infatti usò il concetto di *health literacy* per discutere dell'educazione alla salute come una questione politica che interessava il sistema scolastico e quello sanitario; come tale l'*health literacy* rappresentava uno standard minimo di educazione per tutti i livelli scolastici alla pari delle consuete materie curricolari.

In tempi più recenti l'alfabetizzazione alla salute è stata teorizzata da Nutbeam [2000] in modo più articolato sulla base di una linea di continuità che include tre diversi tipi di definizione: *health literacy* “funzionale”, “interattiva” e “critica”.

Si tratta di livelli di alfabetizzazione che in maniera progressiva permettono ai singoli ed alla comunità di sviluppare una maggiore autonomia nel prendere decisioni così come di potenziare le abilità/competenze individuali e comunitarie.

La classificazione proposta dal Nostro associa a diversi livelli di avanzamento delle competenze cognitive, sociali e relazionali differenti livelli di *empowerment* che consentono rispettivamente:

1. di affrontare eventi quotidiani legati alla salute tramite le capacità di base del saper leggere e scrivere (*funzionale*);
2. di partecipare attivamente alla gestione delle attività di cura, comprendendo ed applicando le varie informazioni sanitarie anche a fronte del possibile mutare delle circostanze (*interattiva*);
3. di sviluppare capacità critica e di controllo sulle varie situazioni di salute nel corso della vita (*critica*).

Varie e complesse, dunque, le abilità costituenti l'*health literacy* per poter operare efficacemente nello scenario delle cure sanitarie, ma non solo. Difatti, come sostenuto da Ilona Kickbusch e Daniela Maag [2007] possedere un adeguato livello di alfabetizzazione sanitaria rappresenta una condizione necessaria sia per orientarsi e prendere decisioni nel contesto sanitario sia per riuscire ad operare un maggior controllo sui fattori determinati la salute delle persone. Il campo d'azione dell'*health literacy* oltrepassa i confini della sanità per comprendere il settore politico e quello sociale e diventare fattore cruciale per l'*empowerment* degli individui.

Health Literacy is the ability to make sound health decision in the context of every day life – at home, in the community, at the workplace, the health care system, the market place and the political arena. It is a critical empowerment strategy to increase people's control over their health, their ability to seek out information and their ability to take responsibility [[Kickbusch e Maag 2005]¹⁰⁷.

¹⁰⁷ “L'health literacy è la capacità di prendere decisioni efficaci e consapevoli riguardanti la propria salute all'interno dei vari contesti di vita: a casa, nella comunità, sul luogo di lavoro, nel sistema salute, nell'arena politica. È una importante strategia di empowerment per incrementare il controllo della gente sul proprio stato di salute, sulla loro capacità di trovare informazioni e la loro abilità di assumersi le proprie responsabilità”.

Similmente nel 2008 la “Calgary Charter on Health Literacy”¹⁰⁸ afferma:

Health literacy allows the public and personnel working in all health-related contexts to find, understand, evaluate, communicate, and use information. Health literacy is the use of a wide range of skills that improve the ability of people to act on information in order to live healthier lives. These skills include reading, writing, listening, speaking, numeracy, and critical analysis, as well as communication and interaction skills¹⁰⁹.

Sulla base di tali concettualizzazioni appare evidente che al fine di ottenere risultati positivi in termini di salute è importante che allo sviluppo dell'*health literacy* concorrano vari settori della società: dalla politica, all'educazione fino alla sanità [Chiarenza 2007:206].

Ciò diventa tanto più rilevante quanto minore è il livello di alfabetizzazione sanitaria posseduto dai cittadini. Come dimostrato da numerosi studi internazionali¹¹⁰ una scarsa *health literacy* rappresenta un notevole fattore di rischio per il benessere sociale e la salute delle persone, perché non in grado di individuare le informazioni necessarie per condurre stili di vita salutari, di accedere ai servizi sanitari pertinenti al proprio bisogno e, a maggior ragione, di esercitare un ruolo attivo nei processi decisionali che impattano sullo stato di salute della popolazione. L'età, il livello di istruzione ed il reddito giocano un ruolo decisivo nel predire l'*health literacy*, così che le categorie più esposte al pericolo di una cattiva salute sono proprio quelle con maggiori bisogni (anziani, immigrati, minoranze etniche, indigenti, ecc.). Nella moderna società dell'informazione le notizie relative alla salute, composta dagli aspetti ancillari di *wellness* e *fitness*, provengono da una molteplicità di fonti - web, stampa, radio/tv, servizi ed operatori sanitari - i cui codici simbolici

¹⁰⁸ Il documento nasce dalla necessità di identificare i principi chiave per elaborare nuovi programmi di health literacy ed adattare quelli esistenti in modo da fornire un punto di riferimento formale per tutti coloro che realizzano o valutano tali programmi

[www.centreforliteracy.gc.ca/health_literacy/calgary_charter].

¹⁰⁹ “L'health literacy è un insieme di competenze che migliorano la capacità delle persone di elaborare informazioni utili a vivere in modo più salutare. Tali competenze includono il saper leggere, scrivere, ascoltare, dialogare, calcolare, capacità di analisi critica, così come di comunicazione e interazione.”

¹¹⁰ Gran parte di questi studi provengono dal mondo anglosassone (Usa, United Kingdom, Canada) che per primo ha dimostrato un forte interesse per l'impatto che l'health literacy può avere sulla qualità della vita individuale e collettiva. I filoni di ricerca sono stati diversi: si sono analizzate le *conseguenze* di una limitata alfabetizzazione alla salute (maggior ricorso ai servizi di emergenza e ospedalieri, minor utilizzo dei servizi di prevenzione, maggior probabilità di essere affetti da patologie coniche e di non gestirle in maniera efficace); sono state individuate le *categorie a rischio* (anziani, indigenti, immigrati, persone con scarsa istruzione); sono stati ricercati *strumenti di misurazione* dell'health literacy per valutarla come fattore determinante della variabile salute. Quest'ultimo ambito di indagine ha incentivato la produzione di ricerche-azione per individuare strategie di miglioramento dell'health literacy (inclinazione e capacità di ascolto attivo da parte degli operatori sanitari, sviluppo di materiali di comunicazione efficaci, ecc.). Nel nostro paese, nonostante gli studi in questo settore siano stati e continuano ad essere scarsi e frammentati, sta emergendo un certo interesse verso tale ambito. Al riguardo si indica una ricerca sulle competenze linguistiche degli italiani svolta nel 2000 [Gallina V., *La competenza alfabetica in Italia*, Angeli ed.], da cui emerge che circa un terzo della popolazione ha difficoltà di scrittura, lettura e conteggio, mentre un altro terzo è a rischio di analfabetismo. La situazione appare ancora più grave per la fascia degli anziani a cui vanno aggiunti gli stranieri.

richiedono specifiche abilità di decodificazione dei messaggi trasmessi e la verifica della loro attendibilità [Ingrosso 2001; 2008]. Non sempre e non tutti sono in grado di farlo.

Il ruolo di cittadino “competente” (*empowered*) sotteso dal concetto di *health literacy*, nonché richiesto per un *sistema salute* partecipato e condiviso, può diventare elemento di discriminazione e di diseguaglianza sociale se relegato solo a gruppi di persone che per età, stato sociale ed economico, livello di cultura e di istruzione, si trovano già in una posizione privilegiata. È ampiamente dimostrato dalla letteratura scientifica che inadeguati livelli di alfabetizzazione alla salute sono più spesso rintracciabili presso le fasce di popolazione più deboli ed emarginate, che - a fronte di tale scarsità - si rivolgono a servizi di bassa qualità e con maggior frequenza vengono sottoposti a ricoveri ospedalieri ed interventi di cura inappropriati [Bischoff 2003].

Una recente indagine condotta negli Stati Uniti (2003)¹¹¹ sul livello di *health literacy* posseduto dalla popolazione adulta, che ha coinvolto circa 19.000 soggetti e sei stati membri della Confederazione, ha stimato che circa 42 milioni di americani non sono in grado di accedere, comprendere ed usare le informazioni utili per la loro salute. Le maggiori carenze alfabetiche sono state riscontrate sopra i 65 anni, per gradi di istruzione inferiori e per le classi meno abbienti. Nel 2000 uno studio italiano sulle competenze linguistiche (vedi nota n.55) aveva ottenuto risultati concordi con quanto rilevato in America soprattutto riguardo l'associazione con l'età, il grado di istruzione e l'accesso alle informazioni.

Se questa è la panoramica delle competenze genericamente possedute per la gestione dell'integrità della propria persona è facilmente intuibile il lavoro che nell'immediato futuro dovrà essere svolto per l'orientamento ed il miglioramento dell'*health literacy*.

In primo luogo, per garantire ciò che Nutbeam ha classificato come livello funzionale (alfabetizzazione di base) e, quindi, per poter realizzare - progressivamente e pienamente - le “moderne società della salute”:

Nelle società moderne la visione della salute cambia: sempre più la salute è concepita come una risorsa per gli individui e per la società, un bene co-prodotto e una responsabilità condivisa da innumerevoli settori e attori sociali. L'accesso alla salute viene considerato un diritto cruciale di cittadinanza e una componente integrale della vita moderna [Kickbush e Maag 2007:186].

¹¹¹ M. Kutner et al., *The Health Literacy of America's adults*, National Assessment of Adult Literacy (NAAL) 2003, Report of U.S. Department of Education, NCES.
<http://nces.ed.gov/pubs2006/2006483.pdf>

Senza dubbio tra le possibili azioni da compiere c'è quella *educativa* non solo per le nuove generazioni ma anche per tutti coloro che ancora sono privi degli strumenti, abilità e saperi culturali che consentono la scelta consapevole di sani stili di vita e di mettersi in relazione con l'organizzazione sanitaria e le figure professionali in maniera efficace.

Al riguardo gli Stati Uniti hanno sviluppato vari progetti che collegano le istituzioni sanitarie e di ricerca con altri operatori tra cui i farmacisti. Uno di questi è il progetto "Ask me"¹¹², basato su tre interrogativi di fondo della relazione medico paziente: "Qual è il mio problema? Che cosa devo fare? Perché è importante che lo faccia?", a cui vengono fornite risposte semplici e comprensibili per il livello di alfabetizzazione posseduto. Anche in Italia sono in corso esperienze interessanti come "Partecipa salute"¹¹³, promosso e realizzato dal gruppo di lavoro dell'Istituto Mario Negri, del Centro Cochrane italiano e dell'agenzia di editoria scientifica Zadig, che mira a stimolare - attraverso un percorso formativo - il senso critico dei cittadini e dei pazienti nei confronti delle informazioni sanitarie ricevute e delle relative fonti. Da ricordare anche l'iniziativa "Laboratorio del cittadino competente" messo in atto dall'ASL di Modena¹¹⁴, il cui obiettivo generale è quello di attivare strategie di coinvolgimento diretto di cittadini nella produzione delle conoscenze e nell'accrescimento della propria consapevolezza e, più specificatamente, di:

1. mettere in grado il cittadino/paziente e la comunità di comprendere i linguaggi per la salute;
2. sviluppare un linguaggio comune tra i diversi attori della salute (medici, infermieri, farmacisti, cittadini, rappresentanti di associazioni, ecc.);
3. produrre e validare strumenti di comunicazione scientificamente corretti e comprensibili;
4. concorrere alla promozione della salute.

Un altro passo da compiere riguarda i *criteri di qualità* della comunicazione di massa della salute. Come si è detto in precedenza la gran parte delle notizie sulla salute vengono fornite proprio dai vecchi e nuovi media, che - pertanto - esercitano un ruolo di rilievo nel promuovere atteggiamenti/comportamenti corretti e nell'incidere sul miglioramento dei livelli di *health literacy* delle persone. Tuttavia, in considerazione dei rischi connessi ad un uso autoreferenziale di tale strumenti da parte del mondo sanitario come pure delle distorsioni (spettacolarizzazione, approssimazione, ridondanza, ecc.) che potrebbero essere causa di errate convinzioni e scelte, si è fatta strada l'esigenza di una *qualità*

¹¹² Cfr: www.pfizerhealthliteracy.com/public-policy-researchers/PchcAskme3.aspx

¹¹³ Cfr: www.partecipasalute.it

¹¹⁴ Vedi: www.ausl.mo.it

dell'informazione [Ingrosso 2001:19] e di un sistema di controllo della stessa. In tale direzione si è mosso il gruppo multidisciplinare “Leggere Ascoltare la Salute”¹¹⁵, proposto nel 2000 dall'Osservatorio della Comunicazione Sanitaria (O.C.S.) dell'Università di Pisa¹¹⁶, che ha elaborato una serie di criteri applicabili sia per la costruzione di messaggi di salute che per la loro valutazione nonché per educare i cittadini all'esame critico delle notizie date dai media.

Da ultimo, non certo per ordine di importanza, il *contributo degli operatori sanitari*.

Le istituzioni sanitarie comunicano con gli utenti soprattutto attraverso i propri operatori (medici, infermieri, amministrativi, personale URP, ecc.) che, nella routine delle specifiche mansioni, tendono a dare per scontata l'esistenza di un “ terreno comune” [Clark 1996; Tomasello 2009] da cui dipende la capacità di comprensione dei messaggi forniti. Ciò che ancora manca è una formazione adeguata del personale sanitario, a tutti i livelli, che consenta di tener conto del *destinatario* e modulare in tal senso il flusso delle informazioni da dare. Devono entrare a far parte della “cassetta degli attrezzi” di tali operatori saperi ulteriori rispetto alla sola pratica medica (e similari), quali il sapere delle scienze sociali, della psicologia, della comunicazione interpersonale, che possano consentire una conoscenza ad ampio spettro di un'utenza sempre più multietnica e variegata e con vari livelli di *health literacy*. Il lavoro da fare è lungo e laborioso, ma:

La pratica quotidiana col pubblico, il consenso informato, la consulenza sulla scelta della cura, dell'operatore e della struttura più adeguati, il consiglio sullo stile di vita da migliorare, il farmaco da assumere, l'autocura da praticare, la pratica del benessere da inserire nel proprio bagaglio di abitudini, il rapporto con la stampa ed i media locali, la partecipazione alle campagne educative: sono tutti campi di una nuova formazione e riqualificazione alla comunicazione che si dimostra ormai necessaria per tutti coloro che operano in campo sanitario e del benessere [Ingrosso 2001:29].

Anche il fattore età può rappresentare un elemento di discriminazione.

I motivi principali si collocano nel mutato quadro epidemiologico della popolazione mondiale e nella crescita, nei prossimi anni, delle malattie croniche. Il dato preoccupante non è dato dalla quantità delle singole patologie, ma dal fatto che le cronicità implicano eventi di *comorbilità* e di *multimorbilità* che esigono trattamenti e modalità assistenziali del tutto diversi rispetto alle acuzie. I sistemi sanitari, invece, sono ancora prevalentemente organizzati per far fronte ad episodi acuti, monopatologici, specialistici, per i quali non occorre un approccio olistico al problema di salute né tantomeno una forte integrazione

¹¹⁵ Carducci A., Calamusa A. e gruppo “Leggere Ascoltare la Salute”(2003), *La comunicazione di massa sulla salute. Proposta di un sistema di qualità del processo di produzione dell'informazione sulla salute*, in: Educazione Sanitaria e Promozione della salute, 26:67-78.

¹¹⁶ Vedi: www.biologia.unipi.it/ocs/index.php/attivita-di-ricerca/articoli-sanita

tra ambiti di assistenza diversi. Differente è il caso delle malattie croniche che necessitano di interventi sanitari non frammentari e di percorsi assistenziali coordinati di lunga durata, a cui vanno associate azioni come la capacità di autocura del paziente ed il coinvolgimento della famiglia. Già in questo è ravvisabile un primo elemento di iniquità.

Va ricordato inoltre - come detto nel primo paragrafo di questo capitolo - che le malattie croniche colpiscono in misura maggiore quelle fasce di popolazione in cui più elevata è la prevalenza di diabete, asma, ipertensione, insufficienza cardiaca, ecc. Si tratta delle persone più svantaggiate, che già faticano ad accedere ai servizi di qualità per malattie meno rilevanti e che si trovano in condizione di maggior vulnerabilità sociale, familiare ed economica. Tutto questo non fa che aggravare un problema di per sé complesso, che richiederebbe un intervento non solo di carattere politico, ma anche di approccio. La gestione delle cronicità, difatti, esige un'attenzione particolare alla persona (*person-focused*) anziché alla malattia (*disease-focused*), dal momento che non può esserci un'adequata risposta, o meglio, "presa in carico" del problema di salute senza conoscere le condizioni di vita che lo hanno determinato. L'approccio dominante, invece, rimane focalizzato sulla malattia perdendo così di vista il modo in cui più eventi morbosi interagiscono tra loro e, soprattutto, le vulnerabilità sociali a cui il paziente è o potrebbe essere esposto.

Nevralgico, in quest'ottica, il ruolo delle cure primarie non solo per intervenire sulle cause "evitabili" l'insorgenza delle cronicità (es. stili di vita, prevenzione, diagnosi precoce), ma soprattutto per affrontare le disuguaglianze endogene al sistema sanitario. Circa questo secondo aspetto è comprovato il fatto che le classi sociali più disagiate utilizzano in misura maggiore la medicina di base e, in tal senso, il settore della *Primary care* può dirsi più equo rispetto al quello della specialistica.

Che cosa possono fare, dunque, i medici di famiglia rispetto alle disuguaglianze?

Alcune indicazioni vengono fornite dai professionisti britannici, che in un importante documento del 2010 dal titolo: "*How doctors can close the gap?*"¹¹⁷ delineano tre linee di azione per l'immediato futuro. La prima riguarda la necessità di un radicale cambiamento culturale: superare la tradizionale medicina generale *di attesa*, concentrata sulla manifestazione del sintomo e, quindi, sull'intervento clinico, e passare a quella di *iniziativa* rivolta a promuovere attivamente la salute ed il benessere di tutte le fasce sociali. Per operare in tale direzione e per ridurre le disuguaglianze sanitarie è necessario che il

¹¹⁷ Il documento (disponibile in formato PDF al seguente link: www.sdu.nhs.uk) è stato firmato dalle più importanti associazioni mediche inglesi tra cui il Royal College of Physicians, Royal College of General Practitioners, Royal College of Psychiatrists, National Health Forum e Faculty of Public Health.

lavoro dei medici venga svolto in maniera collaborativa con tutti gli altri settori. A proposito si legge:

To tackle effectively the social determinants of health a holistic approach to the issues is required, with doctors not only taking a lead in promoting and protecting health, and preventing ill health, but also working collaboratively across all sectors to develop systems to reduce health inequalities [2010:5]¹¹⁸

La seconda linea guida prende origine dalla nota “legge inversa dell’assistenza” con la quale l’operato dei medici di famiglia non può che fare i conti. È questo un punto centrale per la lotta alle iniquità nella salute da parte delle cure primarie e dei medici generalisti; il loro compito dovrebbe consistere nell’adoperarsi affinché i servizi sanitari raggiungano i gruppi più svantaggiati ed emarginati della società, rimuovendo le numerose barriere che ostacolano l’accesso alla consulenza, alla prevenzione, alla diagnosi e cura [Maciocco 2010].

È interessante, al riguardo, notare la stretta concordanza di questo secondo punto del documento inglese con le conclusioni di un gruppo di lavoro organizzato e coordinato da medici di base scozzesi¹¹⁹, secondo cui l’unico modo per migliorare le condizioni di salute nelle aree più sfavorite è aumentare significativamente il volume e la qualità dell’assistenza erogata. Le proposte avanzate dai medici scozzesi per rendere “reale” il percorso verso la riduzione delle diseguaglianze consistono in:

1. disponibilità di *tempo aggiuntivo* per le visite ai pazienti in condizioni di maggior disagio;
2. erogazione di assistenza tramite *team multiprofessionali* fortemente integrati;
3. *integrazione* tra medici di medicina generale ed operatori dei servizi sociali;
4. *riconoscimento* dell’importanza dell’erogazione di prestazioni aggiuntive assieme alla *possibilità di accesso* a maggiori risorse.

Ritornando ai GP londinesi, il terzo ed ultimo punto chiama in causa l’iter formativo - universitario e “post”- attualmente inadeguato per fronteggiare efficacemente il gravoso problema delle diseguaglianze. La preparazione degli studenti di medicina, infatti, è centrata sul trattamento clinico dei singoli pazienti con scarsa attenzione ai determinanti sociali che stanno alla base dell’insorgenza di gran parte delle malattie.

¹¹⁸ “Per affrontare efficacemente i determinanti sociali di salute è necessario adottare un approccio olistico nei riguardi dei problemi sanitari unitamente a medici che assumano un ruolo guida non solo nella promozione e nella tutela della salute, ma anche lavorando in sinergia con tutti gli altri settori allo scopo di sviluppare sistemi di riduzione delle diseguaglianze sanitarie.”

¹¹⁹ Norbury Michael, Mercedes Stewart W. et al. (2011), “Time to care: tackling health inequalities through primary care”, in *Family Practise*, Oxford Journals, 28:1-3.

Diversamente dovrà essere fatto nei prossimi anni:

As well as being taught explicitly, public health issues relating to health inequalities and the social determinants of health should be embedded as a vertical thread running throughout all parts of the curriculum and training. [...]Medical students also need to develop a broad range of transferable skills to better tackle the social determinants of health and this can be done not with bland lecture courses but through experiential management and communications programmes. Doctors at all levels have a role to play in addressing the social determinants of health and to enable this there need to be changes made to both the foundation and specialty training of all doctors. The inclusion of an element of primary care and/or public health in the foundation training of all junior doctors will allow them to work more directly with health inequalities issues and develop first hand the skills and understanding to tackle the social determinants of health [2010: 8-9]¹²⁰.

Dai tempi di Alma Ata fino al rapporto Oms del 2008 “*Primary Health Care. Now more than ever*” non è mancata l’attenzione degli organismi internazionali circa la necessità di una distribuzione più equa della salute sia tra paesi diversi sia all’interno di ogni paese. Eppure, nel tempo, l’asticella del traguardo è stata spostata più in là: si pensi all’impegno “*Health for All*” entro l’anno 2000, sottoscritto negli anni Novanta da tutti i governi del mondo, poi modificato in “*Health for All 21*”. Gli stessi sistemi sanitari universalistici non sono riusciti nell’intento dell’equità e della riduzione delle diseguaglianze, diventando - a loro volta - fonte di disparità nell’accesso e nell’erogazione di prestazioni sanitarie adeguate ai bisogni.

Il fenomeno delle diseguaglianze, però, esige azioni reali che possano quanto prima rimediare alle situazioni di non omogeneità circa l’offerta e la fruizione dei servizi in modo da garantire a tutti la medesima probabilità di cura della propria salute. Le disfunzioni legate all’allocazione delle risorse indipendentemente dal bisogno delle persone, soprattutto, di quelle più svantaggiate hanno progressivamente eroso la sostenibilità dei sistemi sanitari, che oggi si trovano costretti a ripensarsi sia in termini di contenimento dei costi che di adeguatezza ed appropriatezza dell’offerta. Intraprendere iniziative senza considerare le necessità di salute e le condizioni socioeconomiche degli utenti significherebbe continuare e perpetuare le tante iniquità sociali che nel corso del tempo sono state prodotte sia a livello macro, di *policy*, che a livello micro, di qualità delle strutture e professionalità degli operatori sanitari. Per migliorare le condizioni di salute e

¹²⁰ “L’insegnamento dei temi di Sanità pubblica relativi alle diseguaglianze nella salute e ai determinanti sociali di salute deve essere incorporato, come una trama “verticale” comune, in tutte le parti del curriculum formativo. [...] Gli studenti di medicina hanno bisogno di sviluppare un ampio ventaglio di abilità e conoscenze per meglio affrontare i determinanti sociali di salute e ciò deve essere fatto abbinando all’insegnamento accademico una formazione esperienziale, che li metta in contatto con la rete di gruppi che si occupano di assistenza sociale e di volontariato e che gli consenta di vedere come una varietà di situazioni sociali possano influire sulla salute delle persone.”

riparare all'*inequalities* la via indicata è di investire sulle cure primarie e sul ruolo del medico di famiglia; si tratta ora di passare dalla fase delle dichiarazioni e dei principi a quella dei fatti e degli obiettivi raggiunti.

Cap. 3 - L'analisi sociologica della salute e dell'organizzazione sanitaria

L'interessamento sociologico per il tema della salute-malattia va letto alla luce di quella che è la specificità di tale disciplina, ovvero, lo studio della *dimensione sociale* intesa quale risultante delle *relazioni* che si generano tra gli esseri umani che condividono una medesima vita sociale. Fin dalla sua nascita la sociologia ha cercato di *comprendere* il nesso “individuo-società”, che rappresenta la bipolarità da cui la dimensione del sociale trae origine e attraverso la quale esiste.

Sulla base di un simile obiettivo, l'approccio sociologico alla salute-malattia ha conosciuto nel corso del tempo diverse fasi evolutive che, partendo da quella che è stata definita “sociologia della medicina”, ascrivibile all'impostazione teorica del padre fondatore Talcott Parsons, hanno contribuito a cogliere la salute-malattia come *fenomeno sociale*, frutto delle relazioni tra sistema sociale, ambiente esterno, attori sociali e corporeità.

Grazie alla sociologia viene posto in evidenza che la condizione di salute come quella di malattia vanno oltre le definizioni oggettive delle scienze biomediche, dilatandosi alla dimensione *relazionale*, ovvero, alla costruzione sociale ed intersoggettiva del fenomeno “salute-malattia”. La nuova visione della disciplina sociologica - divenuta nel frattempo “sociologia sanitaria” e, quindi, “sociologia della salute” - contribuisce in modo più o meno diretto al passaggio delle politiche sanitarie da sistemi di *welfare state* a sistemi di *welfare community*, all'interno dei quali tutti gli attori sociali, istituzionali e non, sono chiamati a collaborare e ad interagire per il “ben-essere” individuale e societario, esito di un processo di definizione collettiva.

Sulla base di tale premessa l'intento del capitolo vuole essere quello di offrire una breve panoramica dei passaggi evolutivi più significativi della disciplina, dai quali è possibile cogliere le ricadute in termini di politiche per la salute centrate sulle esigenze delle persone, sulla qualità dei servizi offerti, sulla prossimità delle cure ed il diritto di accesso alle prestazioni, sul diritto della continuità dell'assistenza e tutto ciò che abbiamo visto riguardare il settore delle cure primarie. Al riguardo si esaminerà, dapprima, il contributo proveniente dal contesto internazionale e, successivamente, l'apporto della sociologia italiana, focalizzando l'attenzione su quelli che sono stati i principali passaggi di svolta e su quanto potrebbe rappresentare una prospettiva futura per la disciplina.

3.1 - Sociologia e “sistemi curanti”: breve excursus sulle origini e gli sviluppi della sociologia sanitaria e della salute

La dottrina sociologica inizia ad occuparsi di salute e malattia nei primi decenni del secolo scorso quando con lo sviluppo dell'urbanesimo e dell'industrializzazione si svelano gli aspetti “sociali” dell'insorgenza di malattie, insalubrità e malessere delle persone oltre a quelli prettamente eziologici della pratica clinica. Fino a questo momento la malattia - e di conseguenza la salute - costituisce l'*esclusivo* oggetto di studio e di riflessione della medicina, il cui mandato ufficiale è quello di porre rimedio ad un corpo che si ammala o per cause interne, per un “guasto” della macchina, o per cause esterne di natura infettiva come peste o vaiolo. Con la nascita dei primi agglomerati urbani, totalmente privi dei requisiti igienici di base, e l'espansione di nuove modalità di lavoro come quella della fabbrica e della catena di montaggio, nell'ambito della scienza medica si originano rami sub-disciplinari quali la *medicina sociale* e la *medicina del lavoro* con cui si afferma un nuovo filone di pensiero: l'insorgenza degli eventi patogeni è correlata tanto alla disfunzione organica del corpo quanto alle condizioni abitative e lavorative degli individui e delle famiglie.

L'approccio sociologico alla salute-malattia risente fortemente dell'influenza di figure eminenti tipo Rudolf Virchow (1821-1902) e Henry Sigerist (1891-1957) per la *medicina sociale* e Bernardino Ramazzini (1633-1714) per la *medicina del lavoro*, che per primi hanno connesso “società e salute” seppur nell'ambito della scienza medica. Fin dal suo sorgere, quindi, la *sociologia della medicina* - denominazione che nel tempo, come vedremo, evolve verso appellativi più completi ed autonomi - rimane imbrigliata nella medicina ufficiale da cui non soltanto muta la stessa definizione di salute-malattia, ma che diventa addirittura perno di osservazione per l'analisi del sistema sanitario nel suo complesso, della relazione tra medico e paziente e della realtà legata all'evento salute e malattia. Come già anticipato nell'introduzione del seguente capitolo, la paternità della *sociologia della medicina* è attribuita al sociologo americano Talcott Parsons¹²¹ anche se prima di lui altri eminenti esponenti della disciplina hanno analizzato la salute-malattia in un'ottica sociale. Tra questi è doveroso ricordare Emile Durkheim che con le sue opere principali, “*Le regole del metodo sociologico*” ed “*Il suicidio*”, affronta questioni che anticipano la *Medical Sociology* ed aprono la strada dello struttural-funzionalismo in sociologia. Nella prima opera il Nostro

¹²¹ T. Parsons (1957), *The Social System*, Glencoe, Free Press.
Vedi anche nota n.4 del Capitolo primo.

analizza il tema della dicotomia tra *normale*, ovvero, i “fatti sociali” che sono proprio come *devono essere* (salute) e *patologico*, ovvero, i “fatti sociali” che *dovrebbero essere diversi* da quello che sono (malattia). Con lo studio sul suicidio del 1897 il sociologo francese opera una frattura epocale rispetto a quella che all’epoca era l’interpretazione ufficiale del fenomeno da parte della psichiatria e, cioè, effetto di un mero *disordine mentale individuale*. Durkheim con il suo saggio dimostrò, invece, che tale fenomeno, configurandosi come “fatto sociale” specifico, poteva essere ricondotto a cause di natura *socio-culturale* (suicidio altruistico, egoistico ed anomico) e non necessariamente o esclusivamente all’ambito dell’irrazionalità e/o della malattia mentale.

Oltre ad E. Durkheim va ricordato Friederich Engels che in “*La situazione della classe operaia in Inghilterra*” del 1848 offre un’analisi approfondita di quelle che erano le condizioni di vita del proletariato inglese: dalla struttura dei quartieri alle abitazioni, dal tipo di alimentazione agli indumenti, dal ritmo di lavoro alle malattie più ricorrente fino alle cause di morte. Anche la figura di Max Weber non va dimenticata, seppur non abbia prodotto nessuna opera specifica sul tema della salute; a lui, infatti, va dato merito di aver contribuito con le sue teorizzazioni (vedi: i “*tipi ideali*” di agire sociale) all’analisi delle organizzazioni sanitarie e delle scelte di politica sanitaria (vedi: “etica della convinzione” ed “etica della responsabilità”). Va, tuttavia, riconosciuto a Parsons - capostipite dell’approccio struttural-funzionalista - il pregio di aver reso la *sociologia della medicina* accademicamente rispettabile [Cockerham 1983]. Secondo il nostro autore la salute consiste nella capacità dell’individuo di funzionare normalmente e, di conseguenza, la malattia diventa elemento disfunzionale, perché rende il soggetto incapace di svolgere i ruoli attesi dal sistema sociale.

Quest’ultimo, infatti, si compone di parti *interconnesse* tali per cui, un qualunque turbamento ad una di esse, genera il malfunzionamento del “tutto” con il rischio di arresto per l’intero sistema. In quest’ottica la malattia diventa una *devianza* rispetto al generale equilibrio della società, perché sottrae la persona dai propri ruoli istituzionalizzati e dalle aspettative sociali ascritte al soggetto. Tale devianza va, dunque, normalizzata attraverso soggetti e procedure (*medici e sistema sanitario*) a cui l’ammalato deve obbligatoriamente rivolgersi ed affidarsi (*sick role*) per il recupero delle funzioni a cui è socialmente chiamato.

Anche la figura del medico, come quella del paziente, ha un ruolo da espletare sia nei confronti del sistema sociale, in senso lato, che nei riguardi dell’ammalato. Sotto il primo aspetto al medico spetta il compito di legittimare lo stato patologico di un soggetto

- da cui deriva il *riconoscimento collettivo* del ruolo di “malato”- e deve lavorare per il benessere dell’umanità superando quelli che possono essere gli interessi personali; sotto l’aspetto dell’intervento terapeutico il medico deve agire sul paziente senza pregiudizi personali e sociali, deve mantenere un’affettività neutrale e non farsi coinvolgere emotivamente nella relazione con il malato. Ai medici, dunque, intesi non solo come categoria professionale, ma integrati nei valori culturali dominanti nella società, Parsons assegna la funzione di controllo sociale e, pertanto, una posizione dominante nel rapporto terapeutico.

Da quanto detto, seppure brevemente, al modello parsonsiano va riconosciuto il merito di aver attribuito al tema della salute-malattia una rilevanza di natura sociologica, diventando *parte integrante* del sistema sociale. Ciononostante la concezione di entrambi i concetti (salute e malattia) resta a totale appannaggio della professione medica ed interna al sistema sanitario ed - in certo qual modo - “difettosa” circa la possibilità di cogliere il significato e la portata di quelle esperienze non riconducibili alla sanità ufficiale.

Uno dei limiti presentati dal modello parsonsiano è dato dalla sua scarsa applicabilità in situazione di subculture. Inoltre il concetto di normalità non lascia spazio alle definizioni altre (o profane) di malattia. Secondo questo approccio il ricorso alle cure risulta essere l’espressione sia di una razionalità sanitaria (il raggiungimento della guarigione) sia di una razionalità sociale (reintegrazione sociale). Da questo punto di vista la concezione struttural-funzionalistica di salute e malattia è da considerarsi interna alla professione medica e al sistema sanitario. Ne conseguono difficoltà a cogliere il significato e la portata di quelle esperienze riguardanti la salute-malattia non riconducibili al sistema sanitario [Tognetti Bordogna 1989:20].

Un altro contributo allo studio dei rapporti individuo-società in termini sanitari si deve all’approccio marxista, che si pone in maniera fortemente critica rispetto a quello struttural-funzionalista in considerazione del fatto che la classe medica è uno dei gruppi di interesse esistenti nella società e, in tal senso, verrebbero meno l’universalismo e l’altruismo della professione ipotizzati da Parsons nonché la natura non conflittuale del rapporto tra medico e paziente.

Il nodo nevralgico dell’analisi marxista è che i rapporti di produzione della società capitalistica determinano socialmente il settore sanitario, che diventa espressione dell’ideologia della classe dominante e strumento di mantenimento delle disegualianze tra coloro che detengono il potere (medici) e gli sfruttati (pazienti).

La medicina, quindi, oltre ad essere un’istituzione di controllo sociale è anche veicolo di riproduzione delle iniquità sociali.

Tra i maggiori esponenti di questo approccio¹²² vi sono V. Navarro, H. Waitzkin e B. Waterman¹²³, che con le loro opere pongono l'accento sull'analisi della salute nel contesto dei rapporti di produzione capitalistici, sulla mercificazione della salute e dell'organizzazione sanitaria, che *“riduce la sanità a profitto, giocato sulla salute della popolazione”* [Giarelli e Venneri 2009:253]. Secondo tale approccio, pertanto, gli interventi sanitari di uno Stato capitalista sono volti a riprodurre la struttura di classe, l'ideologia borghese e l'alienazione sociale, dal momento che *“come un operaio è espropriato del prodotto del suo lavoro analogamente i medici espropriano i pazienti ed i potenziali pazienti della natura e della definizione della salute”* [Ardigò 1997:203]. Infine, per ciò che riguarda lo stato di malattia, i sociologi di stampo marxista si pongono criticamente nei confronti del paradigma biomedico e struttural-funzionalista, riconducendo tale stato non a fattori individuali, come sostenuto dall'ideologia medica, ma al persistere delle iniquità sociali, dello sfruttamento capitalistico dell'uomo sull'ambiente e della dialettica tra classi. Le responsabilità per le condizioni di salute non possono essere attribuite al singolo, ma alle forze economiche e al sistema societario nel suo complesso.

Molto simile alla concezione marxista e, in qualche modo, ad essa assimilabile è il filone rappresentato dalla critica culturale della medicina, che, per la prima volta, mette in discussione il sapere biomedico nella sua pretesa scientifica ed i servizi sanitari su di esso fondati. Il punto d'intersezione con il marxismo ortodosso è rappresentato dalle disuguaglianze di salute dovute alle relazioni di potere, che però - ed è questo l'elemento di differenziazione - secondo la visione “radicale” non sono spiegabili facendo ricorso ai concetti di classe e di rapporti di produzione. L'esponente di maggior rilievo è I. Illich che nella celebre opera dal titolo *Nemesi*¹²⁴ *medica* (1977) sostiene che nella società industriale la medicina ha assunto un carattere patogeno, nocivo (iatrogeno), contrariamente a quella

¹²² In Italia vi sono le figure di G. A. Maccacaro che, nel 1973, scrive: *“La Classe Operaia è sempre stata troppo “pensata”, da chi ha finito per sorprendersi di trovarla così vigorosamente, originalmente, lucidamente “pensante” sul finire degli anni '60. Oggi si può e si deve puntare su tutte le forme di appropriazione e di autogestione che possano mettere la classe a soggetto di una lotta per la salute che non cessi mai di essere, in quanto tale, una lotta contro il sistema”* (Giulio A. Maccacaro, *Classe e salute*, 1973) e di G. Berlinguer che a proposito di iniquità di salute afferma: *“Le differenze si manifestano in diverso grado, ma ovunque: una bambina che nasce in Botswana ha una speranza di vita di 34 anni, in Giappone di 86; e in Gran Bretagna, dove il governo è molto impegnato verso l'equità, un manovale vive ancora sette anni meno di un professionista.”* (G. Berlinguer, *Salute e sviluppo*, 2007).

¹²³ Navarro V. (1976), *Medicine under Capitalism*, Prodist, New York; Waitzkin H e Waterman B. (1974), *The Exploitation of Illness in Capitalist Society*, Bobbs-Merrill, Indianapolis; Waitzkin H. (1981), *A Marxist analysis of the health care system of advanced capitalist societies*, in Eisenberg L. e Kleinman A., *The Relevance of Social Science for Medicine*, Reidel, Dordrecht: 333-369.

¹²⁴ Νέμεσις è una figura della mitologia greca “distributrice della giustizia” e distinta da Δίκη, dea della giurisdizione. Con il termine *nemesi* si intende una sorta di “giustizia divina” - dispensatrice di gioie e dolori - che alterna *armoniosamente*, nella vita degli uomini, momenti burrascosi e difficili a momenti di serenità e fortuna. L'idea è quella di un mondo dove il “bene” ed il “male” siano presenti in egual misura, così che all'uno corrisponda la compensazione dell'altro e viceversa.

che dovrebbe essere la sua funzione di tutela della salute delle persone. Il sistema sanitario è diventato *causa* di ciò di cui, invece, dovrebbe essere *garanzia*, alimentando una situazione paradossale che, di fatto, espropria gli individui della propria salute. Per il nostro autore, infatti, la medicina ha permeato tutti gli ambiti del vivere quotidiano ed ha eroso sempre di più la capacità delle persone di essere responsabili nella cura della propria salute. La medicalizzazione della vita, definita *iatrogenesi sociale*, rende il soggetto “terapeuticamente” dipendente per qualunque aspetto della vita quotidiana che produca malessere e per il quale la medicina offre il farmaco risolutore del problema.

Oltre alla *iatrogenesi sociale* esistono altri due livelli di negazione della salute da parte del sistema sanitario e, cioè, la *iatrogenesi clinica* e la *iatrogenesi culturale*; con la prima l'autore fa riferimento alla cosiddetta “malasanità”, agli errori ed ai danni che la medicina ed i medici producono con l'impiego di farmaci (effetti collaterali), durante gli interventi chirurgici (infezioni), nella formulazione della diagnosi (errori di giudizio), ecc.; con *iatrogenesi culturale* Illich intende il rifiuto della società del dolore e della malattia come parte costitutive della vita e dell'esistenza umana.

[la iatrogenesi culturale] ha inizio quando l'impresa medica distrugge nella gente la volontà di soffrire la propria condizione reale [ivi:131]. L'impresa medica moderna rappresenta il tentativo di fare per conto degli altri quello che gli altri, grazie al loro patrimonio genetico e culturale, erano dapprima in grado di fare da soli [...] è pianificata ed organizzata allo scopo di sopprimere il dolore, eliminare la malattia ed annullare il bisogno di un'arte di soffrire e di morire [ivi:145].

All'interferenza della scienza medica di così elevata portata la proposta del nostro autore va nella direzione di un totale recupero dell'autodeterminazione del singolo circa i problemi connessi alla cura come pure riguardo alla definizione della malattia e la sua gestione. Gli aspetti interessanti dell'approccio radicale, al di là di quelle che possono essere le obiezioni circa la validità delle tesi a prova dell'inefficacia della medicina, risiedono nell'aver messo in discussione la competenza del sistema sanitario nel raggiungere pienamente gli obiettivi che la società gli attribuisce e, pertanto, nell'aver *desacralizzato* un settore reputato (anche dalla sociologia) “indiscutibilmente valido”.

3.1.1 - L'approccio fenomenologico ed ecosistemico

Una prospettiva di studio del tutto differente rispetto a quelle finora esaminate è quella fenomenologica, che fonda lo studio della società e, nel caso specifico, dei temi della salute e della malattia, secondo un'impostazione “micro” (di weberiana memoria) anziché “macro” strutturale. L'approccio fenomenologico, infatti, pone al centro del proprio interesse l'individuo e l'interazione sociale e, partendo da tali capisaldi, interpreta

lo stato di salute-malattia quale *esperienza umana* dotata di senso soggettivo. Rispetto al primato della dimensione biologica e del complesso medico-sanitario viene, pertanto, recuperato l'elemento soggettivo del "vissuto", del significato simbolico che l'individuo attribuisce alla propria esperienza di malattia e dello "star bene". In tale modo, come sostiene Donati (1983:58-59), "*l'accento si sposta sulla realtà sociale come costruzione intersoggettiva che, attraverso relazioni dotate di senso, esprime l'esperienza (il dicibile e l'indicibile) della salute e della malattia. [...]La definizione sociologica di salute/malattia viene dunque riferita in primo luogo all'interpretazione che l'individuo dà della sua situazione*".

Sotto il profilo teorico tale approccio deriva dal filosofo tedesco E. Husserl, secondo cui il compito della scienza è quello di occuparsi dello studio del $\phi\alpha\iota\nu\acute{o}\mu\epsilon\nu\omicron\nu$, di ciò che appare ed è colto dai nostri sensi, piuttosto che dell'oggetto in sé, perché una conoscenza veramente oggettiva non è mai possibile. Ciò rivoluziona il modo di guardare alla scienza come strumento di verità ed inficia l'alone di ottimismo positivista che aveva reso le scienze naturali, compresa la medicina, un mondo dal quale ricavare strumenti e metodi anche per la comprensione dei fenomeni sociali. L'applicazione del pensiero husserliano alla sociologia avviene attraverso la figura di A. Schutz¹²⁵ e, successivamente, dei suoi due allievi P.L. Berger e T. Luckmann, che - rifacendosi all'interazionismo simbolico e alla scuola di Chicago - assumono una posizione di natura costruttivista, in base alla quale la realtà sarebbe una costruzione sociale che scaturisce dalle interazioni sociali del quotidiano.

Tra i concetti più rilevanti della filosofia fenomenologica di Husserl vi è, infatti, quello di *Lebenswelt*, mondo della vita, che nella visione di Schutz corrisponde al mondo della vita *quotidiana*, ovvero, al contesto dove si svolgono tutte le interazioni tra esseri

¹²⁵ Altri esponenti della prospettiva fenomenologica che hanno contribuito allo sviluppo del tema salute-malattia sono: E. Idler, la quale ha posto in evidenza le caratteristiche peculiari di quella "*provincia finita di significato*" che è la malattia che conduce il soggetto ad un progressivo degrado di coscientizzazione, caratterizzato dalla perdita di socialità, da un corpo la cui salute non è più un dato per scontato ma un problema doloroso e non più controllabile, da un vissuto temporale focalizzato sul presente e dalla tendenza all'isolamento rispetto al consueto contesto familiare e sociale. Inoltre, vanno ricordate le figure di H. Garfinkel ed E. Goffman rispettivamente per l'approccio *etnometodologico* e per quello *drammaturgico* con cui analizzare l'ambito sanitario. Più analiticamente, Garfinkel volendo individuare i metodi, le procedure, i saperi e le conoscenze che vengono adottate da un gruppo sociale per comunicare, osserva tutto quanto accade nelle conversazioni della vita quotidiana (dai gesti al parlato) per individuare le norme nascoste (etnometodi) che regolano - appunto - la comunicazione intersoggettiva. In ambito sanitario tutto ciò ha prodotto l'analisi dei documenti connessi alla pratica clinica come la compilazione del quadro anamnestico, fatto sovente in modo approssimativo e sbrigativo, ma dal quale dipendono le azioni di intervento sul paziente. In tale luce l'approccio *etnometodologico* risulta utile nel porre in evidenza quelle che possono essere le disfunzionalità nei comportamenti degli operatori sanitari e ricercare soluzioni efficaci. La figura di Goffman è significativa in termini di apporto offerto al settore della psichiatria e della salute mentale (vedi opere: *Asylum* e *Stigma*), che il sociologo canadese studia dal di dentro dell'istituzione ospedaliera, evidenziandone gli effetti totalizzanti e devastanti sul malato nonché il pregiudizio verso tutto ciò che socialmente viene definito "diverso". In Italia, le analisi di Goffman produrranno, grazie alla figura di Franco Basaglia, la riforma degli ospedali psichiatrici del 1978 legge n. 180.

umani, le relazioni faccia a faccia e che rappresenta il serbatoio di significati con il quale le persone attribuiscono senso agli accadimenti che le coinvolge e che consente ad esse di interpretarli [Maturò 2007:50]. Il valore aggiunto dell'approccio fenomenologico allo studio della salute-malattia è quello di aver spostato il *focus* di analisi dal contesto medico a quello esperienziale del soggetto che vive l'esperienza del danno fisico e/o mentale attribuendo ad esso un significato, che, pur se personale, afferisce comunque all'ordine simbolico del gruppo sociale di appartenenza. Di contro, nella prospettiva struttural-funzionalista come in quelle marxista e radicale il comportamento del malato viene esaminato prevalentemente in funzione della relazione con la professione medica, adottando così una visione ancora legata ad una definizione medica piuttosto che soggettiva e culturale¹²⁶.

La svolta epistemologica così operata ha prodotto varie evoluzioni nell'osservazione del binomio salute-malattia tra cui la nascita della *Narrative Base Medicine*, una pratica che mette al centro della sua attenzione la "narrazione" della malattia da parte del paziente, che diventa materiale di "cura" (*caring*) sia per i medici che per gli operatori sanitari.

Secondo tale orientamento la medicina, ogni tipo di medicina, può essere letta come un sistema culturale, vale a dire un insieme di significati simbolici che modellano la realtà dell'esperienza della malattia. Salute, malattia e medicina divengono così dei sistemi simbolici costituiti da un insieme di significati, di valori e di norme comportamentali. Le interrelazioni tra queste componenti generano i sistemi di significati che strutturano l'esperienza della malattia [Maturò 2007:87].

Padre fondatore della *Narrative Base Medicine* (NBM) è lo psichiatra-antropologo A. Kleinman anche se, in ambito sociologico, è ai coniugi Good (Byron e Mary Jo) che il filone viene prevalentemente associato. Secondo questa prospettiva il riconoscere che possono essere oggetto dell'attenzione dei professionisti sanitari anche le storie personali, le percezioni soggettive, le interpretazioni, i significati di malattia e le emozioni ad essa connesse, significa entrare nella prospettiva del *prendersi cura* della persona ed acquisire una concezione di malattia allargata che, sulla base della triade proposta da Twaddle (1968)¹²⁷,

¹²⁶ Al riguardo è doveroso ricordare l'apporto di Claudine Herzlich che sottolinea il fatto che la malattia non è solo un insieme di sintomi per i quali si ricorre al sistema sanitario. La malattia è piuttosto un evento che esige un'interpretazione che non è mai solo personale, ma collettiva. "*Si tratta di un'interpretazione collettiva condivisa dai membri di uno stesso gruppo sociale, ma si tratta anche di un'interpretazione che coinvolge la società e che parla del nostro rapporto col sociale. La dimensione del sociale come malattia consiste allora nel fatto che essa funziona come significante, come supporto del senso del nostro rapporto con il sociale*" [M. Augè & Herzlich C. 1986:19].

¹²⁷ Twaddle A. (1968), *Influence and Illness: definition and definers of Illness Behavior among older males in Providence, Rhode Island*, Ph.D. Thesis, Brown University.

rimanda alla malattia come *dimensione biologica* (disease), come *esperienza vissuta della persona* (illness) ma anche come *interpretazione collettiva* (sickness)¹²⁸.

L'apporto più rilevante della NBM è, senza dubbio, quello di aver introdotto un "elemento di rottura" rispetto al modello classico della medicina, incentrata attualmente sulla *Evidence Base Medicine* (EBM), focalizzando l'attenzione sulle componenti sociali e culturali (oltre che psichiche) necessarie per la presa "in cura"¹²⁹ della persona malata.

Un altro importante contributo per l'analisi dei sistemi che curano è offerto dalla corrente ecosistemica, la cui epistemologia è fondata su due postulati: il primo riguarda la visione del reale di stampo costruttivista, ovvero, è l'osservatore che "crea la realtà" tramite la propria (auto)osservazione; il secondo riguarda la dimensione prettamente ecologico-sistemica, nel senso che viene assunto come unità principale di riferimento il "soggetto posto nel suo ambiente". Circa questa seconda tesi le posizioni assunte all'interno della corrente non sono affatto omogenee e si dispiegano in un ventaglio di quadri concettuali spesso distanti gli uni dagli altri. E difatti, vi sono autori che prendono in considerazione la diade sistema-ambiente a partire dal *sistema*, come Niklas Luhmann, ed altri - invece - a partire dal *soggetto nel suo ambiente*, come Edgar Morin e Gregory Bateson.

Vista la complessità e la ricchezza riflessiva degli autori appena citati non è possibile offrire un'analisi approfondita del loro pensiero e, pertanto, ci si delimiterà a darne le coordinate principali in stretta connessione con il nostro campo d'interesse. In tale ottica, il discorso luhmaniano su salute-malattia va contestualizzato nel più ampio discorso relativo alla *teoria sistemica* elaborata dal sociologo tedesco che, riprendendo i concetti cibernetici di autopoiesi ed autoreferenzialità (Maturana e Varela 1988), mira a pervenire ad una teoria dei sistemi sociali *universale* in grado, cioè, di comprendere qualsiasi tipo di fenomeno sociale. La riflessione del Nostro sulla società parte dalla distinzione "sistema/ambiente" che consente al sistema sociale, ma anche ai sottosistemi in cui la società si articola (es. politico, religioso, culturale, economico, sanitario, scientifico, ecc.), di identificare se stesso come "sistema" e a definire l'ambiente come ciò che "non è" sistema.

¹²⁸ Maturana (2007) sulla scia di Twaddle ha proposto la disamina della "combinatoria DIS" - disease, illness e sickness - per analizzare come le diverse dimensioni della malattia si combinano tra di loro fornendo interpretazioni differenti a seconda del punto di vista di chi è ammalato, della medicina e della società. In questo modo l'attività clinica viene "pensata" attraverso la ricomposizione delle tre dimensioni costitutive della malattia stessa e, cioè, quella organica (biologica), quella psico-culturale e quella societaria.

¹²⁹ Va in tale direzione anche la neonata (2011) *Slow Medicine*, il cui intento è quello di muovere verso una nuova qualità della cura, fatta di efficacia e umanità, di assistenza e di ascolto, di competenza clinica ed abilità sociale. I tre aggettivi che caratterizzano il movimento della *Slow Medicine* è di una medicina *sobria, rispettosa, giusta*. Cfr: www.slowmedicine.it

Tale distinzione è permessa da una qualità intrinseca ad ogni sistema: l'*autopoiesi*, ovvero, la capacità non solo di organizzarsi quanto piuttosto di riprodurre le unità di cui esso stesso si compone. In sostanza tutto ciò che è sistema, onnicomprensivo o parziale che sia, è prodotto ricorsivamente dal sistema stesso che - in qualche modo - è sovrano nel costituire se stesso. Ciò non significa, tuttavia, che il sistema possa da solo produrre tutte le sue causalità, perché ogni sistema è un *sistema in un ambiente* e, come tale, aperto verso l'esterno. Tale apertura, costitutiva del sistema, non mina la capacità di autonomia e di unità rispetto all'ambiente, in quanto il sistema è operativamente chiuso o, meglio, *autoreferenziale*.

La funzione di chiusura è necessaria al sistema per *ridurre la complessità* proveniente dall'ambiente - fonte di *perturbazione* - e mantenere così i propri confini. Nel rapporto con l'ambiente, infatti, il sistema riceve degli stimoli a cui risponde nel modo che è determinato dalla sua autopoiesi, in base alla quale niente di ciò che è prodotto dal sistema può essere trasferito come tale all'esterno. Nella teoria dei sistemi elaborata da Luhmann il sistema sociale (società) è distinto da quello biologico (organismo vivente) e da quello psichico (mente) che vengono relegati alla posizione di ambiente. Società e soggettività umana sono, pertanto, sistemi separati - il primo basato sulle comunicazioni e l'altro sui pensieri - ed il loro rapporto viene definito come "*relazione intersistemica tra sistemi che appartengono reciprocamente l'uno all'ambiente dell'altro*" [Luhmann 1990:354].

Se ogni sistema è autopoietico ed autoreferenziale rispetto al proprio ambiente, trattando di salute-malattia si ottiene che non può esistere connessione alcuna tra il sistema sanitario e la persona ammalata ed il suo mondo di vita, in quanto "ambiente". Una simile impostazione teorica porta in auge una visione del binomio salute-malattia centrata sulla medicina come sistema istituzionalizzato delle società funzionalmente differenziate, cosa che "*se può essere utile per interpretare le recenti riforme dei sistemi sanitari occidentali, escludere le persone ed i loro mondi di vita dal sistema sanitario per confinarli a puro ambiente del sistema indubbiamente riporta il discorso sociologico della salute-malattia a privilegiare nuovamente il referente istituzionale-professionale rispetto alla comprensione delle intenzionalità dei soggetti e del senso da essi attribuito al loro agire*" [Giarelli 2009:257].

Differentemente da Niklas Luhmann, Gregory Bateson ed Edgar Morin cercano di recuperare la saggezza sistemica dell'uomo occidentale dalla prospettiva del *soggetto nel suo mondo*, ovvero, dell'*io* come "sistema" inserito in altri sistemi e composto - a sua volta - da altri sistemi. La tesi di fondo dei nostri due autori, molto vicini nel loro pensiero, è che l'uomo faccia parte di una più ampia *organizzazione vivente*, che lo renda parente alla più

semplice forma di vita dell'universo. L'ameba di Bateson [1972] ed il batterio di Morin [1980] sono diventati l'emblema del sapere delle connessioni, dell'ecologia delle idee, volti al superamento del pensiero *semplificante*, che da Descartes in avanti ha caratterizzato il metodo conoscitivo delle scienze naturali e socio-antropologiche. La scissione cartesiana tra *res cogitans* (mente) e *res extensa* (natura) ha influenzato il modo di interpretare la "materia estesa" ed il mondo degli uomini dalla sola prospettiva di quest'ultimi, intesi quali *esclusivi* esseri viventi "cogitans" in grado di controllare il tutto, l'intero sistema-mondo. La visione post-dualistica di Bateson e Morin frantuma l'egocentrismo umano della "parte che governa il tutto", aprendo la strada ad un filone di pensiero, quello ecologico, in base al quale la *res cogitans* sul mondo è espressa non solo dall'uomo, ma da ogni organismo *vivente* ed è emergente all'interno della relazione tra vivente e non vivente [Ingrosso 1994 a]. L'uomo, pertanto, viene (re)inserito all'interno di un'unità sistemica, *l'organismo nel suo ambiente*, caratterizzato da un sistema posto in relazione ad un ambiente a cui non si adatta, ma retroagisce, così che i cambiamenti di una parte operano cambiamenti dell'altra parte in una "danza di parti interagenti" [Bateson 1979].

Ogni "vivente" è connesso con tutti gli altri e, quindi, con essi co-evolve e co-esiste. Sulla base di tale presupposto viene ritrovata una nuova alleanza [Prigogine e Stengers 1981] tra mente e natura, fondata sulla rilevanza del tutto senza eliminare però le specificità delle singoli parti. E difatti ogni creatura vivente, a cui Morin - spingendosi oltre Bateson - attribuisce una natura *sogettiva* [Manghi 2009], presenta la medesima ontologia costituita dal *porsi al centro* del proprio universo e dall'occupare uno *spazio unico* che consente di arrivare all'*αὐτός* (me stesso) e di distinguere i propri confini e quanto non vi fa parte (*computo*)¹³⁰.

Tuttavia l'autocentrismo e l'autoreferenza di ogni soggetto vivente non lo conducono all'egoismo assoluto, perché il computo lo rende *autoriflessivo* e, quindi, capace di comparare, valutare, tracciare distinzioni, decidere fra infinite alternative messe a confronto, per ri-prodursi e ri-organizzarsi in connessione coi contesti nei quali vive. Ciò che sostanzia l'*αὐτός* del soggetto vivente è quello di *vivere per sé* e di *vivere per gli altri*, dell'essere *unitas multiplex*, ovvero, una creatura in continuo divenire, mai certo né prevedibile. Tale soggetto può essere conosciuto solo se posto in relazione con il tutto di

¹³⁰ "Riconoscere in ogni creatura vivente, e non soltanto nell'essere umano, un individuo-soggetto comporta che in ogni creatura vivente sia riconoscibile una creatura *a suo modo* pensante. E naturalmente, per le creature viventi non umane, ciò comporta che si riconoscano forme del pensare diverse dal *cogito* propriamente umano. Diverse, cioè, da quelle del pensiero cosciente" [Manghi 2009:73]. Il *computo* è la logica pensante di ogni creatura vivente, capace di intelligenza auto-riflessiva, che è la parte indissolubile della prassi auto-organizzativa di ogni "vivente".

cui è parte, in modo che quanto appare contrapposto è anche complementare, *uniduale e dialogico*.

Occorre sempre concepire uno in due, due in uno. È per questo che ho parlato di una dualità e ho proposto l'idea di una dialogica, logica una in due, doppia logica in una [Morin 1980:150].

La logica vivente è ripetizione e caso, uniformità e singolarità. Assoggettamento e soggettività. O ancora: rigore e immaginazione, per richiamare una bella espressione di Bateson, profondamente sintonica con la dialogica moriniana [Manghi 2009:63].

Nonostante Bateson¹³¹ e Morin non possano essere considerati come sociologi della salute in senso stretto il contributo che il loro pensiero ha dato a tale branca della disciplina è indiscutibilmente rilevante. L'insegnamento dei nostri due autori, infatti, apre una strada *terza* alla teoria della salute, all'interno della quale l'unità di riferimento non è data né dal sistema sociale né dall'individuo, bensì dal *soggetto vivente-nel-suo-ambiente* e, pertanto, la dimensione auto-sistemica e quello eco-organizzativa si (ri)compongono.

Questo riferimento concettuale è di estremo interesse per l'elaborazione di una concezione integrata e complessa della salute, vista come processo evolutivo e multidimensionale, comprendente formazione e permanenza, cambiamento e apprendimento, disordine e dissoluzione, rigenerazione e autocoscienza dei sistemi viventi. Una visione ecosistemica della salute è quella che assume come campo di analisi l'evoluzione delle forme e dei processi di mantenimento-cambiamento che si esplicano a tutti i livelli del vivente considerati nei loro aspetti mentali. In particolare, a livello di ecologia sociale, la salute non sarà considerata principalmente sotto l'aspetto sostanziale o energetico, ossia come patrimonio, riserva, stato o somma di diverse capacità, ma piuttosto come forma in divenire, come mutamento di premesse, come acquisizione di saggezza ("sensibilità per la struttura che connette", Bateson 1979) nel corso della vita individuale e della storia sociale, attraverso discontinuità e cambiamenti di patterns relazionali e dell'ecologia delle idee dei quali gli individui fanno parte [Ingrosso 1994 b:134].

Gli esiti epistemologici introdotti da questo filone di pensiero contengono vari elementi di sviluppo non solo per una *teoria* della salute/malattia, ma anche in termini di *politiche sanitarie*. Uno di questi riguarda l'affermazione del concetto "uno e trino" di salute, *socio-psico-somatico*, in riferimento al quale risulta ormai del tutto anacronistico collocare il *ben-maleessere* degli individui e della collettività entro il solo contesto della sanità e del mito della guarigione attraverso la cura terapeutica. Da qui la necessità di rivedere il sistema di tutela della salute secondo una prospettiva più ampia, di natura *promozionale*, dove l'attenzione viene riposta sui "soggetti-nel-loro-ambiente" e sullo sviluppo delle loro *potenzialità* nel "prendersi cura" di se stessi, degli altri e dei loro ambienti di vita

¹³¹ Per rigore intellettuale va ricordato che Gregory Bateson ha studiato due fenomeni patologici come quello della schizofrenia e dell'alcolismo.

quotidiana. In tale luce le singole persone, le famiglie e le comunità diventano soggetti attivi e responsabili di obiettivi salutogenici, il cui raggiungimento diventa un processo *autopoietico* piuttosto che *allopoietico*, ovvero, di informazione e di controllo esterno da parte dei settori istituzionali.

Nel novero dei fattori di ricaduta del pensiero ecologico-sistemico in tema di salute e malattia si potrebbe aggiungere ancora molto, però, l'intento dichiarato è quello di voler proporre un quadro *generale* dei contributi offerti al riguardo dalla sociologia e, pertanto, si ritiene di dover ora passare il testimone al contesto nazionale e di concludere la disamina internazionale con le parole di Alberto Melucci [1994a:264]:

Tenere assieme le polarità, restare nella parzialità di un corno del dilemma sapendo che è provvisorio e che contiene anche il suo contrario, rinunciare a una totalità impossibile: questa è la difficile prova della vita umana che non è solo biologia, ma irreversibilmente cultura e società. L'alternanza e il ritmo sono contemporaneamente leggi della vita che ci riportano alla nostra più semplice natura di viventi. Sapendo però che ciò che è in gioco è una responsabilità che non ci esime dal rischio, come soggetti o oggetti di cura. E sapendo che nessuna conoscenza assoluta, nessuna epistemologia totale, ci garantirà più dalla necessità di convivere con molti modi di soffrire, di star bene, di prendersi cura.

3.2 - Il contributo della sociologia italiana

La comparsa della *sociologia della medicina* nel nostro Paese va posta all'interno del movimento per il rinnovamento della medicina italiana che, a cavallo degli anni Sessanta e Settanta, opera il progressivo sgretolamento del vecchio modello istituzionale con le leggi di riforma psichiatrica (n.180) e sanitaria (n.833) del 1978. Gran parte delle figure di spicco del fermento *rivoluzionario* di quegli anni provengono proprio dal mondo della sanità, dalla medicina sociale con Alessandro Seppilli, al mondo della psichiatria con Franco Basaglia e, non ultimo, a quello della prevenzione con Giulio Alfredo Maccacaro.

L'effervescenza di queste menti, "illuminate" rispetto ai tempi, apre lo sguardo della scienza medica "*su ciò che vi è di sociale nel mondo medico*" [Abbatecola e Melocchi 1977:1], la cui eco porta alla nascita della *Medical Sociology* italiana, oggi *sociologia della salute e della medicina*¹³². La parabola evolutiva della nostra sub-disciplina inizia, dunque, sotto l'egida

¹³² Tale denominazione è il risultato di un percorso evolutivo che è iniziato con l'uso di quadri di riferimento della medicina che ha reso lo studio sociologico della salute-malattia un'analisi particolarmente affine al modello bio-medico. Ciò ha portato alla perdita della dimensione soggettiva, successivamente recuperata con quella che verrà definita durante il congresso mondiale dei sociologi sanitari nel 1986, a Nuova Delhi in India, dal Comitato 15 dell'Associazione internazionale di sociologia (comitato denominato fino ad allora "sociologia della medicina") *Sociology of Health*. Scrive al riguardo Ardigò [1997:77]: "La

della medicina che, seppur “riformatrice”, canalizzerà il tema della salute-malattia verso la parte *sanitaria* tralasciando, per diversi lustri, la parte del *mondo vitale* di altrettanta rilevanza per la comprensione del tema come fenomeno *sociale*. Dovendo procedere per passaggi gradualmente, i primi riferimenti sistematici della *sociologia della medicina* made in Italy risalgono al 1977, anno in cui vennero pubblicati - a distanza di pochi mesi l'uno dall'altro - due importanti volumi: *“Il potere della medicina”* a cura di Giuseppe Abbatecola e Luigi Melocchi e *“Sociologia della medicina”* a cura di Giulio A. Maccacaro e Alberto Martinelli. Trattandosi degli albori della “Medical Sociology” italiana entrambe le pubblicazioni risentono del limite del contesto, ovvero il servizio sanitario, che in quel periodo stava mutando fisionomia con l'istituzione della sanità “pubblica ed universale”. Il principale referente degli studi sociologici sanitari di questi anni è proprio il *sistema sanitario* nazionale e la necessità di capirne l'organizzazione, i meccanismi di funzionamento, i ruoli professionali e le prestazioni del nuovo modello. A contribuire allo sviluppo di un simile interesse vi è anche l'ingresso e l'impiego abbastanza massiccio dei sociologi all'interno dei servizi sanitari [Tognetti Bordogna 1989:31]. In relazione a questo secondo aspetto va interpretata la classica distinzione tra *sociologia della medicina* e *nella medicina* [Strauss 1957], laddove *“la seconda avrebbe carattere essenzialmente applicativo, essendo relativa all'utilizzo della conoscenza sociologica e delle sue metodologie di ricerca nel contesto dei servizi sanitari [...] mentre la prima avrebbe carattere essenzialmente teoretico, in quanto non destinata tanto a finalità pratiche quanto allo sviluppo di un sapere accademico volto a generalizzare, spiegare e predire il comportamento umano in relazione alla salute-malattia al fine di contribuire allo sviluppo generale sulla materia”* [Giarelli e Vennieri 2009:18]. Tuttavia con il passare del tempo e gli sviluppi della sociologia sanitaria questa linea di demarcazione tra sociologi operanti in sanità e sociologi accademici inizia a trasformarsi in *“una relazione essenzialmente simbiotica e di sostegno reciproco”* [Jefferys 1996:97] se non addirittura *“coincidente”* nel momento in cui il focus di entrambi i contesti - sanitario e sociologico - si sposta sul paziente e la sua qualità di vita [Sol Levine 1978].

Una svolta nella direzione di un'analisi sociologica della salute-malattia sulla base di una lente di lettura *anche* sociale, in grado cioè di cogliere gli aspetti sia psicosomatici che comunitari della salute, si ha con il Convegno Nazionale di Sociologia Sanitaria del 1982,¹³³ organizzato a Bologna dal Dipartimento di Sociologia della Facoltà di Scienze Politiche. L'evento, infatti, fornisce il terreno per un confronto dialettico tra il livello accademico e quello professionale e si conclude con l'individuazione di tre obiettivi

sociologia della salute in generale si distingue dalla sociologia della medicina perché tende a sottolineare in primis l'autonomia dell'approccio socio-sanitario nell'impianto concettuale e metodologico, rispetto a quello bio-medico”.

¹³³ Riproposto a cadenza triennale nel 1985 (Rimini) e nel 1988 (Bologna).

cultural-operativi da perseguire sia sul versante teoretico dell'Accademia che sul versante applicativo dei professionisti della sanità. Gli obiettivi individuati furono [Donati 1986:13]:

1. finalizzare il sistema sanitario alla promozione attiva della salute;
2. concepire i servizi socio-sanitari non tanto come prestazioni specialistiche di un sistema istituzionale chiuso, ma come modalità di interazione tra le istituzioni sanitarie ed il loro ambiente;
3. proporre una de-medicalizzazione della vita promuovendo stili di vita sani.

L'opera di "qualificazione" dell'apporto sociologico all'analisi della salute-malattia ha nella scuola bolognese di Achille Ardigò - intellettuale a cui la Sociologia della salute del nostro paese deve molto sia sotto il profilo della teorizzazione che della *praxis* (sociologia *per* la salute)¹³⁴ - uno dei pilastri propulsori dello sviluppo della disciplina.

Non vanno tuttavia omessi i contributi provenienti da altre fondamentali "scuole sociologiche" delle quali, senza la pretesa né la possibilità di trattare ciascuna in modo dettagliato e confacente all'apporto offerto, si cita quella di Milano inaugurata dal gruppo interdisciplinare di Maccacaro ed oggi arricchita dal Dipartimento di sociologia e ricerca sociale dell'Università Bicocca dove è stato istituito il laboratorio *Osservatorio e Metodi per la Salute* (OsMeSa) focalizzato su attività culturali, di formazione e di ricerca scientifica. Tra i membri fondatori, nonché attuale direttore, Mara Tognetti Bordogna della quale vanno ricordati gli studi e le pubblicazioni sull'organizzazione ospedaliera e sul distretto socio-sanitario¹³⁵, sulle azioni di politica sanitaria e di welfare, sulla salute mentale, sulle nuove forme di cura come i gruppi di self-help¹³⁶ e le medicine non convenzionali, nonché sulla salute dei migranti. A quest'ultimo riguardo va posto in evidenza che è proprio alla figura della professoressa Tognetti Bordogna che si deve l'avvio a partire dagli anni Novanta della riflessione teorica e della ricerca empirica sul binomio "*salute e migrazione*" con un occhio particolare sulle condizioni di salute delle donne immigrate¹³⁷. Rimanendo nell'ambito della scuola milanese e della salute donna vanno ricordati i contributi relativi all'approccio di *genere* agli studi della salute soprattutto in materia di *procreazione artificiale*

¹³⁴ Tra gli impegni di natura istituzionale si ricorda la partecipazione del prof. Ardigò a varie Commissioni Ministeriali per la Sanità ed il ruolo di Commissario straordinario degli Istituti Ortopedici Rizzoli di Bologna. Ciò nonostante per un'analisi dettagliata ed approfondita sulla vita professionale (e non) di Achille Ardigò si rimanda alla lettura del volume (a cura di) C. Cipolla, R. Cipriani, M. Colasanto e L. D'Alessandro (2010), *Achille Ardigò e la sociologia*, Angeli, Milano.

¹³⁵ In merito si rinvia al successivo capitolo quarto.

¹³⁶ Cfr. capitolo primo.

¹³⁷ Nel 1991 vengono pubblicati i dati di un'ampia indagine empirica, *Donne dal mondo*, sul tema delle donne immigrate e loro fruizione dei servizi consultoriali, condotta per il Centro Azione Milano Donne del Comune capoluogo lombardo. Favaro Graziella & Tognetti Bordogna Mara (1991), *Donne dal mondo. Strategie migratorie al femminile*, Guerrini e Associati, Milano

[Pizzini & Cacciari 1985; Pizzini & Lombardi 1999 e successivi]. Altri filoni di ricerca che si sviluppano sempre in questi anni a Milano riguardano le “nuove” *malattie croniche* [Melucci¹³⁸ 1992], le *medicine alternative* [Tognetti Bordogna 1987; 1989a e successivi] e, quindi, le primissime riflessioni teoriche sui risvolti dell'*ambiente* sullo stato di salute delle persone [Nappi 1993; 1996; 1997]. Scendendo più a sud dello stivale si ha la scuola ferrarese del laboratorio di *Studi Sociali sulla Salute ed il Benessere sociale* “Paracelso” del Dipartimento di Scienze Umane, facente capo al gruppo di Marco Ingrosso. Il laboratorio Paracelso si occupa di attività di ricerca e di formazione su tematiche connesse alla comunicazione, promozione e cura della salute; ai processi riguardanti il benessere e la qualità della vita entro gli ambienti sociali e le organizzazioni; alle pratiche ed alle visioni sociali riguardanti la cura di se stessi, degli altri e dell'*ambiente*¹³⁹. Alla figura del professor Ingrosso, accanto all'interesse ed agli studi svolti attorno alla famiglia, al lavoro domestico ed ai servizi sociali [1984], va associato quello dei rapporti tra biologia sociale e sociologia che lo conduce, in collaborazione con il professor Sergio Manghi, allo sviluppo ed approfondimento del pensiero di Gregory Bateson - da cui la fondazione del *Lab/Laboratorio Bateson* - e, quindi, all'incontro con i più grandi interpreti del pensiero della complessità da Edgar Morin a Francisco Varela, Humberto Maturana, Barnet Pearce e molti altri. Attorno alla prima metà degli anni Ottanta nell'ambito della sociologia italiana Marco Ingrosso diventa il principale promotore di un nuovo settore di studi focalizzato sulle idee e pratiche di salute e benessere; proprio in quegli anni, difatti, a livello internazionale emerge l'interesse per una nuova strategia di politica sanitaria e, cioè, la *promozione della salute*. Sulla scia dei nuovi fermenti dalla scuola bolognese di Ardigò arriva la proposta di sviluppare una “sociologia della salute”, che però rimane ancorata al tema della prevenzione (dimensione sanitaria-istituzionale) anziché della promozione di stili di vita salutari e sani. Il professor Ingrosso apre la strada a quest'ultimo filone svolgendo ricerche su vari fronti quali gli attori informali di salute (famiglie, gruppi di self-help e le reti attorno a tali attori), le culture *della* salute (diffusione delle medicine complementari),

¹³⁸ Alberto Melucci attorno agli anni '70 -'80 inaugura il filone sulla *corporeità* o, meglio, sulla cultura del corpo e sulla sua costruzione sociale. In questi anni, sempre nell'ambito della scuola milanese, è già molto fertile a livello di studi e di pubblicazioni il filone della *psichiatria*. Filone quest'ultimo che rappresenta una delle aree di ricerca più peculiari e ricche della scuola milanese e che annovera tra i primi e più prestigiosi studiosi sociologi come Alberto Martinelli e Giuseppe Abbatecola.

¹³⁹ Sull'*ambiente*, interpretato come contesto di interazione ed ecosistema, va posto in evidenza che tra i maggiori contributi perché fosse riconosciuto all'interno della sociologia sanitaria italiana come “*determinante di salute*” vi sono gli scritti del prof. Ingrosso e del prof. Ardigò. Al riguardo si rinvia al saggio di Mara Tognetti Bordogna relativo alla ricostruzione del percorso storico tramite cui in Italia si è giunti a considerare sociologicamente l'*ambiente* “*come componente fondamentale, al pari delle altre, del sistema salute*” [Tognetti Bordogna 2008:46].

gli stili di vita (nuova domanda di salute da parte del pubblico) nonché l'educazione sanitaria.

A partire dagli anni Novanta il Nostro introduce una concezione della salute che si contestualizza all'interno del quadro socio-culturale definito come "costruzione sociale della salute", che lo porterà in seguito a sviluppare l'area degli studi sulla salute comunicata, frutto di numerose ed importanti pubblicazioni [Ingrosso 2001; 2008; Ingrosso & Peccenini 2008; Ingrosso, Spaggiari & Marchetti 2008].

Quarto polo - accanto a quello di Milano, Bologna e Ferrara - la scuola marchigiana di Massimo Paci, Ugo Ascoli e Maria Giovanna Vicarelli del Dipartimento di Scienze economiche e sociali della Facoltà di Economia e Commercio dell'Università Politecnica di Ancona, all'interno del quale vengono affrontate le problematiche delle professioni e dei servizi sanitari nel contesto di evoluzione dello Stato Sociale.

Il contributo della scuola dorica, pur se non strettamente focalizzato attorno a temi specifici della salute/malattia, va contestualizzato all'interno del più ampio settore di ricerca delle politiche sociali, da cui muove i primi passi la sociologia della salute italiana. Come detto in precedenza, infatti, l'interessamento sociologico alle questioni sanitarie nasce in seno ai movimenti riformistici degli anni Settanta che conducono all'istituzione del servizio sanitario nazionale. Il dibattito che si apre in quegli anni riguarda inevitabilmente gli aspetti organizzativi del sistema di tutela della salute e, in tal senso, risente della forte influenza del pensiero sociologico relativo al welfare state, che proprio a cavallo degli anni '70-'80, con l'esaurirsi della stagione delle riforme istituzionali, intraprende un'approfondita riflessione sulla crisi dello stato sociale. Questa nuova linea di riflessione trova la sua espressione più autorevole nel gruppo dei sociologi attivi ad Ancona tra cui, appunto, Massimo Paci ed Ugo Ascoli. Al primo va senza dubbio riconosciuto il merito di aver rifiutato l'idea di un *modello evolucionista del welfare* [Ranci 2004:57], basato sull'idea dello sviluppo progressivo della regolazione pubblica quale forma regolativa predominante. Nell'articolo sulle "*onde lunghe*" Massimo Paci [1982] ricostruisce l'evoluzione storica dei sistemi di welfare per mostrare sul piano empirico che i sistemi nazionali di protezione sociale si trasformano in relazione alle differenti forme di regolazione non solo statale ma anche di mercato, Terzo settore, gruppi informali, cittadini e famiglie, da cui il passaggio dal concetto di "*sistema di welfare*" a quello di "*sistemi di welfare*". L'eco del saggio del professor Paci arriva all'interno del dibattito internazionale, che pur apprezzandone l'innovazione interpretativa ne pone in evidenza alcune criticità soprattutto in merito alla relazione reciproca dei singoli settori.

Sulla base del lavoro teorico del professor Paci nel 1984 esce una pubblicazione a cura di Ugo Ascoli dal titolo “Welfare State all’italiana” che allarga il settore delle politiche sociali a quello delle politiche pubbliche di tipo distributivo (es. politiche del lavoro, fiscali, sanitarie, dell’istruzione, ecc.), in quanto politiche che producono effetti indiretti, ma importanti sulla redistribuzione dei benefici sociali. L’ampia analisi di tipo comparativo conduce il Nostro ad alcune conclusioni interpretative circa lo stato sociale italiano che viene definito di tipo *particolaristico-clientelare*.

I tratti distintivi del welfare italiano sono [Ranci 2004:64]:

1. una forte concentrazione della spesa sociale nel comparto previdenziale a discapito delle politiche di sostegno della disoccupazione e della popolazione più svantaggiata;
2. un sistema pensionistico fortemente ancorato al modello occupazionale;
3. una diffusione abnorme delle pensioni d’invalidità.

Dai quali emerge la scarsa capacità di governo di regolazione pubblica del welfare e la forte pressione particolaristica agita da diversi gruppi sociali.

Il merito dell’analisi del professor Ascoli è quello di aver permesso la collocazione dello stato sociale italiano all’interno dei cosiddetti welfare maturi ed, allo stesso tempo, di averlo caratterizzato e contraddistinto da questi sulla base della categoria del *clientelismo*, che determina l’evidente debolezza della capacità regolativa dell’amministrazione pubblica italiana. La scuola marchigiana conosce sviluppi successivi con la figura della professoressa Vicarelli che sviluppa aree di studio maggiormente connesse ai temi della sanità sia in termini di politica sanitaria che come istituzione ed organizzazione sanitaria. Numerose le pubblicazioni al riguardo che oltre a fornire un importante contributo circa l’evoluzione storica del sistema sanitario italiano [1994; 1996; 1997 e successivi] focalizza l’attenzione sociologica sul tema dell’organizzazione [1994], delle professioni sanitarie [2000; 2001; 2002a] anche in riferimento al genere [2003; 2003a], sulla qualità delle politiche sanitarie [2002] e dei servizi [1999; 2000], sulle relazioni di cura informali (es. family learning) [2003b; 2003c] e molto altro ancora. A conclusione di questa panoramica ricordo la figura del professor Antonio Carbonaro, il quale - pur non appartenendo a nessuna delle scuole descritte essendo docente dell’Ateneo fiorentino - ha comunque dato un forte impulso e stimolo alla nascita della sociologia della salute in Italia. La riflessione del Nostro, che ha fatto parte del gruppo di intellettuali riuniti attorno alla persona “mecenate” di Adriano Olivetti, si muove in maniera parallela allo sviluppo del sistema sanitario italiano e si concentra, com’è tipico in quel periodo, sulla programmazione ed

organizzazione del servizio pubblico di tutela della salute. In merito tra le sue maggiori pubblicazioni si cita *“Il contributo del sociologo alla programmazione sanitaria”* del 1975, revisionata e ristampata nel 1986 con il titolo *“Il contributo della sociologia all'analisi organizzativa del servizio sanitario”*, con cui si reclama l'autonomia e la scientificità della neonata sociologia della salute, ma soprattutto vi si pone in evidenza la capacità di produrre risultati sull'istituendo servizio sanitario pubblico sotto il profilo della “progettazione” della riforma. In questi anni, infatti, trapela un certo convincimento da parte dell'Accademia e dei suoi intellettuali di poter, in qualche misura, “contaminare” con il proprio pensiero l'attività dell'uomo politico, convincimento che però in seguito viene smentito dal reale corso intrapreso dalla politica sanitaria italiana.

L'elenco dei contributi non si esaurisce di certo con questa “mappa”, che nella sua brevità - e con l'auspicio di una pubblicazione accademica che possa rendere merito alla disciplina nella sua totalità e ricchezza di contenuti - offre comunque la cornice entro cui la sociologia della salute si è radicata e sviluppata - in ritardo rispetto al contesto internazionale - in ambito accademico.

Tale ritardo, tuttavia, come sostenuto da Marco Ingrosso [2004:115] *“ha impedito che la Sociologia della salute italiana si iscrivesse in un paradigma riduzionista-complementare che pare ancora oggi predominante in molte esperienze di altri paesi. La sociologia della salute italiana si è posta fin dall'origine in una prospettiva d'innovazione epistemologica e contenutistica, centrata sia sui processi di generazione del benessere sia sui fenomeni di malessere”*. Difatti, fin dal suo sorgere negli anni Sessanta-Settanta, la sociologia sanitaria - così all'epoca venne denominata¹⁴⁰ - va alla ricerca di una propria “autonomia” scientifica che potesse dialogare in modo paritetico e peculiare con le discipline medico-sanitarie.

In tale prospettiva l'obiettivo generale diventa quello di costruire un *paradigma sociologico* capace di far convergere la via socio-sistemica con quella fenomenologica, che da Parsons in avanti rappresentano le due logiche *parziali*, macro/ micro - sistema sociale/soggettività, attraverso le quali analizzare il campo della salute e dell'organizzazione del sistema di cure sanitarie nonché la società nel suo complesso.

3.2.1 - Sociologia della salute e sociologia dell'organizzazione sanitaria

Tale intendimento trova le sue premesse nelle riflessioni di Ardigò nel testo *“Crisi di governabilità e mondi vitali”* [1980] dove emerge il bisogno di un “ponte” in grado di

¹⁴⁰ Si veda Pierpaolo Donati [1983].

collegare le due vie della sociologia post-parsonsiana - sociosistemica e fenomenologica - attraverso la (ri)formulazione del paradigma sociologico della salute e della malattia. Il percorso per giungere a questo traguardo è frutto di una lunga analisi critica degli approcci teorico-metodologici della sociologia della medicina, che per il Nostro - nonostante possa vantare il merito di aver promosso la diffusione di studi e ricerche su temi medico-sanitari da parte della disciplina - si è mossa all'interno dei quadri concettuali della scienza medica [Porcu e Barbieri 1997]. Lo studio "critico" dei paradigmi sociologici sulla salute-malattia, da quelli espressi dalle teorie sistemiche a quelli di riferimento fenomenologico, conduce Ardigò alla tematizzazione del cosiddetto "quadrilatero della salute", "*una generalissima matrice di quattro concetti da interconnettere tra loro sulla scorta di un approccio analitico che tiene conto, sia pure in modo non acritico, della rottura cartesiana tra res extensa e res cogitans*" [ivi 1997:92].

Tale modello si fonda su quattro poli concettuali:

1. la natura esterna, ovvero, l'ambiente fisico in generale, l'*habitat* dei sistemi viventi umani e non umani;
2. il sistema sociale, la trama di relazioni sociali ed istituzionali che produce e riproduce la vita di relazione di intere popolazioni su un dato territorio;
3. la persona quale soggetto nella duplice forma di *ego* (attore sociale dotato di senso e perciò capace di intenzionalità nell'agire) e di *social self* (auto-osservazione, auto-comprensione di come gli altri - "significativi" per il soggetto - vedono il soggetto stesso);
4. la natura interna, cioè, il corpo umano come risultante biologica e come entità psico-somatica (unità corpo-cervello-mente).

Dalle relazioni tra questi poli, connessi due a due, il Nostro ricava sei coppie di congiunzioni bidirezionali¹⁴¹ che "*formano il quadro delle possibili imputazioni esplicative, in ordine alla salute, sia pure ad un livello generalissimo*" [ibidem: 96]. Senza entrare nel dettaglio analitico delle sei connessioni, particolarmente ricche di riflessioni, la matrice a quadrilatero proposta da Ardigò presenta il pregio di aver cercato di ri-comporre e ri-sistematizzare le teorie esplicative macro-micro sistemiche all'interno di un paradigma sociologico che, rifiutando ogni posizione esclusivista di tipo "aut-aut", potesse ricucire la rottura e l'incomunicabilità tra il *sistema delle cure* ed il *suo ambiente umano* (dimensione soggettiva ed intersoggettiva).

¹⁴¹ Che sono: 1. natura esterna e natura interna delle persone; 2. natura esterna e sistema sociale; 3. sistema sociale e natura interna; 4. natura interna ed ego/social self; 5. sistema sociale ed ego/social self; 6. natura esterna ed ego/social self.

[Il “quadrilatero” di Ardigò] ha il pregio di spostare il focus dell’attenzione analitica dal singolo polo alle reciproche connessioni tra i poli: il sapere che si viene così a produrre è di tipo multidimensionale, in quanto considera i fenomeni di salute/malattia secondo un insieme di polarità fra loro interconnesse in modo unitario, analizzandoli da una prospettiva comprensiva che privilegia le relazioni rispetto alle singole parti, consentendo di individuare quello che definiremo il sistema salute: ovvero, il complesso delle relazioni socialmente significative per l’analisi della salute/malattia. [...] Inoltre, le sei connessioni considerate hanno natura bidirezionale: il loro carattere esplicativo va quindi considerato in entrambe i sensi e non in un’unica direzione, secondo una causalità di tipo ricorsivo o circolare, che caratterizza i fenomeni complessi della realtà sociale e non solo. Possiamo quindi ritenere che il modello di Ardigò apra la strada ad una epistemologia di tipo connessionista nell’ambito della sociologia della salute [Giarelli e Venneri 2009:161-162].

Sempre nell’ottica del contributo dato dal Nostro per l’istituzione e lo sviluppo della sociologia della salute italiana Luigi Melocchi afferma:

Basta considerare la formulazione del 1947 di “salute” proposta dall’Organizzazione Mondiale della Sanità, in termini di “uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale”. Questa formulazione comportava due problematiche. La prima riguardante i modi di rendere operativo il concetto di salute. La seconda riguardante il modo di dare fondamento al concetto basandosi su norme sociali o considerando il punto di vista dei soggetti. Le difficoltà connesse alle soluzioni da dare a questi due problemi hanno scoraggiato, sino al decennio ottanta, la formulazione di proposte tendenti ad istituire una Sociologia della Salute o della qualità della vita. Se esaminiamo le date delle pubblicazioni dobbiamo attribuire ad Achille Ardigò il merito di essere stato il primo ad accogliere la sfida consistente nell’affrontare i due problemi sopra accennati [*in*: Maturo 2004:117].

La definizione di *salute* dell’Oms è stata oggetto di varie critiche, soprattutto da parte della scienza medica, per l’eccessiva ampiezza del concetto “completo benessere” reputato operativamente difficile da realizzare sotto il profilo delle azioni sanitarie. In realtà, tale concezione contiene in sé il valore di aver inteso allargare l’orizzonte della salute e degli interventi di natura sanitaria oltre il classico modello bio-medico e di aver voluto offrire un modello di riferimento valoriale verso il quale orientare i moderni sistemi sanitari. Ciò non significa che sia una concezione esente da “difetti”, ma - come dimostrato da Ardigò con i suoi saggi - si tratta di limiti sui quali è possibile agire in senso migliorativo. In questa luce si pone la rivisitazione del “quadrilatero” da parte di Giarelli [1998] e, successivamente di Cipolla [2002], i quali scorporano analiticamente dal sistema sociale quello *sanitario*, ponendolo al centro dei quattro poli individuati da Ardigò e ricostruendone le connessioni significative¹⁴² con quest’ultimi.

¹⁴² Le “nuove” connessioni sono: *ecologica* (sistema sanitario e natura esterna), ovvero, le risorse che l’ambiente mette a disposizione e l’uso che ne viene fatto da parte del sistema sanitario; *strutturale* (sistema sanitario e sistema sociale) relativa ai rapporti tra la sanità e gli altri sottosistemi sociali come quello politico, culturale, economico, ecc.; *fenomenologica* (sistema sanitario ed ego/self social) riguardante l’interazione dell’esperienza vissuta della malattia/salute da parte del soggetto con l’ambito istituzionale sanitario; *bio-*

Ai fini di un utilizzo più specifico della matrice di Ardigò per l'analisi comparata dei sistemi sanitari, abbiamo ritenuto di doverne proporre una qualche correzione: in particolare, ci è sembrato che fosse proprio il concetto di sistema sanitario ad apparire come il “grande assente” di questo complesso di concetti, la cui pretesa di sistematicità intende essere il primo passo verso un paradigma vero e proprio. Non utilizzare tale concetto includendolo in modo visibile nel modello epistemologico delineato, dichiarandolo semplicemente come già incluso nel sistema sociale, come fa Ardigò, ci sembra lasci spazio ad una serie di ambiguità e sottintesi impliciti, oltre a far perdere la possibilità di metterne a fuoco le connessioni significative [Giarelli 2003:71].

Inoltre, il sistema sanitario viene inteso dai nostri due autori non solo come sistema di cure di tradizione “bio-medica”, ma comprensivo della *pluralità* [Leslie 1980] dei mondi curativi e, quindi, dell'insieme delle risorse terapeutiche alternative sia specialistiche (*medicines non convenzionali*) che profane (*medicina popolare*). È questo un aspetto di forte “criticità” dello studio sociologico italiano del tema salute-malattia, perché per lungo tempo scarsamente presente tra gli interessi da indagare e comprendere da parte della disciplina. L'essere nata sotto il baluardo della logica istituzionale della medicina e del sistema sanitario ha fatto sì che la sociologia sanitaria del nostro paese abbia dato poco spazio all'analisi di concezioni “altre” di salute-malattia. Fino alla fine degli anni Ottanta, infatti, il panorama nazionale non sembra offrire lavori che privilegino le *concezioni profane*¹⁴³ o le *medicines alternative* o lo studio dell'*esperienza quotidiana di malattia*¹⁴⁴, ad eccezione di alcuni studi, esigui, condotti su tematiche propriamente femminili - come quelle del parto e della nascita¹⁴⁵ - o su metodiche terapeutiche non convenzionali¹⁴⁶. Come posto in evidenza da Sheila Hillier [1987] a proposito delle concezioni di salute-malattia, le persone tendono a concepire la condizione di ben-malessere in maniera tendenzialmente conforme alla medicina ufficiale, ma allo stesso tempo tendono a classificarle in modi differenti, attribuendo “cause” che incorporano *idee profane* connesse a fattori sociali (es. stress sul lavoro), emozionali (es. perdita di un congiunto), credenze popolari (es. malocchio, iettatura) ecc. Secondo la Hillier tali concezioni non vanno

psichica (sistema sanitario e natura interna), circa la valutazione degli effetti del sistema sanitario sulla salute degli individui quali soggetti dotati di $\sigma\omega\mu\alpha$ e $\psi\upsilon\chi\eta$ (corpo-cervello-mente).

¹⁴³ Mara Tognetti Bordogna (1988a), “Concezioni profane di malattia: verso un nuovo paradigma della salute?”, in Evaristo Minardi e Lucio Luison (a cura), *Sociologia e sociologi nell'evoluzione delle politiche sociali*, Angeli, Milano, pp.192-211

¹⁴⁴ Tra i primi e maggiori studiosi italiani che hanno affrontato il significato “profano” dell'esperienza di malattia va ricordato l'antropologo/etnografo napoletano Ernesto De Martino. Si veda ad esempio l'opera (1982), *Sud e magia*, Feltrinelli, Milano.

¹⁴⁵ Si veda in merito: Cristina Cacciari e Franca Pizzini (a cura di) (1985), *La donna paziente, modelli di interazione in ostetricia e ginecologia*, Unicopli, Milano.

¹⁴⁶ Mara Tognetti Bordogna e Natale Losi (1987), “Per un approccio sociologico allo studio delle medicine alternative”, in Marco Ingrosso (a cura), *Dalla prevenzione della malattia alla promozione della salute*, Angeli, Milano, pp. 193-200. Ed ancora: Mara Tognetti Bordogna (1989a), “Medicine alternative: vecchie o nuove forme di cura?”, in Tognetti Bordogna, *I confini della salute*, Angeli, Milano, pp. 59–82.

considerate come irrazionali e/o di secondaria rilevanza rispetto alle idee della medicina tradizionale, perché contengono un'intrinseca razionalità (secondo il *valore* anziché secondo lo *scopo*) volta ad attribuire *sensu* alla malattia dal punto di vista del soggetto che la esperisce e del suo ambiente di vita. Eguale discorso potrebbe farsi a proposito del ricorso a medicine alternative e complementari (es. cinese, indiana), le quali andrebbero interpretate secondo la configurazione valoriale di chi le utilizza piuttosto che del paradigma bio-medico occidentale. Da qui la necessità di una lettura sociologica della salute-malattia che sia comprensiva dei vari punti di vista, che in riferimento al modello dell'*Esagono della salute* proposto da Ingrosso [2000; 2001a], sarebbero costituiti dal punto:

1. *esperienziale*, espresso da individui o gruppi (ad esempio di mutuo aiuto), coi suoi saperi intuitivi, percettivi, espressi in forma narrativa, simbolica, vissuta;
2. di "*vita quotidiana*", espresso da famiglie, reti informali, associazioni, con i suoi saperi di senso pratico, di sostegno, di *coping*, di vicinanza;
3. *culturale e comunicazionale*, espresso da operatori del campo religioso, etico, della ricerca, dell'informazione, portatore di significati e di strumenti utili al connettersi in una società complessa.
4. *tecnico*, espresso dai professionisti della sanità, della terapia, delle pratiche curative e di benessere, nell'articolazione delle posizioni, degli approcci tecnici, dei paradigmi scientifici che lo compongono;
5. *sociale*, espresso dagli operatori e dai servizi politico-sociali, portatore di una visione dinamica ed evolutiva della vita collettiva finalizzata alla creazione di ambienti ed ecologie sociali adeguate alla vivibilità, all'integrazione, alla qualità del vivere;
6. *ambientale*, espresso dagli operatori e dalle agenzie che si occupano del territorio, per il quale la salute è il risultato di una interazione adeguata della collettività umana con l'ecosistema.

Il dare espressione a questi punti di osservazione, la cui combinazione definisce il tipo di costruzione sociale della salute che si realizza in un determinato contesto storico sociale, indica che il valore sociale di questo spazio è tanto maggiore quanto più stimola i soggetti maggiormente organizzati a darsi una strategia comunicativa adeguata, ma anche quanto più permette di dare visibilità e consapevolezza ai cittadini e ai soggetti meno strutturati per esprimere bisogni e domande non adeguatamente emergenti attraverso i canali tradizionali [Ingrosso 2002:12, Atti Giornate studio per il Piano della salute].

Nello studio sociologico della salute-malattia/del ben-malessere sono le *relazioni* tra queste dimensioni a generare ciò che gli attori sociali definiscono con tali termini, ma va

da sé che la ricchezza caleidoscopica del tema non consente una lettura onnicomprensiva del fenomeno, che va quindi indagato attraverso l'approfondimento di specifici aspetti.

Nel nostro paese - come già detto - ciò è stato fatto prevalentemente secondo la prospettiva del sistema sanitario, che in alcuni casi ha prodotto valide analisi sociologiche sotto il profilo delle politiche sociali o, più in generale, di *welfare* [De Nardis 2004:126]. Meno praticato è stato ed è il contesto cosiddetto informale e di senso comune, che pure riveste un ruolo centrale per una lettura *sociale* della salute; sono ancora poco conosciuti gli attori dei processi terapeutici e le relazioni tra di loro, aspetti che oggi andrebbero indagati sistematicamente in considerazione dell'impiego sempre più ampio di operatori sanitari (medici e non) appartenenti a contesti culturali differenti rispetto a quello occidentale.

Inoltre, in quella che Beck ha definito *Società del rischio* [2000], i "rischi" per la salute tendono ad essere osservati in maniera settoriale ed intradisciplinare (es. epidemiologia, psichiatria, psicologia, medicina, ecc.) inficiando la possibilità delle connessioni e, di conseguenza, di una visione d'insieme del problema.

Poche anche le ricerche sulla *qualità della vita*, concetto che richiama due dimensioni tra di loro complementari e, cioè, una dimensione "oggettiva", legata agli aspetti materiali e non del benessere individuale e collettivo ed una dimensione "soggettiva", basata sulla percezione e sulla valutazione personale delle proprie condizioni di vita [Altieri e Luison 1997]. Questa seconda dimensione è stata analizzata in ambito sanitario prevalentemente in relazione alle persone colpite da specifiche malattie, così da rivelare ciò che fa la differenza tra uno stato esistenziale qualitativamente soddisfacente o non soddisfacente in presenza di malattia¹⁴⁷; si tratta di ricerche valutative la cui ricaduta in termini di utilizzo dei risultati non è particolarmente estesa, ma il cui grado di accettazione e di gradimento da parte dei medici appare elevato. Ecco allora che un possibile terreno di qualificazione della sociologia della salute italiana sarebbe quello dell'analisi della "qualità della vita" non solo in riferimento alla presenza di stati morbosi più o meno permanenti, ma anche in riferimento alla *comunità*, alle condizioni materiali, relazionali e culturali che caratterizzano l'esistenza delle persone che ne fanno parte. Nonostante tali elementi di debolezza il contributo della sociologia italiana allo studio della salute-malattia rappresenta, di certo, un punto di riferimento importante sia all'interno del dibattito internazionale che per il sostegno dell'operato di chi lavora in sanità come sociologo e non solo. Non va dimenticato, infatti, che accanto al livello cognitivo di studio e conoscenza del fenomeno sociale della salute-malattia vi è anche quello operativo di chi deve agire quotidianamente

¹⁴⁷ Le indagini svolte al riguardo sono soprattutto in relazione alla malattia "fisica" mentre quella "mentale" non è ancora un oggetto di studio privilegiato.

in stretto rapporto con quanto predisposto a livello di politica sanitaria. L'apporto dell'Accademia italiana ha inteso muovere anche verso questa direzione pur se con esiti non sempre corrispondenti agli obiettivi prefissati.

Probabilmente, non è un *errore valutativo* sostenere che la sociologia sanitaria italiana è stata poco ascoltata e non ha avuto una grande ricaduta in fatto di programmazione e di servizi sia per il predominio della scienza medica che per la preferenza di soluzioni di più facile realizzazione come quelle di carattere economico. A ciò va aggiunto il fatto che, dopo un iniziale forte impiego di sociologi nei servizi sanitari, verso la seconda metà degli anni Novanta l'ingresso di tali figure professionali subisce un brusco arresto con ripercussioni circa il riconoscimento dello specifico "*sapere, saper fare e saper essere, che è diventato un patrimonio condiviso ed utilizzato da gran parte degli attori che operano nei servizi senza una specifica attribuzione di paternità di tale patrimonio*" [Orsi 2004:45]. Le due cose assieme hanno pertanto indebolito la capacità del *sociale* di far sentire il proprio peso all'interno del mondo della sanità, che proprio in quegli anni inizia ad accusare - in modo sempre più manifesto - problemi di sostenibilità economica e di adeguatezza delle prestazioni erogate.

Il ricorso a soluzioni istituzionali di razionalizzazione delle risorse per la tutela della salute sgretola progressivamente il rapporto di fiducia tra amministratori, professionisti e cittadini, conducendo il *sistema sanitario* verso un agire autoreferenziale sempre più distante dalle esigenze e dai reali bisogni di ben-essere delle persone.

Con gli anni Duemila e l'era della *planetarizzazione* [Melucci 1994] la crisi del rapporto "servizi sanitari-società" si carica di ulteriori problematiche connesse al timore di una salute che non solo è meno garantita nell'opportunità e nella qualità dell'offerta, ma addirittura minacciata dall'umana interdipendenza, che comporta "*ormai due minacce per la società ed il genere umano: l'una esterna, viene dal degrado ecologico degli ambienti di vita; l'altra interna, viene dal degrado della qualità della vita*" [Morin e Sami 1999:113]. In questo quadro di riferimento mondiale il ruolo della sociologia sanitaria italiana sembra delinarsi con maggior vigore rispetto al decennio passato, intraprendendo un percorso di "rinascita" dalla crisi involutiva, che porta all'istituzionalizzazione¹⁴⁸ della sub-disciplina e ad una nuova alleanza con i sociologi e i diversi operatori dei servizi¹⁴⁹.

¹⁴⁸ L'Accademia inizia a dotarsi di una serie di strumenti scientifici ed organizzativi quali: nel 2002 la *Società Italiana di Sociologia della Salute* (Siss) e la collana specializzata del settore "*Salute e Società*" a cui farà seguito la collana "*Scienze e salute*"; nel 2005 viene istituita all'interno dell'Associazione Italiana di Sociologia (AIS) la sezione di *Sociologia della salute e della medicina*. A livello convegnistico nel mese di ottobre 2000 a Riccione viene organizzato il primo Convegno internazionale a cui seguono nel 2004 a Bologna il convegno Siss ed European Society for Health and Medical Sociology (Eshms), nel 2006 a Ferrara il "Paracelsus Day" sul tema: "*Comunicare e Promuovere la Salute in Italia e in Europa: Sviluppi e Esperienze*", organizzato nel mese di ottobre dall'omonimo "Centro Studi Sociali sulla salute, la cura e la qualità della

La “spendibilità del sapere sociologico”¹⁵⁰ della salute inizia, così, a contaminare molti settori della sanità come la mediazione culturale, l’immigrazione, il consenso informato, il contenzioso sanitario, l’auto-mutuo aiuto, la qualità dei servizi, i Piani per la salute, la Carta dei servizi ed altro ancora. Ciò nonostante il *sociale*, in Italia, non sembra ad oggi aver raggiunto un buon livello di affermazione soprattutto in riferimento alla propria capacità di incidere alla pari della scienza medica e dell’economia rispetto alla necessità di ripensare i moderni sistemi di tutela della salute. Tuttavia, considerando che la parola chiave della sanità di questo millennio è rappresentata dal termine “*innovazione*”, si può ritenere che l’apporto della sociologia della salute potrebbe mostrare tutte le sue potenzialità, sia di carattere riflessivo che di *praxis*, per il conseguimento dell’obiettivo. Ed Infatti:

Per la Sociologia della salute si tratta di fare delle scelte che sono, al contempo etiche e scientifiche, ossia di puntare a dimostrare che la scelta socio-relazionale è pagante in termini di benessere diffuso, che un buon “clima sociale” (compreso quello all’interno delle strutture sanitarie) diminuisce il bisogno di prestazioni terapeutiche e le rende più efficaci [Ingrosso 2004:130].

Inoltre, come sostiene Walter Orsi [2003:23]:

Il “sociale” può diventare fattore di innovazione se si è in grado di cogliere, in tempo reale, sia i bisogni che le risorse dell’ambiente di vita, se si utilizzano metodologie per migliorare le relazioni sociali che li legano. Ma diventa indispensabile anche inventare nuove relazioni sociali orientate sia al benessere individuale che alla promozione di un welfare planetario.

Nello scenario futuro dell’innovazione sanitaria la sfida a cui è chiamata la sociologia della salute italiana, ma anche internazionale, è quella di fungere da elemento di *perturbazione culturale* in grado di operare - progressivamente - i cambiamenti necessari per un’assistenza sanitaria dal volto umano, aperta al dialogo inter-disciplinare (etica, filosofia, antropologia, sociologia, psicologia, ecc.), orientata alla cura della persona non in senso solo prestativo di *cure* ma anche di *caring*, inclusiva delle concezioni e pratiche terapeutiche *altre*, comprensiva della morte quale elemento costitutivo dell’esistenza umana e, come tale, non da esorcizzare ma da “prendere in carico”. Il compito è complesso - forse - *utopico*, ma proprio perché tale dotato di valore e desiderabile come meta.

vita” in collaborazione con l’Ais e la Siss. Nello stesso anno in novembre viene organizzato un altro convegno internazionale a Pescara sul tema “*Salute e disuguaglianze sociali*” e, quindi, nel 2008 a Pisa circa: “*Il futuro dei sistemi sanitari fra governante e cittadinanza attiva*”.

¹⁴⁹ In questo periodo matura l’idea della necessità di identificazione e rappresentazione della sociologia della salute sia del mondo accademico che del servizio sanitario. In tale ottica sono stati attivati in vari Atenei italiani corsi di formazione e perfezionamento post-laurea (master, scuole di specializzazione, ecc.) rivolti agli operatori dei servizi socio-sanitari.

¹⁵⁰ Costantino Cipolla (a cura)(2002), *la spendibilità del sapere sociologico*, Angeli, Milano.

Cap. 4 - La rivalutazione del “territorio” quale priorità per il sistema sanitario nazionale

4.1 - Il contesto di sfondo: dall’ospedale al territorio

Per lungo tempo la tutela della salute degli individui e della comunità è stata affidata, in maniera quasi esclusiva, all’unica sede attorno alla quale ruotava tutta l’organizzazione della medicina: l’ospedale. Le ragioni storiche di una simile scelta vanno fatte risalire alla caduta dell’ancien régime con la rivoluzione francese¹⁵¹, epoca in cui si realizza il passaggio dall’originario luogo in cui si offriva solo “ospitalità” [dal latino *hospes*, colui che è *forestiero*] agli ammalati poveri ma anche ai pellegrini, alle persone senza fissa dimora e ai bisognosi, a struttura deputata alla “guarigione” delle patologie [Tognetti Bordogna 1998]. Sorge in questo periodo l’ospedale moderno, *machine à guérir* [Foucault et al. 1979], finalizzato alla formazione della classe medica, allo studio, tassonomia e cura delle malattie ed “ospitante” esclusivamente infermi cronici o acuti. Scrive in merito Foucault:

[*sono gli anni in cui*] quantitativamente ci fu la moltiplicazione dei medici, la fondazione di nuovi ospedali, l’apertura di dispensari, e con una espressione più generale un aumentato consumo di “cure” riguardante tutte le classi sociali. Da un punto di vista qualitativo è il periodo della formazione più standardizzata dei medici, un legame più stretto tra la loro pratica e gli sviluppi delle conoscenze, c’è una maggiore fiducia che viene accordata al loro sapere ed alla efficacia dei loro interventi; c’è dunque un certo allontanarsi dai praticanti tradizionali. Il medico si distacca in maniera più netta dagli altri prestatori di cure ed inizia ad occupare nel corpo sociale un posto più esteso e più valorizzato [1979:7].

L’ospedale diventa, in tal modo, la sede privilegiata della *specializzazione* e della *tecnica clinica* per la gestione del corpo umano abbandonando del tutto la primigenia fisionomia di generico contenitore della più disparata umanità sofferente [Catananti 2000:59].

¹⁵¹ Il vento rivoluzionario del 18^{mo} secolo mira al passaggio alla “modernità” in tutte le strutture della società, compresa la salvaguardia della salute. Un rapporto redatto a Parigi dall’Accademia delle Scienze del 1787 descrive la penosa situazione in cui versavano gli ospedali parigini, di cui il più importante era quello dell’Hotel-Dieu situato accanto alla cattedrale di Notre-Dame. Si legge nel rapporto: “Non esistono ospedali altrettanto mal situati, altrettanto chiusi, altrettanto irragionevolmente sovraffollati, altrettanto pericolosi, che riuniscono altrettante cause di insalubrità e di morte dell’Hotel-Dieu: non esiste nell’universo un rifugio per malati che, altrettanto importante per il suo fine, sia tuttavia con i suoi risultati altrettanto funesto per la società”. A fronte di tale situazione nasce l’esigenza di rivedere il vecchio modello di ospedale (rinominato dal Direttorio *hospice* per indicare la sede deputata a raccogliere orfani, vecchi, trovatelli, malati non curabili o affetti da patologie infettive) a favore di un nuovo modello, l’*hopital*, luogo dove si erogano le cure necessarie ai fini della guarigione e del risanamento delle persone. È all’interno di tale contesto che nasce la “clinica”. [Cosmacini 1996]

Con la nascita della clinica e la trasformazione della medicina moderna, l'ospedale cambia fisionomia. Anche la malattia e la medicina, al pari delle altre scienze, è vista in stretta relazione al corpo macchina, il cui movimento andava indagato; qualcosa da riempire o da svuotare, oppure un contenitore in cui avvenivano reazioni chimiche. Un corpo che può essere smontato, scomposto, che se non funziona bene origina malattia e richiede l'intervento del medico-meccanico per correggere il mal funzionamento. L'ospedale diviene sempre più luogo di cura, differenziandosi dai luoghi assistenziali [Tognetti Bordogna 1998:265].

Con il distacco dal lato "ospitale" il volto del nosocomio cambia radicalmente e con esso il ruolo esercitato rispetto all'ospedale premoderno: da luogo indifferenziato destinato ad accogliere la fragilità umana nelle sue molteplici forme, a residenza designata alla cura degli ammalati nonché, come osserva Spinsanti, "cittadella della scienza medica":

Oltre che come luogo deputato ad accogliere l'uomo nella condizione di fragilità causata dalla malattia, l'ospedale si è qualificato come cittadella della scienza medica. Questo passaggio è avvenuto nel corso del XIX secolo. L'opera di Michel Foucault - La nascita della clinica - l'ha spiegato in modo ineccepibile. Diventando scienza, la medicina acquista capacità di modificare il corso naturale della malattia; parallelamente, l'ospedale diventa luogo dove la medicina come scienza è concentrata al massimo grado [Spinsanti 2007:24].

Se nella cittadella fortificata della salute l'imperativo dominante è *l'efficacia*, ovvero, la guarigione dalle malattie anche grazie al progresso tecnologico e scientifico, il modello di ospedale che nasce nel XX secolo è realizzato in funzione del welfare state. La tutela della salute viene riconosciuta come un diritto civile e sociale esigibile da parte di tutti i cittadini e compito dello Stato è di farsene garante. In tale quadro l'ospedale viene eletto a "fulcro", quasi esclusivo, dell'intero sistema delle cure con il nuovo compito dell'*efficienza*, ovvero, della giusta distribuzione delle risorse disponibili per poter rispondere ai bisogni sanitari di tutti e non solo di qualcuno. Nel corso degli anni, tuttavia, la visione "ospedalocentrica" dell'assistenza sanitaria mostra la sua inadeguatezza sia nei costi che nel soddisfacimento della domanda di salute generando un notevole confronto dialettico sulla necessità di rivederne compiti e ruolo. L'evidenza che l'ospedale non possa rappresentare il solo ed unico sistema d'azione rispetto alla tutela della salute delle persone pone in risalto un altro ambito di governo dei processi assistenziali: il territorio [Giarelli e Venneri 2009:379].

Come già delineato nel primo e secondo capitolo (vedi paragrafi 1.3, 1.4 e 2.1, 2.4) del presente lavoro, la questione - tipica di tutti i sistemi sanitari industrializzati - relativa alla deospedalizzazione e al rafforzamento dei servizi territoriali di assistenza è dovuta a diversi ordini di fattori, tra i quali spiccano la trasformazione della domanda prevalente di salute dalle acuzie alla cronicità e il contenimento urgente dei costi sanitari. Costi che, in

larga misura, sono assegnabili ad un sistema di cure ospedaliere sempre più specialistico e tecnologicamente innovativo, a cui - senza dubbio - va riconosciuto il merito di aver accresciuto le opportunità terapeutiche, ma allo stesso tempo di aver avuto (e di avere) un impatto negativo in termini di spesa sanitaria.

Nel panorama internazionale le politiche di razionalizzazione dei servizi sanitari pubblici hanno visto nella deospedalizzazione - basata sulla riduzione dei posti letto, del numero di ricoveri e delle giornate di degenza - una formula vincente per contenere le ingenti risorse che l'assistenza ospedaliera consuma. Anche l'Italia ha seguito questa formula e, a partire dagli anni Ottanta, ha progressivamente ridotto posti letto, degenza media e ricoveri senza considerare il rovescio della medaglia: il potenziamento dei servizi territoriali e delle cure "intermedie" [Comodo e Maciocco 2005]. Nel nostro paese il sostegno a favore delle persone fragili e non autosufficienti è stato affidato in buona parte alla leva dei trasferimenti monetari, che hanno condotto il territorio ad essere scarsamente attrezzato per rispondere alle emergenti necessità assistenziali come le patologie croniche.

A ciò va aggiunto un altro fattore di rilievo. Il modello ospedaliero elaborato per l'immediato futuro elimina ogni offerta inappropriata e volge alla gestione delle acuzie e ai trattamenti di eccellenza. Con tale opera di re-ingegnerizzazione dell'ospedale l'intento dei decisori politici è duplice: ridurre al minimo gli sprechi e creare strutture di cura ad alto grado di complessità assistenziale. La conseguenza più evidente è la ricaduta in termini di presa in carico dei pazienti cronico-degenerativi, "esclusi" dall'ospedale del XXI secolo ma non ancora efficacemente gestiti a livello territoriale.

La questione del rapporto *auspicabile* tra ospedale e territorio - ai fini della continuità assistenziale e di percorsi di cura integrati - rappresenta da diverso tempo argomento di discussione sia in Italia [Geddes da Filicaia 1997, 2003] che all'estero [McKee 2002] ed il ventaglio delle soluzioni adottate nel contesto europeo è davvero variegato. Paesi come la Svezia e la Danimarca, ad esempio, sono caratterizzati da una forte prevalenza delle municipalità all'interno di un sistema di decentramento nelle Contee che gestiscono i servizi sanitari di base nonché le attività sociali proprie dei Comuni [Boschi 2003; Lo Presti 2003]. L'effetto di una simile soluzione, frutto del portato storico di queste nazioni, è di *continuità* per ciò che concerne l'integrazione tra assistenza sanitaria territoriale e servizi sociali mentre è di *separatezza* e, quindi, di *discontinuità* per ciò che riguarda il nesso tra sanità ospedaliera e territoriale [Geddes da Filicaia 2005]. In Inghilterra la situazione è ancora un'altra:

[...] in conseguenza di forme istituzionali più centralistiche e della storia stessa del National Health Service, il governo dell'assistenza sanitaria di base e dell'assistenza ospedaliera è fortemente unificato. Alle municipalità la gestione di servizi sociali e l'integrazione sociosanitaria è affidata, in termini più pragmatici, agli accordi fra servizi e alla localizzazione di attività sanitarie e sociali nello stesso contesto, che viene così a costituire il Distretto [Geddes da Filicaia 2005:1].

Il caso italiano, a sua volta, è ulteriormente diverso. Il nostro servizio sanitario nazionale, infatti, si caratterizza fin dal suo sorgere per l'impegno di voler portare l'assistenza sanitaria il più vicino possibile al luogo di vita delle persone e, in tal senso, colloca il governo della medicina territoriale all'interno dei distretti sanitari definiti, appunto, "*strutture tecnico-funzionali per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento*". La medesima legge di riforma, inoltre, affida alle Unità Sanitarie Locali gli ospedali situati sul proprio territorio, allo scopo di creare un *continuum* tra i due livelli assistenziali e facilitare i rapporti tra il settore sanitario e quello sociale. Negli anni successivi al 1978 l'impianto originario della riforma è stato sottoposto a diversi cambiamenti istituzionali¹⁵², producendo una notevole contrapposizione dualistica tra ospedale e territorio nonché un distacco gestionale ed organizzativo tra le attività sociali e quelle sanitarie.

Come si avrà modo di approfondire nei prossimi paragrafi, in Italia il contrasto creatosi tra cure primarie (territorio) e cure secondarie (ospedale) - con un ago della bilancia che negli ultimi decenni ha favorito le seconde per ciò che concerne le risorse disponibili - ha reso particolarmente complessa l'amministrazione dell'aumento delle patologie croniche e delle disabilità, definite dall'OMS "nuove epidemie" [2005].

Sin dal piano sanitario 1998-2000 la razionalizzazione del servizio sanitario pubblico prevedeva che accanto alla deospedalizzazione ci fosse da parte delle Regioni un maggior investimento sul territorio così da offrire servizi e strutture di assistenza più appropriati rispetto al ricovero ospedaliero. Tuttavia, nonostante gli enunciati programmatici, il lavoro da compiere per la creazione di un sistema integrato tra ambito territoriale ed ospedaliero resta ancora lungo:

Assistenza domiciliare Programmata e Integrata dovevano garantire ai pazienti fragili una sorveglianza clinico-assistenziale con cui la medicina generale avrebbe fatto un salto di qualità integrandosi con attività infermieristiche diffuse, interventi specialistici a casa ed interventi sociali appropriati. In realtà dobbiamo ammettere

¹⁵² Al riguardo se ne citano alcuni a partire dalle Unità sanitarie locali (Usl) che sono state, più volte, oggetto di "revisione" alla ricerca di una dimensione ottimale e, quindi, trasformate in aziende (Asl). I presidi ospedalieri, a loro volta, sono stati in molti casi scorporati dalle Usl e costituiti in aziende autonome di competenza regionale. I distretti, analogamente alle Asl, sono stati ripensati nei confini con un allargamento sempre maggiore delle proprie dimensioni. Con la regionalizzazione della sanità italiana, inoltre, in alcune Regioni - come la Lombardia - i poliambulatori più complessi sono stati aggregati alle aziende ospedaliere mentre in altre - come la Toscana - le attività sanitarie di base sono state scorporate dalle Asl e collocate all'interno delle "Società della Salute", a cui i Comuni affidano i servizi sociali.

che questo sogno si sta realizzando solo in parte in Italia con grandi squilibri e iniquità ove troppo sovente è ancora una volontaria dedizione personale a fare la differenza e non un preciso modello organizzativo standardizzato e condiviso. Così ospedale e territorio restano due mondi sanitari che continuano ad usare linguaggi diversi ed a dialogare in modo inadeguato [Barucchello 2007:70].

Varie le questioni pendenti, a partire dalla definizione delle caratteristiche complessive dell'ospedale del futuro in termini di fabbisogno teorico di posti letto, di tipologia degli stessi (acuzie, post-acuzie e riabilitazione), della loro distribuzione in strutture idonee alle funzioni da adempiere [Guzzanti 2006:600]. I confini dell'ospedale rispetto al territorio, inoltre, stanno diventando più labili includendo attività svolte non solo all'interno della struttura (ricovero ordinario, ricovero a ciclo diurno: *day hospital* e *day surgery*, prestazioni ambulatoriali) ma anche esternamente, quali possono essere i ricoveri in *low care*¹⁵³, i servizi ambulatoriali decentrati per azioni di pre-ricovero e/o di *follow up*, l'ospedalizzazione a domicilio. Ciò accresce la complessità di un rapporto storicamente conflittuale, che ha portato alla sconnessione e all'autoreferenzialità dei due pilastri della sanità: cure primarie e secondarie.

L'ideologizzarsi dello storico contrasto ospedale-territorio (distretto) degli ultimi decenni ha generato un'impropria contrapposizione tra due componenti di uno stesso sistema unitario, con ripercussioni sia in ambito culturale (tra i professionisti e i cittadini) sia nelle scelte organizzative tra decisori politici e gestionali, che ancora oggi paghiamo con l'assenza di un vero sistema integrato, nel quale ambedue queste organizzazioni complesse possano effettivamente esprimere il massimo della loro potenzialità [Noto et al. 2011:5-6].

Quale la chiave di volta? L'indicazione viene fornita da organismi internazionali come l'OMS che nel recente rapporto del 2008¹⁵⁴ ribadisce l'importanza delle cure primarie e delle strutture territoriali per garantire e mantenere - a fronte di un sapere sempre più specialistico - la visione *olistica* ed *integrata* del benessere, dei problemi di salute e dei relativi processi di cura sia dei singoli che delle comunità. Il rafforzamento dell'assistenza di base, infatti, porta a riequilibrare il focus tra la sanità "di attesa", demandata tradizionalmente all'ospedale, e la sanità "d'iniziativa", espressa dai servizi territoriali e rivolta agli aspetti della prevenzione della popolazione sana, nonché alle attività necessarie per una migliore gestione dei problemi di salute degli assistiti. Potenziamento delle cure primarie che, però, almeno per quanto concerne il nostro paese,

¹⁵³ La *low care* è un'area intermedia collocabile tra l'intensività assistenziale delle cure ospedaliere e l'estensività della presa in carico a domicilio o nelle strutture residenziali. L'obiettivo della *low care* riguarda l'assistenza del paziente che, superato l'evento acuto, necessita di un periodo di stabilizzazione e recupero della propria condizione di salute. Si tratta, dunque, di una modalità di risposta a bisogni assistenziali che non possono essere adeguatamente trattati nei reparti ospedalieri per acuti né nelle lungodegenze.

¹⁵⁴ The World Health Report (2008), "*Primary Health Care, now more than ever*".
www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf

non può essere pensata a discapito dei servizi ospedalieri quanto piuttosto in sintonia con quest'ultimi facendo entrambi parte del medesimo *unicum*. Non si può continuare ad investire su uno specifico livello assistenziale per renderlo preferibile rispetto a tutti gli altri, mentre è giunto il momento di realizzare un sistema di tutela della salute *appropriato* sia in termini economici (sostenibilità delle spese) che sociali (qualità delle cure erogate e qualità degli anni di vita acquisiti). In tal senso, la re-ingegnerizzazione dell'ospedale per acuti diventa funzionale al sistema salute e alla gestione delle cronicità se posta in stretta connessione con la ri-organizzazione della medicina del territorio sia attraverso gli *Ospedali di Comunità*¹⁵⁵ sia attraverso lo sviluppo dell'assistenza domiciliare e residenziale, settori nei quali l'Italia è - tra i paesi europei - “fanalino di coda” [Rapporto Sanità 2005].

Non va dimenticato che tra gli obiettivi principali del SSN vi è quello di garantire la continuità delle cure/assistenza; ciò vale per i diversi professionisti, intra ed extra ospedalieri, come pure per i diversi livelli assistenziali quali, appunto, ospedale e cure primarie. Perché tale obiettivo si avveri è necessario un processo di innovazione che miri alla *gestione integrata* delle malattie croniche e della disabilità sia in ambito intraospedaliero (collegamento e coordinamento dei servizi e delle figure professionali attivati nel percorso terapeutico del paziente ricoverato) sia nei rapporti con il territorio o, più specificatamente, con il distretto. Il termine “territorio” infatti - contestualizzato all'interno della sanità - assume i confini del distretto sanitario, a cui la legge n. 833/78 affida da subito la “cabina di regia” per l'espletamento di prestazioni di educazione sanitaria, medicina preventiva, diagnosi, cura e riabilitazione di primo livello. Sempre al distretto spetta il compito di coordinare il sistema delle cure primarie, di promuovere ed integrare le attività sanitarie di base con quelle di tipo specialistico e di fungere da anello di ricomposizione tra servizi sociali ed azienda sanitaria.

Il distretto non è tanto un nuovo livello operativo ma rappresenta un'entità inedita, un «sistema a produzione personalizzata» proprio perché deve adattarsi alle esigenze delle singole persone in un dato ambito; adattamento continuo ed immediato, più di quanto non avvenga per la produzione di altri beni e servizi. Le interazioni che si hanno a livello distrettuale sono di tipo diverso da quelle che avvengono in altri servizi, perché non sono basate solo sul mandato legislativo ma anche sul mandato sociale. Il distretto richiede una grossa adesione agli obiettivi, e presuppone una

¹⁵⁵ L'Ospedale di Comunità (OC) nasce in Gran Bretagna (*Community Hospital*) attorno agli anni '20-'40 e, da subito, viene affidato alla gestione dei *General Practitioners* (gli equivalenti dei nostri Medici di medicina generale) allo scopo di offrire ai cittadini una struttura assistenziale *di mezzo* tra ospedale e domicilio per la cura di patologie croniche riacutizzate o post-acuzie che richiedono un intervento specifico in un ambiente che non sia l'ospedale per acuti ma neppure la propria abitazione. Nel nostro paese la prima esperienza nazionale di OC è quella di Modigliana, in provincia di Forlì-Cesena, sorta per iniziativa dei medici di famiglia ed originariamente denominata *Country Hospital*. A tale struttura va riconosciuto il primato nazionale per la costituzione dell'équipe territoriale e dell'associazionismo medico basato sull'integrazione multiprofessionale [Aulizio 2009].

nuova cultura. Rappresenta l'entità del Servizio sanitario nazionale, è una sfida culturale, perché chiamato ad agire sui sani e sulla popolazione a rischio [Tognetti Bordogna 1986:188].

È il distretto a rappresentare il livello più prossimo ai bisogni di salute della comunità e, secondo l'architettura normativa, spetta ad esso l'arduo compito di leggere le richieste espresse dal proprio bacino di utenza e trovare soluzioni adeguate per rispondere a queste in modo corretto. Adattabilità, flessibilità e gestione della complessità sono le principali caratteristiche del modello distrettuale, che è stato concepito quale "articolazione" dell'azienda sanitaria locale e dotato di certa autonomia gestionale e finanziaria. Fin dalla sua nascita, dunque, il distretto si presenta per essere un'entità "forte" della sanità territoriale, ma - in itinere - l'ambizioso progetto evidenzia vari aspetti di criticità per la sua attuazione:

Malgrado l'enfasi della letteratura e della normativa nazionale e regionale spesso i Distretti risultavano articolazioni "deboli" contrassegnate dall'eterogeneità nelle funzioni e dei modelli organizzativi adottati a livello locale, ma soprattutto da una comune difficoltà di riconoscimento di ruolo e risorse rispetto all'ospedale, la cui centralità nel sistema sanitario risultava di fatto incontrastata [Bellentani 2009:26].

Criticità che oggi esigono soluzioni strategiche ed improcrastinabili per l'evolversi del sistema stesso (mutazioni demografiche, sociali ed epidemiologiche) il cui cambiamento, come già detto, sta progressivamente conducendo ad un significativo cambio di direzione: dall'ospedalocentrismo alla rivalutazione dell'assistenza primaria. Ma è fattibile un riscatto del territorio in mancanza di una concreta realizzazione del ruolo del distretto? È ciò che si cercherà di esaminare nei prossimi paragrafi il cui *incipit* è costituito dall'analisi dei riferimenti normativi attuativi la distrettualizzazione sanitaria.

4.2 - Il distretto socio-sanitario nella programmazione sanitaria nazionale. Storia di un'entità alla ricerca di attuazione

Il sorgere del dibattito sulla connotazione e sulla realizzazione dei distretti può essere fatto risalire alla Dichiarazione di Alma Ata che opera profondi cambiamenti nel modo di concepire la tutela della salute, intesa non più in senso esclusivamente negativo - come cura della malattia - ma anche in maniera positiva come *prevenzione e promozione* dello star bene. Il passaggio dalla cultura della malattia a quella della salute porta i decisori pubblici a confrontarsi su quale sia il livello ottimale per governare e tutelare il benessere complessivo delle persone, da cui l'affermazione che è l'assistenza primaria a

rappresentare il livello più appropriato per il raggiungimento della salute degli individui e delle famiglie, perché più vicino ai reali bisogni della comunità. Il cantiere per la nascita del distretto si apre così.

Nel nostro paese la prima definizione di distretto è contenuta nella legge costitutiva il servizio sanitario nazionale - L. n. 833 del 1978 - che, tuttavia, fornisce pochi elementi circa il modello organizzativo da mettere in atto e il grado di autonomia rispetto all'Unità sanitaria locale della quale il distretto è parte integrante. La poca chiarezza al riguardo fa sì che nel corso del primo decennio dalla sua introduzione, il numero delle Regioni che avrebbero dovuto procedere all'istituzione della nuova entità è davvero esiguo. La situazione inizia a mutare con gli anni Novanta quando il processo attuativo sembra conoscere un andamento più omogeneo lungo la penisola. Tra i contributi maggiori in questa direzione vi è il varo del decreto legislativo n. 502 del 1992 che fa assumere una funzione del tutto nuova al distretto in relazione alla regionalizzazione ed aziendalizzazione del SSN. La novità introdotta riguarda la trasformazione di questo organismo da semplice centro di erogazione di servizi a luogo di *governo* e, in tale luce, esso dovrà operare per offrire prestazioni quanto più "prossime" al contesto di vita dei cittadini e per dare risposta al bisogno in maniera *integrata*. A fronte di tale nuova funzione, nella riforma del 1992 - tuttavia - non viene affrontata in modo specifico la riorganizzazione del distretto [Mete 2008; Bellentani 2011]. Piuttosto viene operata un'azione di controtendenza allo scopo di separare la funzione politica da quella direzionale: gli Enti locali vengono esclusi dalla gestione delle aziende sanitarie come invece sancito originariamente dalla L. n. 833/78. L'anno successivo il decreto n. 517/93 tenta di porre riparo a tale situazione affidando ai Comuni, attraverso la Conferenza dei Sindaci, il ruolo di "supervisore generale", ovvero, compiti di indirizzo e controllo nella programmazione delle attività territoriali¹⁵⁶.

Ciò nonostante i rapporti tra sanitario e sociale risultano complessi e, nel concreto, l'integrazione tra questi livelli resta più che altro "teorica". Per avere una svolta occorrerà attendere fino alla fine degli anni Novanta, quando con il Piano sanitario nazionale 1998-2000, come afferma il Ministro Rosy Bindi [2005:52]:

¹⁵⁶ Nelle unità sanitarie locali il cui ambito territoriale coincide con quello del comune, *il sindaco*, al fine di corrispondere alle esigenze sanitarie della popolazione, provvede alla definizione, nell'ambito della programmazione regionale, delle linee di indirizzo per l'impostazione programmatica dell'attività, esamina il bilancio pluriennale di previsione ed il bilancio di esercizio e rimette alla regione le relative osservazioni, verifica l'andamento generale dell'attività e contribuisce alla definizione dei piani programmatici trasmettendo le proprie valutazioni e proposte al direttore generale ed alla regione. Nelle unità sanitarie locali il cui ambito territoriale non coincide con il territorio del comune, le funzioni del sindaco sono svolte dalla *conferenza dei sindaci* [D. Lgs n. 517/93, art.4, comma 14].

si restituisce valore e centralità al problema dell'integrazione socio-sanitaria e alla necessità di governarla. Bisognava mettere le Regioni e i Comuni nelle condizioni di poterlo fare e, dunque, era necessario definire i contenuti assistenziali propri dell'integrazione, il rapporto tra soggetti titolari dei finanziamenti (le Regioni attraverso le aziende sanitarie e i Comuni), le modalità di utilizzo dei rispettivi Fondi, quello sanitario e quello sociale. Bisognava colmare un vuoto politico e culturale.

Al distretto viene affidato il compito specifico di creare la rete necessaria per gestire la complessità del contesto e consentire l'integrazione - fattuale ed operativa - tra ambito sociale ed ambito sanitario. Il punto di partenza per un simile traguardo è dato dall'individuazione del bisogno di salute sulla base delle reali necessità del territorio, dei problemi così "come sono vissuti" [Donati 1986:83] i quali, molto spesso, richiedono l'interazione tra interventi e professionalità di varia natura.

Con il documento programmatico del 1998-2000 il ruolo dell'assistenza distrettuale conosce un forte impulso e iniziano ad essere delineati con maggiore chiarezza i contorni del suo modello organizzativo e funzionale. Si stabilisce, infatti, che il distretto - quale struttura operativa dell'Asl - ha una propria autonomia gestionale e svolge compiti specifici circa l'accesso alle prestazioni sanitarie, il governo della domanda, l'integrazione socio-sanitaria, il coordinamento dei servizi e dei professionisti, con ruolo *centrale* del medico di medicina generale. Quest'ultimo aspetto viene ribadito dalla Legge n. 419/98 con la quale si delega al governo la facoltà di emanare decreti per la razionalizzazione del servizio sanitario pubblico sulla base di una serie di criteri particolarmente significativi per il distretto. Tra i principi guida forniti dalla L. 419/98 vi è quello di realizzare un'efficace integrazione fra le attività operative dell'azienda sanitaria con quelle prestate dal medico di famiglia, da cui dipendono servizi rispondenti alle richieste dell'utente e una riduzione della domanda di ospedalizzazione. Si legge all'articolo 2 comma 1:

L'organizzazione delle attività a livello di Distretto dovrà, pertanto, essere tale da tener aperto un costante canale di comunicazione con i medici di famiglia che rappresentano i principali ordinatori di prestazioni e, quindi, di spesa.

Fino alla fine degli anni Novanta, tuttavia, la centralità della medicina di base si connota per essere fondata sulla figura del *singolo* medico di famiglia e per la sua scarsa interazione sia con il distretto che con le strutture ospedaliere. Un vento di cambiamento viene sollevato dall'influenza esercitata dall'esperienza britannica del *fundholding* e dei successivi *Primary Care Groups* (vedi paragrafo 2.3.2), che portano la politica sanitaria italiana a fare notevoli passi verso l'*associazionismo* della medicina generale e un diverso equilibrio tra assistenza territoriale ed ospedaliera. Nel piano sanitario del 1998-2000 si stabilisce che alle cure primarie debbono essere erogate più risorse di quelle previste per

l'assistenza di secondo livello e, nell'intento di rafforzare il ruolo del distretto, tutte le attività territoriali vengono accorpate in un unico livello essenziale di assistenza (LEA distrettuale)¹⁵⁷. Sempre in questo atto programmatico, inoltre, viene detto che la riorganizzazione del distretto deve fondarsi sulla valorizzazione del suo nucleo principale: la medicina generale.

Coerentemente con tali direttive, il decreto n. 229 del 1999 attribuisce finalmente al distretto l'autonomia gestionale e finanziaria indispensabili per il raggiungimento degli obiettivi di salute dell'assistenza primaria, affermando che *“nell'ambito delle risorse assegnate, il distretto è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria con contabilità separata all'interno del bilancio dell'unità sanitaria locale”* (art.3 quater - comma 2). Per quanto concerne il ruolo focale della medicina generale si legge all'art.3 quinquies: *“le Regioni disciplinano l'organizzazione del Distretto in modo da garantire l'assistenza primaria e la continuità assistenziale mediante l'approccio multidisciplinare tra Medici di medicina generale, Pediatri di libera scelta, servizi di guardia medica e presidi specialistici ambulatoriali”* e ancora: *“[in modo da garantire]il coordinamento dei Mmg e dei Pdl con le strutture operative a gestione diretta, organizzate in base al modello dipartimentale, nonché con i servizi specialistici ambulatoriali e la strutture ospedaliere ed extra-ospedaliere accreditate”*.

Dalla lettura di questi articoli le principali novità che emergono dalla normativa riguardano nello specifico: la connotazione “aziendalistica” dell'istituzione del distretto, la garanzia della continuità assistenziale attraverso il collegamento tra medicina di base e medicina specialistica ambulatoriale nonché l'integrazione tra territorio ed ospedale. Un altro elemento di innovazione è dato dall'introduzione del *Programma delle attività territoriali* (Pat) che il distretto deve svolgere di concerto con la Conferenza dei sindaci e che consiste nell'elaborazione degli obiettivi e delle attività da erogare tenuto conto delle risorse e degli orientamenti stabiliti dalle Regioni. Anche i confini¹⁵⁸ distrettuali vengono rinnovati e portati ad un bacino di utenza di almeno 60.000 abitanti, salvo eccezioni disposte a livello regionale per motivi geomorfologici e/o demografici.

¹⁵⁷ Si rammenta che nel Piano Sanitario nazionale del 1994-1996 vi erano tre distinti livelli di assistenza: assistenza sanitaria di base; specialistica semiresidenziale e territoriale; residenziale per non autosufficienti e lungo degenti stabilizzati.

¹⁵⁸ La legge n. 833/78 aveva stabilito che la grandezza territoriale delle *Usl* dovesse essere di modeste dimensioni, comprendendo un bacino di utenza non superiore ai 200.000 abitanti. In seguito il D.Lgs n. 502 del 1992 propone il criterio di allargamento dei confini delle *Asl* simmetrico a quelli “provinciali”, criterio non riproposto dal D.Lgs n. 299/99 che stabilisce come livello minimo di utenza per il *distretto* il numero di 60.000 unità. In Italia sono attualmente presenti 711 distretti socio-sanitari, con un bacino di utenza medio di 85.000 abitanti e un'estensione territoriale media di 440 kmq [fonte: Istituto Superiore di Sanità, gennaio 2012].

Le ragioni di questa scelta sono evidenti e condivisibili, perché consentono di dotare il territorio dei poteri e dei mezzi necessari per realizzare politiche forti per la salute e per gestire la domanda di cura con un'adeguata ed appropriata rete dei servizi integrati tra loro [Polillo 2004:19].

A sostegno dell'ampliamento della popolazione a carico del distretto si esprime anche la legge quadro n. 328/2000 per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, che indica come elemento da considerare (ma non obbligatorio) la coincidenza tra distretti sanitari ed ambiti sociali:

[...] Nella determinazione degli ambiti territoriali, le Regioni prevedono incentivi a favore dell'esercizio associato delle funzioni sociali in ambiti territoriali di norma coincidenti con i distretti sanitari già operanti per le prestazioni sanitarie, destinando allo scopo una quota delle complessive risorse regionali destinate agli interventi previsti dalla presente legge (art.8 comma3).

Sempre nel disegno di riforma del 1999 al distretto viene attribuito oltre al ruolo di produzione dei servizi sanitari territoriali anche quello di *committenza*, ovvero, di valutazione di quali servizi per quali bisogni (governo della domanda). In riferimento a tale funzione diviene rilevante la figura del *Direttore del distretto* (art.3 sexies) soprattutto per la sua capacità di relazionarsi con la direzione aziendale, da un lato, e con i Comuni e i medici di medicina generale, dall'altro. Ciò che emerge come "dato mancante" è l'assoluto silenzio della L.299/99 circa i criteri che le Regioni avrebbero dovuto adottare per la nomina di tale dirigente così che, nella gran parte dei casi, viene affidata alla discrezionalità del direttore generale. Una possibile conseguenza di questa prassi di arruolamento potrebbe consistere nello sbilanciamento a favore della politica aziendale rispetto alla necessità di negoziazione circa le tipologie di prestazioni da erogare.

La nomina fiduciaria indica non solo una scelta di alta discrezionalità nei requisiti professionali e manageriali per l'accesso alla funzione, ma implica una maggiore dipendenza anche dalle scelte politico-istituzionali, soprattutto considerando la frequente instabilità dei vertici aziendali [Report indagine: "La Rete dei distretti sanitari in Italia", 2011:30].

Un altro *omissis* della legge di riforma del 1999 riguarda la modalità di coordinamento fra i vari distretti della medesima azienda sanitaria, la cui mancanza ha lasciato il posto a percorsi assistenziali o procedure amministrative *intramoenia* abbastanza diversificate.

[...] Non necessariamente tale coordinamento assume una veste istituzionale specifica, tramite un organismo strutturato (ad esempio un comitato dei distretti; la presenza di un coordinatore), ma può svolgersi attraverso dei collegamenti di tipo funzionale, ossia tramite incontri o contatti informali [ibidem: 33].

Per ciò che riguarda il ruolo della medicina generale la norma prevede che, affinché siano raggiunti gli obiettivi di salute dei cittadini, è necessario che i medici di famiglia e i pediatri di libera scelta siano *realmente* integrati con il distretto a fronte dell'apporto specifico che tali figure professionali possono dare circa la valutazione della situazione sanitaria e delle esigenze della popolazione servita. È questo un obiettivo che, nel corso del tempo, i contesti regionali hanno cercato di perseguire con vari livelli di successo/insuccesso¹⁵⁹.

Negli anni della “devolution”, inaugurata nel 2001 con la riforma del titolo V della Costituzione, l'organizzazione dei servizi sanitari diventa materia *esclusiva* delle Regioni e la rete distrettuale si mostra:

la soluzione organizzativa migliore per recepire e per avviare i nuovi modelli di gestione delle malattie croniche e la sede più adatta per l'applicazione di nuove forme di assistenza sanitaria per la presenza di una rete capillare di Presidi territoriali. Il Distretto, in questo contesto devolutivo, è divenuto spesso il motore per la mobilitazione delle risorse della Comunità, il collegamento con il livello istituzionale ed il centro di valutazione dei risultati attesi dalle singole azioni assistenziali [Mete 2009:282].

Con la legge costituzionale n. 3 del 2001 la definizione e le scelte sul distretto, come ogni altro aspetto dell'organizzazione dei servizi sanitari, spettano alle Regioni e l'attenzione si sposta su come garantire ai cittadini, dovunque essi si trovino, le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie territoriali rientranti nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). La regionalizzazione della sanità italiana, infatti, porta in serbo la concreta possibilità di ampliamento delle disparità di salute già presenti sul territorio nazionale e, il tale luce, va inteso lo sforzo tra Stato e Regioni per superare definitivamente la centralità dell'ospedale e per rinnovare il sistema di tutela della salute sul territorio partendo dal suo *core*, la medicina generale. I documenti successivi alla L. 3/2001 confermano tali obiettivi ed il PSN 2003-2005 - primo Piano dopo il riassetto istituzionale - contiene due punti nodali per i servizi di assistenza primaria e, cioè, promuovere:

- 1) *il territorio* quale primaria sede di assistenza e di governo dei percorsi sanitari e socio-sanitari;
- 2) una *rete integrata di servizi sanitari e sociali* per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani e ai disabili.

¹⁵⁹ Come si avrà modo di approfondire nel paragrafo 4° alcune Regioni italiane hanno cercato soluzioni innovative per tale finalità. Una di queste consiste nella promozione dell'*associazionismo* dei Mmg, inteso non solo come messa in comune di strumenti operativi quanto piuttosto come associazione sui programmi. In quest'ambito si colloca la costituzione dei “Nuclei di Cure Primarie” o “Gruppi di Cure Primarie” - composti da medici di famiglia operanti in un medesimo contesto territoriale (di circa 15/30 mila abitanti) - all'interno del “Dipartimento di Cure Primarie” (es. Regione Emilia Romagna).

Con il primo punto si rileva l'urgenza di individuare un nuovo assetto dei servizi territoriali, in grado di volgere diversamente la domanda di prestazioni (dall'ospedale al territorio) e di assicurare le attività sanitarie comprese nei LEA. Il Piano pone in evidenza che, perché ciò si realizzi, è altrettanto necessario un cambio di prospettiva che configuri l'intervento ospedaliero come assistenza *extra-territoriale* sempre più riservata al trattamento delle patologie acute. Con il secondo punto viene posta in risalto la necessità di governare i percorsi di cura del paziente tra i diversi nodi della rete nonché di potenziare e diversificare l'offerta in relazione al bisogno. Il Piano, dunque, richiede di innovare il sistema distrettuale partendo dal cittadino [Pellegrini 2005] e, per sostenere tale scelta, inserisce le cure primarie tra i cinque obiettivi prioritari del documento programmatico con appositi finanziamenti a cui le Regioni possono accedere previa presentazione di progetti specifici.

Il seguente PSN 2006-2008 continua il rafforzamento della sanità distrettuale e, in particolare delle cure primarie, incidendo fortemente sullo sviluppo delle forme aggregative innovative della medicina generale come le *équipe* territoriali, i nuclei di cure primarie fino alle Unità territoriali di assistenza primaria (Utap). Con il 2006, infatti, s'inaugura un periodo di politica sanitaria davvero favorevole per la promozione della *Primary care* e diversi sono i documenti varati al riguardo. Tra questi il noto "New Deal" presentato a giugno dall'allora Ministro della Salute, Livia Turco, alla Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati dove si ribadisce la volontà istituzionale di realizzare:

“un grande obiettivo” di legislatura quello di porre in essere l'effettiva integrazione socio-sanitaria in un quadro di sviluppo delle cure primarie a livello nazionale. Solo così si potrà infatti realizzare quella continuità assistenziale, dall'ospedale al proprio domicilio, che rende effettivo il diritto alla salute del cittadino. [...]Per far questo, bisogna partire dall'esperienza dei distretti che non sono diventati ciò che dovevano diventare. Non è stata, e non è, solo una questione di finanziamento, ma di connivenze, inerzie, conservatorismi ed arretratezza. A differenza dell'ospedale dove la storia e la legislazione hanno prodotto una forte identità strutturale, con propri modelli e rituali organizzativi anch'essi oggetto di una straordinaria evoluzione, la sanità territoriale è stata tradizionalmente un aggregato povero di ambulatori e di servizi senza una propria identità e senza un proprio radicamento nell'immaginario collettivo. L'altro aspetto, insieme al distretto, è la presenza ed il ruolo dei medici di famiglia. Ruolo cruciale per promuovere la continuità assistenziale e offrire al cittadino un punto di riferimento che lo guidi nel suo percorso di formazione, cura e riabilitazione. Vogliamo realizzare queste esperienze e proporre ai medici di famiglia un patto di diritti e doveri: diventare il perno del sistema delle cure primarie in un sistema di *governance*, un governo clinico del territorio che costruisca la squadra tra medico di famiglia, medici del distretto, specialisti ambulatoriali, professioni sanitarie in un lavoro che deve essere a rete e non più gerarchico e frammentato [2006:29-30].

L'intento politico di costruire il “secondo pilastro della sanità italiana da affiancare all'ospedale” porta all'insediamento, nel 2007, della Commissione ministeriale per le cure

primarie e l'integrazione sociosanitaria ed alla pubblicazione - da parte del Consiglio Superiore di Sanità - del documento “*Territorio, continuità dell'assistenza, cure primarie*”, in cui è sostenuto il bisogno di avere un distretto maturo capace di svolgere pienamente le funzioni di programmazione, di committenza e di produzione di servizi [Mete 2008:31].

In linea con tale indirizzo il PSN 2006-2008 sottolinea - inoltre - che per rinnovare l'offerta dei servizi lungo l'asse “ospedale-territorio” occorre il rafforzamento del livello delle *cure intermedie*, condizione necessaria per un effettivo miglioramento della sanità pubblica. Assistenza primaria ed assistenza intermedia che possono essere *efficacemente* erogate dalla sanità distrettuale - e rispondere quindi alle effettive esigenze del paziente - solo se improntate in un'azione proattiva di medicina d'iniziativa, operazione complessa che richiede l'adesione di tutti gli attori coinvolti nel processo di cambiamento, dai professionisti ai decisori politici e alla comunità locale.

Negli ultimi anni la *mission* del distretto si è arricchita di ulteriori obiettivi egualmente impegnativi come il contrasto delle disuguaglianze nella salute/assistenza sanitaria e la responsabilità di porre al centro del sistema la persona con i suoi bisogni. Molti rapporti nazionali¹⁶⁰, infatti, dimostrano l'esistenza di una fortissima disomogeneità tra Nord e Sud dell'Italia sia sul lato della qualità delle prestazioni erogate che dell'accesso ai servizi, difformi per grado di complessità assistenziale che per tipologia di cura¹⁶¹. A ciò si aggiunge l'incidenza sulle famiglie delle spese sanitarie *out of pocket*, che ricadono pesantemente sull'impoverimento di parte della popolazione¹⁶². A tal proposito, la Dichiarazione di Erice del 2008 sulla “Globalizzazione e Disuguaglianze nella Salute”¹⁶³ ribadisce la costante e progressiva crescita delle iniquità sociali nella salute, iniquità che anche nei paesi dotati di robusti sistemi di *welfare* spiegano gran parte del “carico di malattia” delle persone. Ridurre le disuguaglianze, pertanto, significa lavorare per la salute complessiva dei singoli e dei gruppi e deve poter far leva sia sul versante delle politiche pubbliche che sul coinvolgimento degli stessi servizi sanitari. In questo secondo contesto

¹⁶⁰ Si citano in merito alcuni, come il rapporto del Centro Interdipartimentale di Studi Internazionali sull'Economia e lo Sviluppo (CEIS), Centro Studi Investimenti Sociali (CENSIS), Osservasalute, Rapporto OASI del Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale (CERGAS), consultabili presso i rispettivi siti web.

¹⁶¹ Cfr. rapporto CENSIS del 2009, dove emerge che non solo l'offerta sanitaria ma anche le condizioni di salute sono peggiori nel Mezzogiorno che nel resto d'Italia.

¹⁶² Secondo dati CEIS nel 2009 sono stati 5 milioni gli italiani che hanno avuto problemi di accesso alle cure sanitarie. Più dettagliatamente 338 mila famiglie, pari ad oltre 1 milione di persone, si sono impoverite per spese sanitarie o sociali; altre 992 mila, circa 3 milioni di persone, sono state costrette a sostenere spese sanitarie elevate rispetto ai redditi percepiti e in oltre 2 milioni e 600 mila famiglie almeno un componente ha dovuto rinunciare a curarsi o all'assistenza, per il peso economico che avrebbero comportato.

¹⁶³ Il documento è disponibile al link: www.igiene.unifi.it/even/Dichiarazione_eric_2008.pdf

il distretto assume un ruolo strategico, perché ad esso è affidata la *governance* del sistema per l'erogazione di livelli appropriati.

Allo stato attuale il servizio sanitario pubblico, centrale e regionale, si trova a dover gestire uno scenario di assistenza davvero complesso, caratterizzato da fattori eterogenei che esigono politiche intersettoriali in grado di favorire un invecchiamento in buona salute (medicina di iniziativa), la presa in carico delle malattie croniche e delle disabilità (rete dei servizi) e l'offerta di livelli di assistenza sul territorio *equa e sostenibile per tutti* (lotta alla disuguaglianza). In tale orizzonte di riferimento il vigente PSN 2011-2013, ispirato ai principi della *Carta di Tallin*¹⁶⁴ dell'OMS (2008), affida al SSN il ruolo di "facilitatore" per il coordinamento e l'integrazione tra livelli istituzionali e politiche intersettoriali, nell'intento di indirizzare positivamente e con sinergia i determinanti della salute e del benessere nella consapevolezza che *la vera ricchezza del servizio sanitario è, appunto, la salute dei cittadini*.

[...] il PSN pone come macro obiettivo del Servizio Sanitario Nazionale non solo quello della promozione "della salute dei cittadini", bensì quello della promozione del "benessere e della salute dei cittadini e delle comunità", nella consapevolezza che "la vera ricchezza del sistema sanitario è la salute dei cittadini" [Premessa:5]

Nel Piano si dice ancora:

L'Italia, come ben descritto nella Carta di Tallin (2008) assieme agli altri Paesi aderenti, condivide la visione secondo la quale una migliore salute contribuisce al benessere sociale di ciascun Paese attraverso l'impatto positivo sullo sviluppo economico, sulla competitività e sulla produttività dello stesso. Ne consegue che investire in salute equivale ad investire nello sviluppo umano, nel benessere sociale e nel benessere economico e che i sistemi sanitari nazionali vanno oltre l'assistenza sanitaria, includendo la prevenzione delle malattie, la promozione della salute e tutti gli sforzi atti ad influenzare altri settori che intendono occuparsi di problemi di salute nelle loro politiche [Ibidem:8]

Gli obiettivi prioritari del nuovo atto programmatico confermano con vigore il ruolo delle cure primarie e delle strutture territoriali, individuando quattro direttrici di azioni:

- rilancio della prevenzione;
- sviluppo dell'assistenza primaria;
- qualificazione della medicina specialistica ospedaliera;

¹⁶⁴ Nell'ambito della Conferenza Ministeriale Europea dal titolo "*Sistemi Sanitari, Salute e Benessere*" è stata discussa e firmata la Carta di Tallin (Estonia) da tutti i Ministri della Salute dei 53 Paesi membri della Regione Europea dell'OMS. L'atto sancisce il ruolo e l'impegno di tutte le nazioni sottoscrittrici nel garantire la presenza di servizi sanitari efficienti capaci di contribuire a migliorare la salute e il benessere economico della propria popolazione a fronte sia dei cambiamenti epidemiologici e demografici che delle crescenti disparità socio-economiche. Vedi: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1314_allegato.pdf

- integrazione tra questi livelli e, all'interno di questi, di ciascuno degli specifici settori di attività.

In relazione a tali direttrici il distretto si trova ad essere protagonista indiscusso di tre obiettivi su quattro (prevenzione, *primary care* ed integrazione tra livelli assistenziali) anche in considerazione di un ambito territoriale dell'Asl ormai troppo vasto per rappresentare un vero punto di riferimento per il cittadino rispetto alla complessità della rete dei servizi. Spetta, dunque, al distretto pensare ai bisogni del *singolo individuo* (es. pazienti complessi o non autosufficienti) attraverso percorsi assistenziali integrati gestiti dalle forme associative dei medici di famiglia, come pure pensare ad ulteriori istanze organizzative che prendano in carico *gruppi di popolazione a rischio* (es. dipendenze, utenti dell'area materno-infantile).

Altro versante in cui la sanità distrettuale si vedrà sempre più impegnata è quello dell'*appropriatezza* delle prestazioni erogate, di fatto finora scarsamente monitorata per una sorta di pregiudizio positivo sull'area territoriale [Palumbo 2011:106]. In questa fase di riassetto della sanità italiana anche il distretto è chiamato alla verifica dell'efficacia dei propri servizi in relazione ai bisogni e, pertanto, ad individuare dei criteri in base ai quali valutare se i pazienti sono trattati nelle sedi giuste, residenziali, diurne e/o domiciliari.

Molti, dunque, i versanti sui quali il distretto sarà interessato nel prossimo futuro. Resta però un interrogativo di fondo e, cioè, comprendere quali possano essere i cambiamenti necessari perché il distretto possa finalmente divenire lo snodo centrale della sanità pubblica e rappresentare l'interlocutore organizzativo e coordinativo della medicina generale.

4.3 - Dinamiche di cambiamento dei servizi territoriali. Verso un modello di “*community oriented primary care*”?

Con l'avvio dei processi devolutivi regionali derivanti dalla riforma costituzionale del 2001 si apre una fase di cambiamento degli assetti organizzativi sanitari che, pur ribadendo la necessità di potenziare l'assistenza territoriale, non è ancora approdata ad un modello unico di riferimento circa le necessarie azioni di miglioramento della sanità distrettuale. L'incertezza di riferimenti *univoci* ha contribuito a delineare uno scenario nazionale sostanzialmente caratterizzato da frammentazione e spontaneismo nell'iniziativa così che, da un alto, si hanno Regioni che hanno definito ed investito in specifici modelli di sviluppo del distretto con un riequilibrio delle risorse ed attività tra ospedale e territorio

mentre, dall'altro lato, ve ne sono altre in fase ancora iniziale del percorso (Gentili et al. 2011:174).

Concettualmente gli assetti organizzativi sui quali l'assistenza sanitaria territoriale si è andata sviluppando possono essere contraddistinti in due principali modelli di riferimento, connessi al passaggio dal concetto di *primary care (PC)* focalizzato soprattutto sull'erogazione dei servizi sanitari, a quello di *primary health care (PHC)* in cui si impone l'attenzione non solo agli aspetti di offerta ma anche a quelli riguardanti l'organizzazione (soprattutto per ciò che concerne l'integrazione tra assistiti, professionisti, manager e policy maker), aspetti che devono essere posti alla base dei processi di trasformazione dei sistemi sanitari evoluti.

L'assistenza primaria, o Primary Health Care, costituisce non solo un'area di offerta di servizi sanitari e socio-sanitari, ma un vero e proprio sistema organizzativo. Essa, infatti, è caratterizzata dall'offerta di interventi di primo livello, da una fase di primo contatto, da azioni di promozione della salute, prevenzione, diagnosi, trattamento, riabilitazione, counselling, rivolte a patologie acute a bassa complessità specialistica e tecnologica, a patologie croniche e a condizioni di fragilità e/o non autosufficienza, in varie sedi di trattamento (es. domicilio, residenze, ambulatorio). Tale livello di assistenza si occupa, inoltre, della presa in carico, dell'indirizzo unitario tra livelli assistenziali diversi e della garanzia della continuità assistenziale [Damiani et al. 2010:6; Atti VIII Congresso Nazionale Card].

Il modello organizzativo corrispondente al concetto di PC è di tipo settoriale, basato su discipline e servizi specialistici *erogatori* di prestazioni, la cui ricomposizione in un unico e coordinato percorso di cura ed assistenza è interamente delegato all'utenza; diversamente il modello collegato alla PHC è di tipo integrato, centrato sul *bisogno di salute* e sulla funzione di integrazione e coordinamento svolta dal distretto.

La differenza tra i due modelli è radicale. Quanto più il primo sistema è rivolto ad un *setting* assistenziale imperniato attorno alle problematiche cliniche e all'offerta di servizi e prestazioni per la cura del singolo paziente (approccio *Individually Oriented*), tanto più il secondo modello estende la sua attenzione anche ai determinanti di salute che interessano l'intera popolazione (approccio *Community Oriented*) e mira ad un recupero della centralità della persona che necessita di uno specifico percorso assistenziale integrato sul suo bisogno di salute. In quest'ultima prospettiva i servizi dell'assistenza primaria non hanno più un *target* clinico definito (Saltman et al. 2006), ma si rivolgono alla comunità nel suo complesso e, pertanto, vanno organizzati ricomprendendo al loro interno sia le risorse terapeutiche specialistiche sia quelle comunitarie (*self-care, home-care, community care*).

La tutela della salute cambia orientamento e, da ambito esclusivo dei professionisti sanitari, allarga i suoi confini al sistema sociale, così da coinvolgere nelle attività di cura e

promozione del *benessere* tutte le risorse presenti all'interno delle comunità locali, intese non più come “luogo fisico” (territorio) destinatario di prestazioni socio-sanitarie, bensì come “rete di relazioni sociali significative” (Ridolfi 2011:6). La comunità, in generale, e i pazienti, in particolare (Stacey 1976), si trasformano da riceventi passivi di prestazioni sanitarie a primi e fondamentali *operatori* del lavoro di cura nei riguardi della propria salute.

I programmi di cura e prevenzione *community based* sono stati definiti dall'OMS come:

la forma più evoluta dell'assistenza sanitaria di base dove le cure primarie sono integrate da un approccio di sanità pubblica gestito dal distretto e fondato su: identificazione e valutazione sistematica dei bisogni della comunità, implementazione di interventi sistematici rivolti a gruppi target di popolazione, monitoraggio dell'impatto di tali interventi per valutare i risultati raggiunti in termini di salute della popolazione [OMS - Regional Office for Europe 2004].

In tale luce, la *Community Oriented Primary Care* (COPC) integra l'approccio verso l'individuo con quello verso la collettività, combinando le abilità del medico di medicina generale con l'epidemiologia, la medicina preventiva e la promozione della salute. È opinione ormai condivisa che il miglioramento della medicina territoriale non possa che passare attraverso il modello “orientato alla comunità”, dove gli aspetti clinici sono arricchiti da quelli di sanità pubblica quali - appunto - la prevenzione primaria e l'attenzione ai determinanti di salute. Da tradizionale luogo di “primo contatto” del cittadino con i servizi sanitari, le cure primarie diventano sede privilegiata per la creazione di un *sistema integrato* di cure ed assistenza per il governo efficace della domanda di salute. La nuova missione del distretto, dunque, sarà quella di connettere l'azione della *promozione della salute della comunità* con la *continuità delle cure*, dando slancio e vigore ai valori sottesi dal suo stesso assetto organizzativo: partecipazione, ascolto ed alleanze tra cittadini, istituzioni e professionisti. Come, infatti, sostiene Polillo:

Oggi il distretto deve acquisire una reale centralità connotandosi come il punto di incontro tra domanda di salute dei cittadini ed offerta di cure, benessere e nuova socialità; esso deve potersi configurare come una vera area sistema e ricomprendere quella serie di presidi e servizi, ora dispersi, che sono finalizzati a dare risposte territoriali ai problemi di salute e di cura dei cittadini rendendo finalmente possibile la piena integrazione tra le attività sanitarie e quelle di tipo sociale. Le attività che devono essere garantite nell'area distretto sono quelle che riguardano i bisogni reali dei cittadini e che possono incidere favorevolmente sulla capacità per ognuno di riuscire a sviluppare il proprio progetto esistenziale; queste attività riguardano dunque la persona come soggetto consapevole e si estendono dall'educazione sanitaria, alla prevenzione, all'erogazione dell'insieme delle cure che non necessitano del ricovero ospedaliero per arrivare alla riabilitazione e alle attività socio-sanitarie ad alta integrazione [2004:22].

Tuttavia, per poter approdare ad una sanità distrettuale *community oriented* occorre conseguire alcuni traguardi nodali - ancora assenti nella gran parte delle situazioni locali - tra i quali:

1. l'integrazione tra strutture e professionisti posti sia su differenti (dimensione verticale) che su medesimi livelli di cura (dimensione orizzontale);
2. il cambiamento da budget settoriali - sociali e sanitari - ad un unico "budget di distretto" che legittimi la *governance* del sistema di assistenza primaria al distretto più che alla dirigenza dell'azienda sanitaria¹⁶⁵;
3. lo spostamento dal *modus operandi* della medicina di attesa, impropriamente adottato dall'assistenza ospedaliera, a quello della medicina proattiva capace di prendersi cura della salute per tutto il ciclo della vita e di trasformare i cittadini in collaboratori effettivi nella gestione della propria salute e di quella della comunità di appartenenza.

Dei tre punti posti in evidenza, l'obiettivo dell'integrazione rappresenta senza dubbio il nodo più complesso da districare per via dei numerosi intrecci da considerare nell'ottica del raggiungimento dei livelli essenziali di assistenza riferibili al sistema della *primary health care*. E difatti, i piani di lavoro entro i quali il distretto - per mandato istituzionale - è tenuto ad operare fanno parte di differenti contesti comprendendo i servizi territoriali aziendali, il raccordo tra questi ed i servizi ospedalieri ed, infine, l'ambito *esterno* al sanitario - ovvero - i servizi sociali comunali [Corsalini et al. 2010]. Ciascuno di questi piani costituisce di per sé un fattore *facilitante/ostacolante* l'operato del distretto con varie ripercussioni in termini di qualità del percorso assistenziale erogato. Perché l'integrazione socio-sanitaria possa dirsi appropriata ai bisogni di salute espressi da una comunità è necessario coniugare le esigenze organizzative, gestionali ed operative degli erogatori con quelle dell'utenza, per la quale il termine "integrazione" significa primariamente unitarietà diagnostico-assistenziale ed unitarietà del percorso di fruizione.

Ciò che l'utente si attende dalla rete dei servizi socio-sanitari è che vi sia un unico gate che esprima una diagnosi unitaria (dietro il quale evidentemente vi è un lavoro di raccordo tra i diversi professionisti dell'azienda sanitaria ed ospedaliera) e che lo indirizzi lungo un percorso delineato e coerente con la diagnosi. [...] Per l'utente

¹⁶⁵ In riferimento alla ricerca nazionale Agenas "Indagine sullo stato di attuazione dei Distretti in Italia 2010", risulta che vi sono ancora molte situazioni in cui non è stato formalizzato alcun processo di negoziazione annuale degli obiettivi e delle risorse tra distretto e direzione generale, fatto che denota non soltanto una difficoltà di implementare un processo di budgeting nelle aziende sanitarie, ma soprattutto una scarsa considerazione del distretto quale soggetto fondamentale per la negoziazione di obiettivi e risorse nell'area dell'assistenza primaria.

L'integrazione non significa solo unitarietà e coerenza nel processo diagnostico-assistenziale, ma significa anche unitarietà del processo di fruizione, senza la necessità di innumerevoli passaggi, magari presso aziende diverse, sicuramente presso operatori diversi, per ottenere un servizio che può esistere solo come sommatoria di frammenti. L'unitarietà della fruizione significa ottenere un servizio nel numero minimo di passaggi, di spostamenti, di operatori interfacciati nel tempo [Longo 2010: 118-119].

La presa in carico istituzionale e la continuità dell'assistenza rappresentano, dunque, i risultati dell'integrazione ad opera del distretto¹⁶⁶ le cui condizioni di fattibilità si collocano lungo un asse di variabili eterogenee che riguardano la diversa natura giuridica e di *mission* delle organizzazioni interessate (servizi territoriali, ospedalieri e sociali), le difformi forme contrattuali dei professionisti (dipendenti pubblici, lavoratori autonomi, del terzo settore), la diversa disponibilità a negoziare soluzioni concertate da parte di ogni organismo nonché operatore socio-sanitario, il rispetto reciproco dell'autonomia di ciascun attore come pure il riconoscimento, da parte di quest'ultimi, delle interdipendenze e dell'importanza di gestirle (integrazione *multidisciplinare e multiprofessionale*).

La varietà dei fattori in gioco non facilitano il processo di rinnovamento per un sistema *integrato* di cura ed assistenza e le criticità distrettuali, che ancora permangono all'interno del panorama sanitario nazionale, sembrano non costituire per tutti i contesti regionali una buona occasione per ridisegnare ruoli e funzioni all'interno della PHC. L'integrazione socio-sanitaria, tuttavia, non è una questione solo del distretto, perché costituisce un tema di politica sanitaria di fondamentale importanza per tutti i sistemi sanitari di welfare che vogliono offrire ai cittadini risposte ai bisogni di salute adeguate nei tempi, nelle sedi e nelle modalità di assistenza.

Nel nostro paese il problema si fa più complesso non solo per la vastità dei settori da coordinare e porre in sinergia, ma anche per la significativa eterogeneità della normativa regionale che ha fortemente contribuito a determinare disparità in termini di concreta realizzabilità.

Nell'organizzazione integrata socio-sanitaria il bisogno assistenziale socio-sanitario è un bisogno complesso che va riferito come livello assistenziale all'Assistenza Primaria, proprio perché possa essere garantita una risposta assistenziale unitaria, inscindibile nelle singole componenti sanitaria e sociale, cui corrisponda una unitarietà organizzativa, gestionale, temporale, di sede di erogazione e di risorse umane e strumentali che la costituiscono. Naturalmente tutto ciò rappresenta un obiettivo, un punto di arrivo, visto che molte sono le difficoltà connesse, in Italia, all'attribuzione delle diverse componenti, sociale e sanitaria, a differenti competenze istituzionali. Le particolari difficoltà che si riscontrano attualmente nel nostro

¹⁶⁶ L'integrazione a livello strategico (*policy*) è competenza propria dell'Azienda sanitaria mentre a livello gestionale-organizzativo e clinico-assistenziale è il distretto a dover agire in virtù della sua natura operativa localmente contestualizzata.

sistema socio-sanitario sono connesse proprio all'articolazione e strutturazione del SSN, alla molteplicità e variegatezza di servizi ed alla numerosità di soggetti che intervengono per l'erogazione di questo tipo di interventi. La mancanza di integrazione avviene proprio già a partire dalle scelte di programmazione dei servizi e dalle azioni di coordinamento degli interventi tra enti locali e aziende sanitarie. La realizzazione di un'effettiva sinergia tra le diverse politiche settoriali a livello di Stato, Regioni ed enti locali sembra affidata a progetti specifici, ma gestiti singolarmente a livello locale o regionale [Mazzeo et al. 2009:500].

Un secondo aspetto su cui focalizzare l'attenzione riguarda la necessità di trasformare l'assistenza sanitaria, ma anche sociale, da servizi orientati alla cosiddetta medicina di attesa a progetti di medicina di iniziativa. L'*attesa* è il paradigma classico del modello biomedico della sanità, ancora oggi posto alla base della formazione universitaria nonostante la mole di evidenze scientifiche¹⁶⁷ e di indirizzi di politica sanitaria¹⁶⁸ propongano il paradigma dell'*iniziativa* quale modello culturale di riferimento per la medicina territoriale.

Il rafforzamento delle cure primarie e, quindi, della sanità distrettuale impone cambiamenti non solo di carattere organizzativo, ma prima ancora di carattere culturale; ed infatti di fronte alla crescente prevalenza delle malattie croniche e delle patologie invalidanti l'*attesa* dell'evento acuto genera un aggravamento ulteriore delle condizioni di salute del paziente e, cosa ancora più distorcente, non produce alcun effetto positivo in termini di prevenzione e riduzione dei fattori di rischio. Diverso è il caso della medicina *proattiva*¹⁶⁹, dove non si aspetta il manifestarsi di qualche evento patologico o di ricaduta, ma si cerca di intervenire prima che tutto ciò possa accedere tramite interventi di promozione della salute o di presa in carico a lungo termine. Il cambio di paradigma, però, non è cosa immediata da realizzare perché implica una serie di condizioni che sul territorio nazionale non ha eguali livelli di considerazione né di sviluppo. Il primo ostacolo da superare riguarda la tendenza, consolidata nel tempo, ad operare *ex-post* anziché *ex-ante* con la conseguenza che i servizi sanitari sono stati plasmati più in funzione delle prestazioni da erogare che dei bisogni di salute della comunità¹⁷⁰. Allo stesso tempo i

¹⁶⁷ Al riguardo si riporta uno tra gli esempi più noti quello del *Chronic Care Model* fondato sulla facilità di accesso alle cure (tempestività della risposta, facilità di comunicazione tra e con i professionisti), sul coinvolgimento del paziente nella scelta del proprio percorso terapeutico (supporto all'auto-cura, counselling), sulla *pro-attività* degli interventi (uso di registri di patologia, stratificazione dei pazienti per livello di gravità, creazione di database per la segnalazione ai pazienti ed operatori di dati sanitari rilevanti, programmazione delle visite di follow up) e sul coordinamento delle cure e della continuità assistenziale.

¹⁶⁸ Di cui l'ultimo: il Rapporto 2008 dell'Oms "*Primary Health Care: now more than ever*".

¹⁶⁹ Si rammenta che in altri sistemi sanitari europei (come Spagna, paesi del Nord Europa) e in alcune organizzazioni americane (Kaiser Permanente) il processo di innovazione è già iniziato da tempo.

¹⁷⁰ L'operatività distrettuale si è caratterizzata prevalentemente sul lavoro per prestazioni anziché per processi personalizzati, due modalità che fanno entrambe parte dei compiti della medicina territoriale, ma che non possono essere confuse appartenendo a diversi livelli tecnici e clinici. Se ai bisogni semplici possono essere date risposte di tipo prestazionale non altrettanto può essere fatto per bisogni multifattoriali,

professionisti del settore, soprattutto la classe medica, devono confrontarsi con l'obsolescenza del modello biomedico, che continua ad essere il fulcro della loro formazione e a creare margini di inadeguatezza per la cura e l'assistenza delle patologie cronico-degenerative che delineano il quadro epidemiologico del Terzo millennio. Inadeguatezza formativa che si manifesta anche nella scarsa propensione ad una visione olistica del paziente, "visto" più in termini specialistici di organi e sintomi che non nel suo *unicum di res cogitans e res extensa* [Good 1994]. La visione anatomica del paziente ha progressivamente condotto ad una *iper* specializzazione del settore ospedaliero, dove il malato viene trattato esclusivamente in riferimento all'evento acuto sviluppato e, quindi, dimesso; mentre per quanto riguarda la medicina generale si è tradotta in una modalità di lavoro solitaria con poca considerazione da parte dei colleghi specialisti ed esigue occasioni per l'integrazione [Del Zotti 2007].

In tale orizzonte di riferimento le condizioni necessarie per una sanità d'iniziativa, centrata sul paziente e orientata alla comunità, stenta a diventare il paradigma di riferimento della nuova medicina distrettuale, i cui attributi sono quelli della promozione della salute, della valutazione dei bisogni della comunità, dell'attenzione ai determinanti sociali oltre al coinvolgimento dell'utenza e delle famiglie. Di certo, le criticità da affrontare sono varie ed impegnative, però possono rappresentare il punto di partenza per evolvere da un modello di assistenza territoriale centrato sull'offerta di prestazioni frammentarie ad un modello che sappia rispondere in maniera sussidiaria ai bisogni dell'assistito e della collettività.

Non mancano al riguardo le indicazioni per volgere ad un miglioramento. Tra le strategie che in letteratura [Frau 2008; Ancona 2008; Polillo 2009; Bellentani e Guglielmi 2009] vengono indicate come motore di svolta verso una medicina territoriale *community oriented* vi è quella dell'istituzione del *Punto unico di accesso* (PUA), un servizio volto a rappresentare, prioritariamente, *l'ingresso unitario* per la presa in carico globale delle persone con disagi sia di carattere sanitario che sociale. Nell'arco dell'ultimo decennio¹⁷¹ il SSN come pure il settore sociale hanno riconosciuto, a varie riprese, l'urgenza ed il valore di passare dalla prevalente condizione di un malato costretto a ruotare attorno ai servizi, ad un sistema dove sono i servizi ad essere costruiti attorno al bisogno della persona.

che esigono una presa in carico idonea, integrata e coerente con la natura e la complessità del problema e degli esiti da conseguire (Vecchiato 2004).

¹⁷¹ Vedi Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 "Un patto di solidarietà per la salute" e L. n. 328/2000 "Legge quadro sul sistema integrato di interventi e servizi sociali".

Il primo passo per muovere in questa direzione può essere il PUA¹⁷², che nasce proprio per dare al paziente certezza di risposta concreta alle sue effettive necessità, distinguendosi per missione ed obiettivi dai già esistenti servizi come il Centro Unico di prenotazione (CUP) e l'Ufficio Relazioni con il pubblico (URP). Difatti, gli indirizzi di programmazione nazionale e regionale indicano che nel PUA si avviino una serie di azioni che siano di valutazione del bisogno, di attivazione diretta di prestazioni in risposta a bisogni semplici, di inizio della presa in carico ed integrazione con i servizi della rete territoriale ed ospedaliera in caso di bisogni complessi. Ad esso, inoltre, è affidato il compito di seguire il paziente complesso all'atto di dimissione dell'ospedale allo scopo di porre fine alla frammentazione degli interventi con la definizione di precisi percorsi assistenziali. Alla luce di tali presupposti il Punto unico di accesso appare essere un primo "punto fermo" per ciò che concerne la definizione di modalità organizzative che possano produrre risposte assistenziali di qualità per cronicità, disabilità e fragilità in senso lato.

Nei contesti regionali¹⁷³ dove il servizio è già stato avviato la sede prescelta per l'ubicazione è stata quella distrettuale per consentirne la massima visibilità ed agevolare il cittadino a ricorrere ad esso per avere risposte di tipo informativo/assistenziale. Pur nelle differenze locali il PUA opera in stretta connessione con i servizi ospedalieri e quelli sociali ed al suo interno prevede figure professionali quali il medico, l'assistente sociale, il personale infermieristico ed unità amministrative; gli orari di accesso al pubblico si estendono su almeno sei ore al giorno per sei giorni settimanali. I livelli sui quali interviene fanno parte delle leve del cambiamento verso un modello assistenziale "orientato alla comunità" e più precisamente:

1. a livello organizzativo il PUA funge da primo nodo della rete territoriale in grado di selezionare il livello di complessità della risposta da dare e, quindi, di attivare tempestivamente il percorso assistenziale più appropriato;
2. a livello professionale la presa in carico della persona prevede la valutazione multidimensionale del bisogno da parte dell'équipe interprofessionale del PUA a cui fa seguito la formulazione del piano assistenziale individuale e la sua esecuzione nei tempi stabiliti;

¹⁷² In Punto unico di accesso rappresenta l'intersezione tra il sociale ed il sanitario forniti entrambi di specifici ingressi quali: la "Porta sociale" per i servizi sociali e lo "Sportello sanitario" per le prestazioni sanitarie. Al riguardo si rimanda agli atti del Convegno "La porta sociale, lo sportello sanitario, il punto unico di accesso" svoltosi ad Ancona il 19-20 giugno 2008 [I quaderni di Monitor n. 18/2008, anno XXXVIII].

¹⁷³ Abruzzo, Calabria, Emilia Romagna, Lazio, Liguria, Marche, Sardegna, Toscana, Umbria e Veneto; queste regioni hanno preso parte alla ricerca "Continuità assistenziale. Uniformità dei diritti del cittadino nel punto unico di accesso dei servizi sanitari e socio-sanitari: sperimentazione di modelli organizzativi per la presa in carico delle persone fragili e la continuità assistenziale" svolta nel corso del 2006 - 2007 dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali.

3. a livello valutativo il PUA garantisce l'integrazione della presa in carico del paziente e dell'unitarietà del suo percorso assistenziale con un monitoraggio permanente delle varie fasi del piano degli interventi personalizzato all'interno della rete dei servizi sociosanitari.

Nonostante il grande apporto che un simile servizio può dare per una medicina del territorio *centrata sul paziente* non è affatto pensabile che possa da solo bastare allo scopo.

Altrettanto indispensabile è la realizzazione di un'assistenza continua per le 24 ore e sette giorni su sette così da disincentivare l'uso inappropriato del pronto soccorso; per fare questo però è necessario inserire i medici di continuità assistenziale (guardia medica) e di emergenza territoriale (118) nelle attività di assistenza primaria ponendo termine all'odierna frammentazione e precarietà degli interventi sul territorio.

Similmente, si dovrebbe promuovere l'associazionismo dei medici di medicina generale, potenziare il lavoro sul territorio della specialistica ambulatoriale, rilanciare le *Unità Territoriali di Assistenza Primaria* (UTAP) - rimaste prevalentemente sulla carta - o aggregazioni più avanzate tipo le *Case della salute*.

Le strategie per muovere verso un modello di sanità distrettuale "*community oriented*" sono davvero ampie, il problema - semmai - è quello di fare in modo che non restino prerogativa di qualche spontanea sperimentazione locale, come si esaminerà nel successivo paragrafo, ma che diventino *buone prassi* per l'individuazione di un modello definito ed unitario per l'intero contesto nazionale pur a fronte della legittima specificità dei sistemi sanitari regionali.

4.4 - L'innovazione ricercata: un confronto fra esperienze regionali

Di seguito verranno esposte alcune esperienze locali, scelte tra le più significative, che per le loro peculiarità sono considerate - nell'ambito delle cure primarie - *innovative* nei contenuti, nei modelli di riferimento e nei risultati di salute ottenuti. È logico attendersi che dal raffronto delle realtà selezionate emergano vari elementi di differenziazione, ma numerosi sono anche gli elementi comuni in considerazione del medesimo terreno di problemi da cui traggono origine. Su tali temi, il progetto di ricerca: "*Stato di attuazione dei modelli innovativi di assistenza primaria nelle Regioni italiane*" - svolto nel biennio 2007-2008 e finanziato dal Ministero del lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali - ha rilevato che le

similitudini riguardano *in primis* i fattori costitutivi lo scenario futuro dell'assistenza primaria e, quindi:

- la persona, la famiglia e la comunità sono poste al centro del sistema;
- il distretto è l'elemento cardine per garantire la continuità dell'assistenza;
- il territorio deve assicurare la presa in carico delle patologie croniche, mentre all'ospedale spetta il compito di fornire una risposta puntuale e qualificata per gli episodi di acuzie;
- il medico di famiglia, operante in forme associative o équipe territoriali, è il principale referente e corresponsabile del percorso di cura e presa in carico del paziente.

Altri punti di analogia sono dati dall'importanza attribuita agli interventi proattivi, di ricerca dei soggetti a rischio e di maggiore accesso a programmi di comprovata efficacia; a ciò si associa il potenziamento del ruolo della medicina generale all'interno della *primary care* attraverso la rimodulazione dell'offerta sia nei tempi (prolungamento dell'orario di apertura degli ambulatori) sia nelle modalità di accesso (diffusione della medicina associativa).

Eguale, sul fronte del trattamento dei pazienti cronici, spesso pluripatologici, e dei soggetti non autosufficienti si riscontrano forti somiglianze in merito agli obiettivi da raggiungere, come il miglioramento del percorso di cura, la garanzia della presa in carico, l'integrazione dei percorsi assistenziali sanitari con quelli sociali, lo sviluppo di modelli di valutazione multidimensionale, la messa in atto delle dimissioni protette, l'ampliamento della domiciliarità ed altro ancora. Non ci sono differenze sostanziali neppure per le forme organizzative attuate dalle regioni prescelte, le quali tendono a collocarsi lungo l'asse dell'integrazione gestionale e professionale, ricercata tramite la condivisione di Linee guida, percorsi diagnostico-terapeutici e momenti di *audit*¹⁷⁴.

Si hanno invece dissomiglianze sotto il profilo operativo, perché le peculiarità locali (es. risorse a disposizione, modalità lavorative, ecc.) costituiscono inevitabilmente

¹⁷⁴ Nel contesto di valutazione della qualità erogata l'*audit* rappresenta uno degli strumenti di misurazione con un vasto raggio di applicabilità. Nei servizi sanitari di molti Paesi, soprattutto di lingua anglosassone, il termine viene utilizzato accanto ad attributi come "clinical" o "medical" o "organizational", per indicare specifici approcci alla valutazione della qualità dell'assistenza da parte professionale (*peer review*). In Italia l'*audit clinico* è diventato un tema di forte interesse a seguito dell'ingresso della *clinical governance* nella politica sanitaria nazionale (e regionale). Il governo clinico viene posto al centro dell'organizzazione sanitaria e consiste nell'esercizio della responsabilità del miglioramento continuo dei servizi erogati e nella salvaguardia di alti standard assistenziali da parte dei professionisti e dell'organizzazione. Per diffonderne l'utilizzo tra gli operatori sanitari sono stati redatti vari documenti tra cui quello del Ministero della Salute (maggio 2011) www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1552_allegato.pdf e di regioni come l'Emilia Romagna (settembre 2000), che con il PSR 1999-2001 ha avviato il percorso verso l'autovalutazione e l'accreditamento. www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/aree/accred/accreditamento/sussidi/sussidio6.pdf

elementi di non tipizzazione. In tal senso, le esperienze regionali che si illustreranno non possono essere intese come modelli di cura/assistenza “ideali” e replicabili in toto, mentre offrono interessanti elementi di riflessione per definire la bussola di orientamento delle azioni di miglioramento della sanità distrettuale.

4.4.1. - L'assistenza primaria in Emilia Romagna

Con la legge n. 29 del 2004 la Regione emiliano-romagnola avvia il processo di riorganizzazione del proprio assetto sanitario puntando sull'assistenza territoriale, sul consolidamento del ruolo di committenza ed integrazione del distretto sociosanitario e sull'importanza della *primary care* e, più specificatamente, della medicina generale. Il percorso intrapreso non aspira semplicemente ad introdurre innovazioni biomediche e tecnologiche, ma piuttosto organizzative e professionali che maggiormente possono rispondere alle richieste dei bisogni in evoluzione dei singoli e della comunità.

Il Piano regionale sociale e sanitario 2008-2010 conferma tale linea di rinnovamento e rilancia il distretto quale garante dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in un determinato territorio, nell'intento di “*conferire alla programmazione, monitoraggio e valutazione dell'assistenza quel carattere personalizzato e locale che è costitutivo della qualità dei servizi resi, al pari della qualità tecnica e dell'appropriatezza organizzativa e clinica*” [Di Ruscio et al. 2008:39]. Il distretto deve diventare il “reale” punto di riferimento per la programmazione ed erogazione dell'assistenza primaria con l'obiettivo di pervenire ad un sistema integrato di servizi sanitari, socio-sanitari e sociali. Quale fulcro del governo territoriale spetta ad esso la funzione di committenza mentre quella gestionale viene affidata al Dipartimento di cure primarie¹⁷⁵ che, in tal modo, viene investito di responsabilità sia in termini di realizzazione del piano di produzione che dell'adeguatezza generale del quadro assistenziale delineato.

Perché la gestione delle cure primarie si concretizzi nell'esercizio di percorsi di salute piuttosto che rimanere a livello di “buoni propositi”, prende corpo il *Nucleo delle cure primarie* (Ncp), unità organizzativa di base del Dipartimento di *primary care* fondata sull'azione congiunta dei medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, infermieri

¹⁷⁵ La fisionomia del Dipartimento di cure primarie (DCP) viene delineata dalla DGR n. 309/2000 in attuazione del PSR 1999-2001 dove si legge che “il Dipartimento di cure primarie rappresenta la forma organizzativa della funzione di produzione dei servizi presenti a livello distrettuale, con il mandato specifico di organizzare e gestire il processo di produzione e garantire lo standard di prodotto dei servizi di assistenza primaria”. Il DCP viene così istituito in tutti i distretti della regione E.R. aggiungendosi al resto dei dipartimenti territoriali che sono quello di salute mentale e dipendenze patologiche e quello di sanità pubblica. Nel 2007 la giunta regionale approva la direttiva n. 2011 con la quale si dà seguito al completamento del disegno di riordino del 2004, dando indicazioni specifiche per definire le relazioni tra i distretti e i dipartimenti. Si veda al riguardo:

www.saluter.it/documentazione/leggi/regionali/delibere/programmazione-provvedimenti-regionali-del-2007/dgr-2011-2007

ed ostetriche, integrati con gli specialisti territoriali e gli operatori sociali e socio-assistenziali. I Ncp agiscono in aree territoriali omogenee, con caratteristiche geomorfologiche analoghe ed un bacino di utenza di circa 15-30.000 abitanti; questi rappresentano la sede privilegiata per l'attuazione dell'integrazione professionale ed operativa delle varie figure e per il perseguimento degli obiettivi di continuità assistenziale. Per la loro costituzione la regione Emilia Romagna ha utilizzato lo strumento dell'associazionismo dei medici di medicina generale già abbastanza diffuso all'inizio degli anni 2000.

I Nuclei di cure primarie si configurano come moduli organizzativi integrati della rete clinica distrettuale, che erogano alla popolazione di riferimento l'assistenza medica e pediatrica presso studi medici singoli o associati. I medici aderenti al medesimo nucleo condividono obiettivi, finalità, modalità operative, indispensabili per l'espletamento dei compiti e delle funzioni loro attribuite, come previsto dall'art.15 del DPR 270/00, anche se tra loro non legati da una delle forme associative previste dalla convenzione. Obiettivi specifici dell'assistenza primaria sono: la cura delle malattie croniche, in particolare quelle ad alta prevalenza, la tutela di salute di alcune popolazioni target, l'assistenza globale nei confronti dei soggetti deboli quali anziani, persone con handicap. Per realizzare l'assistenza primaria è necessaria la piena integrazione della medicina generale nelle attività distrettuali [DGR n. 3085/2001].

Il tema della medicina generale rappresenta un fattore di notevole importanza per il riassetto del modello distrettuale intrapreso dalla regione, che attribuisce al MMG il ruolo principe all'interno dei Nuclei di cure primarie sia perché responsabile dell'erogazione delle prestazioni sia perché gli viene data la possibilità di prendere parte alle decisioni strategiche dell'azienda sanitaria. Gli accordi attuativi con i medici di famiglia (di cui l'ultimo nel 2006) danno un forte impulso allo sviluppo capillare dei Ncp, il cui numero attuale è di 215 nuclei distribuiti nei complessivi 38 distretti delle 11 aziende regionali¹⁷⁶. Ogni nucleo ha una propria sede ed è costituito in media da 15 medici di famiglia con una popolazione di assistiti che sia aggira attorno alle 18.000 unità; la responsabilità del nucleo è affidata ad un coordinatore, scelto tra i medici (pediatri o MMG)¹⁷⁷ che ne fanno parte, il cui compito è quello di fungere da punto di riferimento per gli operatori del nucleo e da interfaccia con il Dipartimento di cure primarie. Inoltre, in riferimento all'accordo regionale del 2006, i medici generici che hanno aderito al Ncp devono - oltre a partecipare all'individuazione di obiettivi, finalità e modalità operative condivise - collaborare fra loro e con la Direzione aziendale per migliorare sia la qualità dei servizi offerti che la loro

¹⁷⁶ Dati aggiornati al 31 Dicembre 2010. Fonte di riferimento: "Saluter" il Portale del Servizio sanitario regionale Emilia Romagna; www.saluter.it/ssr/aree/cure-primarie

¹⁷⁷ Secondo le stime regionali attualmente il 98% dei medici di medicina generale aderisce ai nuclei di cure primarie mentre la percentuale per i pediatri di libera scelta è del 95%.

appropriatezza attraverso l'uso abituale di strumenti informatici ed amministrativi con le modalità proprie del *governo clinico*¹⁷⁸ [Maio et al. 2011]. In tale ottica e nella consapevolezza che la collaborazione tra MMG e distretto sanitario è un pre-requisito basilare per il miglioramento dell'assistenza primaria, la regione Emilia Romagna ha avviato nel 2007 un progetto¹⁷⁹ finalizzato a fornire uno strumento a sostegno dell'attività dei medici di famiglia quale il "Profilo di nucleo"¹⁸⁰.

Difatti, per poter condividere le informazioni cliniche dei pazienti e promuovere strategie condivise per l'innalzamento della qualità dell'assistenza offerta occorre disporre di uno strumento analitico che consentisse lo scambio ed il raffronto della prassi medica dei vari nuclei, così da poter valutare i punti di debolezza sui quali intervenire. Allo scopo è stato appunto elaborato il "Profilo di nucleo" che, a partire dal 2009, è stato adottato da tutti i nuclei di cure primarie regionali; tale strumento permette di valutare e paragonare per ogni nucleo e tra nuclei le pratiche assistenziali adottate in riferimento a precise aree di interesse - prevalentemente riferibili alle attività dei MMG - per le quali sono stati formulati degli indicatori *evidence-based* di riferimento. Ogni nucleo produce, dunque, le informazioni richieste ai fini del proprio profilo che poi la Regione raccoglie ed elabora annualmente così da consentire al nucleo stesso di identificare i settori di maggior criticità assistenziale e di progettare interventi di miglioramento.

Il Profilo dei nuclei contiene dati epidemiologici dei pazienti, inclusi valori di morbilità; dati di utilizzo delle risorse, inclusa l'assistenza ospedaliera, farmaceutica e

¹⁷⁸ Traduzione italiana di "*Clinical governance*", una modalità di gestione dei servizi sanitari promossa dal documento inglese "*A first class service: Quality in the new national health service*" (Londra, Department of Health, 1998) al fine di svolgere attività sistematiche di valutazione e di miglioramento della qualità professionale. Per *governo clinico*, quindi, si intende un processo che a partire da competenze professionali definite (chi fa che cosa) si prefigge lo scopo di raggiungere obiettivi di salute in modo efficace ed appropriato. La *clinical governance* rappresenta l'impegno delle organizzazioni sanitarie nel creare e nel rendere conto (*accountability*) di un sistema centrato sui bisogni del paziente, dove la sicurezza e la qualità delle cure e dei servizi forniti raggiungano i livelli ottimali rispetto alle risorse disponibili.

¹⁷⁹ Il progetto è stato sviluppato in collaborazione con la Thomas Jefferson University di Philadelphia (Pennsylvania USA) ed ha inizialmente coinvolto, per la fase di sperimentazione dello strumento, i Ncp dell'Aziende sanitarie di Parma e Reggio Emilia. Per approfondire l'argomento e per avere un esempio di "profilo" si rinvia al sito web regionale:

www.regione.emilia-romagna.it/prim/documentazione.htm

¹⁸⁰ Tale strumento non va confuso con quello dei Piani per la salute (PPS), introdotti dall'Emilia Romagna con il PSR 1999-2001. Quest'ultimi, infatti, di durata triennale, consistono nella programmazione di precisi obiettivi di salute in uno specifico ambito territoriale, in riferimento a quelle che sono le locali condizioni demografiche, epidemiologiche, socioeconomiche come pure alle risorse di cui quel contesto dispone al proprio interno (Profilo di comunità). I PPS sono un processo di pianificazione multisettoriale ed interdisciplinare, i cui principi ispiratori traggono origine dalla Carta di Ottawa (1998) sulla promozione della salute e, in tal senso, sono rivolti alla realizzazione di una nuova sanità pubblica fondata sul riconoscimento che migliori condizioni di salute non corrispondono solamente ad interventi di carattere sanitario, ma necessitano di un sistema integrato di interventi e servizi. I piani per la salute sono guidati dagli Enti Locali con il supporto tecnico e le competenze epidemiologiche della Ausl e coinvolge le organizzazioni di terzo settore, volontariato nonché gruppi di popolazioni e singoli individui. Come è stato ben sintetizzato i PPS costituiscono il *patto locale* di "solidarietà per la salute" (PSN 1998-2000).

specialistica; dati su indicatori di qualità per patologie croniche (area cardiovascolare, diabete ed asma); dati sull'appropriatezza prescrittiva dei farmaci negli anziani, incluse informazioni sulla politerapia, interazione fra farmaci e inapproprietezza prescrittiva. Il Profilo viene generato su base annuale e distribuito ai Ncp della regione attraverso un processo di interpretazione ed analisi dei dati mediato dalla presenza di facilitatori, professionisti delle rispettive AUSL ad hoc formati. Ogni nucleo è poi chiamato a realizzare un'attività di quality improvement sulla base delle aree di criticità emerse dal Profilo. [...] Il profilo permette ai MMG dei nuclei la condivisione di un linguaggio comune, la promozione dell'interazione sociale tra professionisti e lo stimolo al dialogo inter pares; offre l'opportunità di iniziare ad organizzare e sviluppare all'interno dei nuclei processi di governo clinico e di monitoraggio interno per il miglioramento dell'assistenza al paziente [Maio et al. 2011:120].

Senza dubbio i nuclei di cure primarie rappresentano uno dei fattori caratterizzanti il corso di rinnovamento dei servizi territoriali avviato in Emilia Romagna, regione dove la volontà di dare concretezza ad un sistema integrato di professionalità [DGR 2011/2007] ha operato nella direzione di cambiamenti organizzativi¹⁸¹ e culturali volti al perseguimento di risultati di salute prodotti da gruppi di professionisti anziché da singoli. In tale ottica, lo strumento del profilo rafforza e facilita il lavoro in équipe, consentendo ai medici e agli operatori sanitari dei vari nuclei di conoscere i problemi ed i bisogni di salute emergenti nel proprio territorio e, pertanto, di elaborare strategie di superamento delle criticità esistenti.

Sempre in riferimento al ruolo dei Ncp un altro aspetto qualificante il suo operato è il *servizio infermieristico di nucleo*, particolarmente coinvolto nella gestione dell'assistenza domiciliare e nella valutazione e monitoraggio delle patologie croniche. A seguito della valorizzazione - all'interno delle cure primarie - delle professioni sanitarie assistenziali, che il Piano sociosanitario 2008-2010 ha posto tra gli obiettivi strategici, sono state sviluppate pregevoli esperienze innovative di assistenza infermieristica in diverse realtà aziendali.

In particolare l'Azienda USL di Imola si è indirizzata verso lo sviluppo dell'area di accesso alle cure domiciliari e della presa in carico, affidandone la responsabilità alla figura dell'infermiere a cui spetta il compito di lettura dei bisogni, indirizzo ai servizi sociosanitari più appropriati, tempestività delle risposte e "punto di riferimento"- per tutta la durata dell'assistenza - per il paziente, la sua famiglia e gli operatori sia della rete territoriale che dell'ospedale. Similmente, le aziende sanitarie di Modena e Reggio Emilia¹⁸² hanno affidato all'infermiere, per la gestione dei casi ad alta complessità

¹⁸¹ L'accordo regionale con i medici di medicina generale (DGR n. 1398/2006) ha sancito il passaggio da nuclei di cure primarie *funzionali*, dove i medici continuavano ad erogare prestazioni all'interno dei propri ambulatori, a Ncp *strutturali* con un'unica sede di riferimento per l'offerta delle prestazioni sanitarie.

¹⁸² Si veda l'intervento della dott.ssa M.L. De Luca dal titolo: "Modello di erogazione diffusa delle cure palliative/fine vita con supporto di esperti", in Atti del Convegno Nazionale: "Percorsi di innovazione nelle

assistenziale, le funzioni di *case manager* per garantire - all'interno del programma delle rete delle cure palliative - il raccordo tra diversi professionisti e, quindi, una reale continuità assistenziale.

Vari studi dimostrano che, per i pazienti con alta complessità assistenziale, con elevato rischio di perdita dell'autosufficienza, di ricoveri ripetuti e di istituzionalizzazione, il case management può promuovere una migliore qualità delle cure e quindi un miglioramento della qualità della vita, attraverso il coordinamento degli interventi, l'integrazione dei diversi apporti professionali e la garanzia della continuità assistenziale in tutte le fasi del progetto di cura. L'infermiere, per le sue caratteristiche generali e specifiche, può essere, assieme al medico di medicina generale, il più idoneo ad esercitare il ruolo di case manager a favore degli assistiti per i quali è fondamentale una visione assistenziale olistica e globale [Silvestro 2009:363].

Anche nel contesto sanitario di Parma l'obiettivo di attivare percorsi che migliorino la presa in carico globale del paziente ha portato allo sviluppo di un programma di assistenza sanitaria per soggetti portatori di stomie¹⁸³, dove l'infermiere ha il ruolo determinante di *case manager* già al momento del ricovero in ospedale. A sua volta, l'Azienda sanitaria di Bologna, in sintonia con le indicazioni fornite dall'OMS¹⁸⁴, ha attivato la figura dell'infermiere "di famiglia", il cui ruolo è quello di aiutare il paziente e la sua rete familiare ad adattarsi alla malattia e/o alla disabilità cronica, trascorrendo parte del suo tempo a domicilio del paziente stesso. Nonostante in Italia l'infermiere di famiglia sia una realtà ancora poco conosciuta rispetto ad altri paesi europei va detto che essa può rappresentare una leva vitale per il riassetto delle cure primarie e per la creazione di un sistema integrato di cura ed assistenza.

L'infermiere di famiglia, infatti, non opera semplicemente all'interno del contesto domestico/parentale, ma estende le sue funzioni al livello di "comunità" dove riveste un ruolo significativo in termini di attivatore della rete dei servizi necessari per il sostegno al paziente e ai suoi familiari come pure di mobilitatore delle risorse presenti sul territorio

cure primarie", Parma 21-22 Ottobre 2011. www.saluter.it/documentazione/convegni-e-seminari/percorsi-di-innovazione-nelle-cure-primarie-parma-21-22-ottobre-2011/07_deluca.pdf

¹⁸³ Per un approfondimento del tema si rimanda al sito dell'azienda sanitaria di Parma, dove è possibile scaricare gli atti del seminario sul "Programma Regionale di assistenza sanitaria a favore dei soggetti portatori di stomie e incontinenti gravi" del 21 marzo 2007.

www.ausl.pr.it/page.asp?IDCategoria=625&IDSezione=3662&ID=111345

¹⁸⁴ La tipologia dell'infermiere di famiglia viene delineata nel 1999 all'interno del documento di politica sanitaria della Regione europea dell'OMS "Salute 21". Si tratta di un professionista che, assieme al medico di famiglia, deve essere il perno su cui incentrare l'assistenza sanitaria di base, in grado di fornire prestazioni che possano favorire il raggiungimento degli obiettivi di salute pubblica contenuti nel documento "Salute per tutti". Più specificatamente nel documento dell'OMS la specificità dell'infermiere di famiglia è contenuta negli obiettivi n. 15 (un sistema sanitario integrato) e n. 18. (sviluppare le risorse umane per la salute). Cfr documento al link:

www.cipespiemonte.it/cedo/allegati/2811-4marzo_retedellaslaute/4marzo-retesalute/docum/4-21oms.pdf

(es. gruppi di auto-mutuo aiuto), che possono contribuire all'attività di supporto a fronte dei cambiamenti connessi all'insorgenza della malattia [Mislej e Paoletti 2008].

Proseguendo nella disamina dei cambiamenti innovativi che l'Emilia Romagna ha inteso introdurre nel modello di assistenza primaria è storia contemporanea quella che riguarda la progressiva istituzione della *Casa della Salute* in tutti i contesti distrettuali come da Delibera della Giunta Regionale n. 291 del 2010. L'intendimento della Regione non è di aggiungere un ulteriore tassello alla rete dei servizi, quanto piuttosto di perfezionare il coordinamento tra operatori e strutture così che il cittadino, nel momento di necessità, abbia una sede di riferimento precisa (come già la sede ospedaliera) e un percorso di cura altrettanto definito. La realizzazione della CdS, infatti, prevede l'erogazione in *uno stesso spazio fisico* dell'insieme delle prestazioni sociosanitarie in modo da favorire, tramite la contiguità dei servizi e delle figure professionali coinvolte, l'unitarietà e l'integrazione dei livelli essenziali dell'assistenza primaria. Come si avrà modo di approfondire nella seconda parte del presente lavoro di ricerca, la Casa della Salute funge da evoluzione del Nucleo di cure primarie, in quanto struttura sanitaria e sociosanitaria deputata a:

- ✓ assicurare un punto unico di accesso (PUA);
- ✓ offrire continuità assistenziale 24 ore e 7 giorni su 7;
- ✓ garantire risposte coordinate e ben definite ai bisogni dei cittadini;
- ✓ implementare l'integrazione con l'ospedale soprattutto in caso di dimissioni protette;
- ✓ migliorare la presa in carico globale del paziente cronico;
- ✓ sviluppare programmi di promozione della salute e prevenzione sia per target specifici di popolazione che per singoli e comunità in generale;
- ✓ valorizzare e stimolare la partecipazione della cittadinanza;
- ✓ offrire formazione continua agli operatori.

Sempre in riferimento alle indicazioni regionali tale struttura è definita *presidio* del Distretto e la gestione è affidata al Dipartimento di cure primarie che coordina le attività svolte dalla CdS e le pone in relazione con quelle svolte dagli altri dipartimenti territoriali.

La Casa della Salute, pertanto, sembra avere - almeno sulla carta - tutti i requisiti basilari per attuare i principi della programmazione territoriale, in quanto unifica ed integra ciò che è disgiunto e disseminato in molteplici sedi e perché può rendere più concreta la partecipazione consapevole della comunità ai progetti di salute. Secondo dati regionali aggiornati al 2011 tutte le aziende sanitarie hanno predisposto la realizzare di

almeno una CdS per un totale di 98 strutture, molte delle quali ricavabili dalla riconversione di strutture esistenti e funzionanti e 28, invece, da costruire ex novo.

4.4.2 - Le “Società della salute” toscane

In Toscana, regione considerata “*a torto o a ragione*” sorella dell’Emilia Romagna sotto il profilo della politica sanitaria, il rinnovamento dei servizi territoriali è stato inaugurato dal Piano Sanitario Regionale 2002-2004 che ha introdotto novità rilevanti all’architettura delle cure primarie. Di queste la più nota al pubblico - non solo di esperti - è rappresentata dalla *Società della Salute* (SDS), la cui fase di sperimentazione è stata avviata nel triennio 2004-2007 a seguito della DGR del 24 settembre 2003 n. 155¹⁸⁵ costitutiva il nuovo organismo.

Lo scenario entro il quale si sviluppa il progetto attuativo le SDS è caratterizzato dal vento riformistico che all’inizio degli anni Duemila interessa il servizio sanitario nazionale e regionale. I tratti distintivi del passaggio verso una sanità più moderna ed adeguata rispetto ai nuovi bisogni di salute portano nuovamente in auge¹⁸⁶ l’interesse dei decisori politici circa il ruolo dell’integrazione socio-sanitaria e della programmazione partecipata per la tutela della salute collettiva. Con l’approvazione del PSR 2002-2004 la Toscana inizia a muovere i primi passi in tale direzione identificando, nel contesto dell’attività distrettuale, cinque priorità di intervento: innovazione, partecipazione, appropriatezza, programmazione ed efficienza.

Per quanto concerne il primo punto, l’innovazione, il consiglio regionale toscano vara una serie di provvedimenti che rivedono l’impianto dell’assistenza territoriale dal punto di vista strutturale ed organizzativo. Prima del 2002, infatti, esistevano due organi di *governo locale* dei servizi territoriali: la Zona (ambito sociale) ed i Distretto (ambito sanitario); la distinzione tra tali livelli aveva provocato nel tempo forti sovrapposizioni e confusione di ruoli [Maciocco 2002:150], così che la regione Toscana decide di rimuoverla a favore di un *solo livello di governo* comprendete sia le funzioni della zona che quelle del distretto, da cui il nome di: “zona-distretto”. I compiti a questa attribuiti vanno dalla programmazione integrata dell’offerta sociale e sanitaria al controllo delle risorse disponibili; dal governo dei presidi territoriali al coordinamento tra le attività ospedaliere,

¹⁸⁵ Dopo gli anni della sperimentale la *Società della Salute* è stata consolidata dalle leggi regionali n.40 e n.41 del 2005 e, quindi, posta a regime con la L.R. n. 60 del 2008. Per approfondimenti sul tema si rinvia al link: www.regione.toscana.it/sst/organizzazione/societa/index.html

¹⁸⁶ La legge costitutiva il servizio sanitario pubblico n. 833/78 aveva messo al centro della riforma il tema dell’integrazione socio-sanitaria che, invece, i successivi decreti 502/92 e 517/93 pongono ai margini, estromettendo *di fatto* gli amministratori comunali dal governo dei servizi sociosanitari. La sola possibilità riconosciuta agli Enti Locali, in materia di integrazione, è quella di delegare le attività sociali - con i relativi finanziamenti - alle Aziende USL.

territoriali e di prevenzione ed, infine, dalla rilevazione e valutazione della domanda sociale alla verifica del grado di soddisfacimento. Per assicurare l'intersettorialità e l'integrazione dei servizi socio-sanitari nel novembre del 2003 [DGR n. 1204] vengono, inoltre, istituite le *Unità di cure primarie* (Ucp)¹⁸⁷ per dare una risposta aggregata alla domanda del cittadino e per avviare un modello di assistenza territoriale “a rete” per la presa in carico effettiva del paziente e la continuità delle sue cure [Simonti 2005:154].

Nel perseguimento di questo obiettivo si inserisce il ruolo della medicina generale nel “governo clinico” della sanità attraverso il recepimento regionale degli accordi collettivi nazionali della categoria [DRG n. 216/2006]; al riguardo, la Toscana opera alacrememente¹⁸⁸ per la più ampia diffusione dell'associazionismo dei medici generici e dei pediatri di libera scelta al fine di accentuare la funzione di governo della domanda sia in termini di filtro per l'accesso agli altri livelli del sistema sanitario che di raggiungimento dell'appropriatezza nelle attività.

Il tema dell'appropriatezza, come detto, è una delle priorità d'azione che la Toscana ha individuato per il riassetto del proprio modello di cure primarie e i passaggi effettuati per il conseguimento dell'obiettivo hanno riguardato prevalentemente il coinvolgimento diretto di ogni protagonista del “sistema salute” nelle scelte fondamentali per il suo miglioramento. Accanto all'appropriatezza, che consiste nel ricercare il percorso terapeutico migliore per le condizioni cliniche del paziente associato all'uso attento delle risorse, la Regione ha inteso investire sulla partecipazione comunitaria (terzo settore, volontariato, ecc.)¹⁸⁹ circa le questioni relative la tutela della salute e, con tale intendimento, rilancia la cultura del sistema sanitario *integrato* con quello socio assistenziale. Più concretamente, tramite l'istituzione delle Società della Salute viene avviato un percorso di evoluzione della sanità regionale che porta al rientro in campo dei

¹⁸⁷ Gli obiettivi su cui poggia l'istituzione delle Unità di Cure Primarie sono fondamentalmente due:

- garantire ai cittadini un'effettiva continuità assistenziale nell'arco delle 24 ore;
- assicurare risposte sanitarie e sociosanitarie coordinate ed integrate a livello territoriale.

Dal punto di vista della struttura le Ucp sono costituite essenzialmente da una sede unica, dove i MMG (il cui numero oscilla da un min. di 5 ad un max. di 10) esercitano la professione in modo associato con la presenza di figure infermieristiche, specialistiche e di continuità assistenziale [Simonti e Salvadori 2008].

¹⁸⁸ In Toscana sono venute consolidandosi le forme associative “classiche” della Medicina generale (es. semplici, di rete, di gruppo) come pure forme più complesse quali le “Cooperative mediche”, di cui la prima risale al 1998. Con l'accordo regionale del 2006 le cooperative mediche toscane - aziende private con statuto giuridico autonomo - vengono riconosciute quale ulteriore modello associativo della medicina generale. La peculiarità associativa di queste cooperative mediche ha prodotto quello che viene definito “modello toscano” Vedi: Fimmg, *Conferenza Programmatica della Medicina Generale - Arezzo 2007*.

¹⁸⁹ Anche se con una prospettiva più ampia (di *welfare*) rispetto al solo contesto sanitario viene varata nel dicembre 2007 la legge regionale n. 69 sulla partecipazione all'elaborazione alle politiche regionali e locali. Vedi: www.regione.toscana.it/regione/multimedia/RT/documents/0637c1a738986139ea518d73a48f209e.pdf

Comuni nella gestione della salute collettiva con l'attribuzione di funzioni che rendono gli enti locali "co-gestori" ufficiali dei servizi socio-sanitari territoriali.

Al governo della SdS partecipano diversi attori del sistema territoriale, in primo luogo i Comuni e l'Azienda sanitaria locale: la rappresentanza comunale è composta da sindaci o loro delegati, quella aziendale dal direttore generale o da altri dirigenti delle funzioni interessate. [...] Possono essere chiamati a partecipare alle Società della Salute altri attori del sistema socio-sanitario territoriale ed in particolare il volontariato, il terzo settore e le IPAB. [...] Le SdS sono società miste¹⁹⁰, senza scopo di lucro (l'obbligo di reinvestire i risparmi in migliori servizi o aumento delle prestazioni, ndr) in cui la presenza delle aziende sanitarie garantisce l'unitarietà del sistema sanitario e la presenza dei comuni assicura la rappresentanza delle comunità locali, l'integrazione tra il settore sociale e sanitario e la condivisione di obiettivi di salute da perseguire con interventi integrati [DGR n. 155/2003].

Con la creazione della SdS e col supporto normativo della riforma costituzionale del Titolo V la Regione compie una forma di *sussidiarietà verticale*, basata sul conferimento agli amministratori locali di parte dei propri poteri in materia sanitaria: non più solo funzione di programmazione e controllo, ma anche quella di governo [Maciocco 2002]. A seguito del connubio dei due settori si crea un nuovo strumento di pianificazione locale e territoriale, il *Piano integrato di salute* (PIS), sostitutivo del Piano di zona-distretto e del Piano sociale di zona; tramite il PIS la programmazione dell'offerta sanitaria e di quella sociale vengono *di fatto* allineate in modo da modellare i servizi e le prestazioni sociosanitarie in funzione dei bisogni concreti della gente.

Nel 2008 la Toscana opera un ulteriore progresso per la sistematizzazione del sistema integrato di *primary care* con l'approvazione della legge n. 60, che stabilisce il nuovo assetto della "zona-distretto" come Società della Salute, con il risultato di far confluire in un unico ambito territoriale l'aspetto istituzionale, programmatico ed attuativo, *conditio sine qua non*, l'unitarietà del percorso e della presa in carico indivisibile dell'utente [Dei et al.2011].

Un ulteriore elemento di innovazione è ravvisabile nella distinzione introdotta tra la pianificazione territoriale e quella ospedaliera; difatti se il PIS è il motore di quella locale, la programmazione di *Area Vasta*¹⁹¹ è motore di quella ospedaliera. La nascita dell'Aria

¹⁹⁰ Le SDS, come specificato anche nel PSR 2002-2004, sono da un punto di vista giuridico consorzi pubblici. I soci di questa società consortile sono gli enti locali, le aziende sanitarie ed altri soggetti del terzo settore che operano in campo sociosanitario. Sulla base delle indicazioni regionali il consorzio è un organo dotato di personalità giuridica ed autonomia imprenditoriale.

¹⁹¹ Con il termine "*Area Vasta*" si fa riferimento ad una specifica modalità di pianificazione dello sviluppo territoriale, fondata sul superamento dei confini amministrativi "urbani" e sulla creazione di livelli programmatici intermedi (come ad esempio il livello *sovraprovinciale o sovrazionale*, ecc.). Nelle politiche sanitarie locali la programmazione di *area vasta* rappresenta lo strumento attraverso il quale più aziende sanitarie (costitutive il territorio di "area vasta") condividono processi gestionali allo scopo di evitare ridondanze nella produzione dei servizi, per migliorare l'accessibilità a prestazioni di qualità e creare un

Vasta si può far risalire alla cosiddetta “seconda fase dell’aziendalizzazione” del sistema sanitario toscano [PSR 2002-2004], che imprime una trasformazione profonda dell’assetto organizzativo delle Aziende Usl, le quali vanno a configurarsi sempre più come fornitrici di servizi alla persona, mentre le attività non direttamente connesse alla prestazione di servizi assistenziali vengono gestite ad un livello sovraziendale. Il livello prescelto per l’attività di programmazione sanitaria e di gestione delle funzioni di supporto tecnico amministrativo¹⁹² è per l’appunto quello di Area Vasta¹⁹³, considerato come livello ottimale di governo della salute. Un altro considerevole cambiamento per l’innalzamento della qualità dell’assistenza primaria è fornito dal Piano sanitario regionale del 2008-2010, che stabilisce come obiettivo strategico quello della medicina di iniziativa quale modello della sanità distrettuale.

Il motivo principe è legato alla lettura del mutato quadro epidemiologico - cronicità e non autosufficienza - che impone nuove strategie d’intervento non solo ai fini della cura ma soprattutto in termini di prevenzione. Il prototipo di riferimento è il *Chronic Care Model* che viene dapprima applicato nella forma elaborata dal prof. Wagner, caratterizzata “*da una serie di elementi che danno come risultato l’interazione efficace tra paziente reso esperto da opportuni interventi di informazione e di educazione con team assistenziali multiprofessionali*”, e successivamente applicato nella versione più evoluta di *Expanded CCM*¹⁹⁴, nella quale “*il singolo cittadino è calato nella più ampia dimensione della comunità dove gli aspetti clinici, presi in carico dal medico di famiglia, sono integrati da quelli di sanità pubblica, quali la prevenzione primaria collettiva e l’attenzione ai determinanti di salute*” [Simonti e Salvadori 2009:79].

nuovo sistema di rapporti tra ASL e aziende ospedaliere nonché Comuni. La programmazione strategica di Area Vasta è considerata tra gli strumenti più adeguati al fine di ridurre il consumo di risorse e ottimizzare l’efficienza, l’efficacia e l’appropriatezza di cura pur continuando a rispondere alla crescente domanda di bisogni sanitari attraverso la garanzia dei LEA. Diverse le Regioni che l’hanno già adottata tra cui ricordiamo l’Emilia Romagna, il Veneto, le Marche (che con L.R. n. 17/2011 sostituisce le 13 Zone Territoriali - già ASL - con n. 5 aree vaste. L’Azienda Sanitaria Unica Regionale si compone ora di cinque aree vaste e di distretti, il cui numero tuttavia è ancora in via di definizione).

¹⁹² Le funzioni di tipo gestionali che il PSR 2002-2004 affidata all’Area Vasta sono da esercitare tramite l’ausilio dei Consorzi Interaziendali assieme ai quali vanno definiti i piani infrastrutturali dell’intera rete dei presidi ospedalieri della Regione. L’obiettivo è quello di ricercare tutte le possibili sinergie operative, al fine di conseguire un’economia di scala ed evitare duplicazioni con ricadute positive per la sostenibilità del sistema sanitario regionale e per il miglioramento della salute e del benessere dei cittadini.

¹⁹³ Il Sistema Sanitario Regionale toscano è suddiviso in tre Aree Vaste: Area Fiorentina (centro-nord), Area Tirrenica (costa) ed Area Vasta Sud (centro-sud). Ciascuna di queste è costituita dall’aggregazioni di Aziende Sanitarie territorialmente contigue facenti capo ad un’Azienda Ospedaliera (centro-nord: Asl di Firenze, Empoli, Prato, Pistoia e AO di Careggi e Meyer; costa: Asl di Massa Carrara, Lucca, Viareggio, Pisa, Livorno e AO di Pisa; centro-sud: Asl di Arezzo, Siena, Grosseto e AO di Siena).

¹⁹⁴ Versione raccomandata dal Consiglio Sanitario Regionale con parere n.37/2008. Il modello del *Chronic Care Model* (e sua evoluzione) è stato ampiamente dibattuto nel secondo capitolo § 2.2.

La dimensione organizzativa in cui avviare e testare la sanità di iniziativa è stata denominata “modulo”¹⁹⁵ ed ha richiesto la condivisione e partecipazione al progetto sia del personale medico (soprattutto MMG) che di quello infermieristico. In ogni modulo, infatti, lavora un team multiprofessionale formato da più medici di famiglia, infermieri, operatori socio-sanitari e della riabilitazione; ad un MMG spetta la responsabilità clinica del team (e del paziente) mentre gli altri professionisti assumono il ruolo di *supporter* per lo svolgimento delle tipiche attività previste dai percorsi assistenziali. In particolare, l’infermiere viene ad assumere autonomia e responsabilità per funzioni specifiche attinenti alla gestione del paziente (supporto all’autocura, gestione del follow up). Inoltre:

Il team assistenziale è affiancato dalla figura del medico di comunità dell’azienda unitaria sanitaria locale di riferimento, il quale agisce in una dimensione complementare a quella clinica, presidiando quegli aspetti di sanità pubblica che caratterizzano l’expanded CCM, quali l’attenzione alle condizioni non solo sanitarie, ma anche sociali, economiche e culturali. Tale ruolo si traduce, nello specifico, nella partecipazione alla costruzione del profilo di salute della comunità di riferimento e del piano integrato di salute, nell’organizzazione dei servizi alla collettività e nella costruzione di alleanze con istituzioni e risorse di comunità. Il medico di comunità partecipa, inoltre, assieme ad altri attori, al processo di sviluppo, monitoraggio e valutazione delle attività del team [Maciocco e Dei 2011:194].

Sulla lunghezza d’onda dell’accordo siglato tra Ministero della Salute e i vari sindacali della Medicina generale¹⁹⁶, a fine 2011 la regione Toscana delinea un quadro di sviluppo delle cure primarie che, a partire dalla valorizzazione dell’esperienza dei moduli della sanità d’iniziativa, incrementa il lavoro di squadra dei team multidisciplinari/multiprofessionali attraverso nuovi modelli di raccordo funzionale come le Aggregazioni funzionali territoriali (Aft)¹⁹⁷ e le Unità complesse di cure primarie (Uccp). Le aggregazioni svolgono funzioni di coordinamento, non di erogazione, delle attività dei MMG (il cui numero non deve essere inferiore ai 15/20) con una popolazione di assistiti non superiore a 30.000 abitanti; fissano il lavoro in équipe come scelta *non più eventuale* - pur continuando a lavorare internamente al proprio studio - e perseguono gli obiettivi di salute definiti dalla programmazione regionale e aziendale [Bellentani 2009]:

- garantendo l’equità all’accesso ai servizi per mezzo dei percorsi assistenziali;

¹⁹⁵ Secondo dati regionali relativi al 2010 in tutte le Asl della Toscana risultano costituiti 60 moduli, comprensivi di 663 medici di medicina generale, i quali avevano identificato - tra i circa 800 mila assistiti - i pazienti affetti da patologie croniche da arruolare nel percorso assistenziale del Expanded CCM e da affidare agli infermieri per inserirli nel follow up e negli incontri di supporto all’autocura.

Cfr: www.salute.toscana.it

¹⁹⁶ In merito si veda: www.fimmgpa.it/index.php?option=com_k2&view=item&id=499:nuove-cure-primarie

¹⁹⁷ Al riguardo si pone in evidenza i risultati relativi ad una ricerca nazionale svolta dall’organizzazione sindacale della Fimmg (MMG) sullo stato di attuazione delle Aggregazioni funzionali territoriali in Italia. Cfr: www.fimmg.org/index.php?action=index&p=341

- dando diffusione ed applicazione delle buone pratiche cliniche;
- ricercando l'appropriatezza clinica mediante procedure di "peer review";
- adottando modelli di comportamento nella prevenzione, diagnosi e cura secondo principi di efficienza ed efficacia;
- avvalendosi del Distretto come erogatore di servizi;
- partecipando a programmi di aggiornamento e formazione.

Se le Aggregazioni funzionali territoriali sono volte all'integrazione delle *attività* dei medici di famiglia con un organizzazione "a rete", differente è il caso delle Unità complesse di cure primarie che collocano ed integrano il lavoro non solo dei Medici di MG, ma anche dei pediatri di libera scelta, dei medici di continuità assistenziale, di specialisti convenzionati e di altri operatori all'interno di *medesime strutture associative*, individuate come articolazioni distrettuali. Le Uccp devono garantire i livelli essenziali di assistenza, la presa in carico globale e continuativa dell'utente, l'integrazione tra l'ambito sanitario e quello sociale, il passaggio al paradigma della medicina proattiva, l'assistenza per l'intera settimana h.24 nonché il potenziamento dell'informatizzazione degli studi medici. La sperimentazione delle Uccp in Toscana è ancora alla sua fase iniziale e, quindi, gli elementi per poter cogliere le ricadute effettive sull'assetto delle cure primarie sono scarsi. Di certo, un interrogativo che si pone è se può crearsi - qualora mantenuti distinti - una sorta di sovrapposizione tra le funzioni di tale organismo e quelle della *Casa della Salute*¹⁹⁸, che proprio in questa regione conosce la sua archetipa applicazione¹⁹⁹ e che oggi è stata posta tra i punti all'ordine del giorno della sanità distrettuale (Piano socio-sanitario regionale 2012-2015), per il cui riordino la Toscana ha davvero aperto un "enorme laboratorio" di ricerca.

¹⁹⁸ DGR n. 139/2008 che approva i *progetti pilota* per la sperimentazione del modello assistenziale "Casa della Salute" di: Quarrata (Azienda USL 3 di Pistoia), Empoli (Azienda USL 11 di Empoli), Castiglion Fiorentino (Azienda USL 8 di Arezzo) e che prevede l'assegnazione agli stessi della quota di cofinanziamento regionale; DGR n. 442/2009 di approvazione dei progetti per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del Piano Sanitario Nazionale 2006/2008, con vengono stanziati fondi per l'*implementazione* del modello assistenziale "Casa della salute" (linea progettuale n. 1 Cure primarie); DGR n. 625/2010 con cui si precisa il carattere di questa struttura. Attualmente, in tutta la regione, risultano essere state attivate n.11 CdS ed altre n.14 sono in fase di attuazione [Salvadori et al. 2011].

¹⁹⁹ La prima *Casa della salute* è quella di Castiglion Fiorentino, in provincia di Arezzo, istituita nel 2003. Il progetto nasce su ispirazione del Comune, che a fronte della dismissione del nosocomio locale propone all'Azienda sanitaria n.8 di Arezzo ed alla Regione la riconversione dello stesso in una struttura a disposizione della comunità. La *Casa della salute* di Castiglion Fiorentino, infatti, è vista primariamente come uno strumento per la partecipazione diretta dei cittadini e delle loro associazioni agli obiettivi di salute e, quindi, anche come sede ed occasione di valorizzazione ed integrazione dei servizi sanitari e sociali e le diverse professionalità interessate. È il primo esperimento di condivisione di uno spazio comune da parte dei medici generici e, in tal senso, anticipa l'idea delle Unità di cure primarie poi recepita nella convenzione nazionale [Benigni 2006].

4.4.3 - Il modello di cure primarie della Lombardia

L'area della sanità rappresenta il primo e più noto campo di applicazione del modello di *welfare* lombardo i cui pilastri costitutivi - quali la sussidiarietà, la libertà di scelta dei cittadini e la distinzione tra enti acquirenti ed erogatori - vengono formulati per la riforma sanitaria del 1997 varata con la legge regionale n. 31 “*Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali*”. Il disegno organizzativo introdotto dalla legge di riforma prevede il superamento del tradizionale²⁰⁰ protagonismo dei soggetti pubblici sia sul lato della raccolta delle risorse e della pianificazione del sistema sia sul lato della produzione delle prestazioni. In tale prospettiva la nuova ipotesi di sistema sanitario regionale viene edificata sulla suddivisione dei compiti tra i vari attori istituzionali e, in particolare, si attribuisce all'ente regionale il compito del prelievo tributario ed assicurativo mentre all'azienda sanitaria²⁰¹ quello di programmazione del sistema e di committenza dei produttori. Sotto il profilo dell'offerta il ventaglio degli erogatori viene allargato al settore privato (*non-profit* ma anche *for profit*) tramite lo strumento dell'accreditamento pubblico, con il quale la regione intende curare l'accesso di nuovi partner nel servizio sanitario locale, il volume delle prestazioni e l'adeguatezza dei servizi. La decisione del governo lombardo di inserire nella propria sanità il “quasi mercato”²⁰² va posta in relazione alla libertà di scelta dei singoli e delle famiglie, designata a punto focale non solo del modello organizzativo di tutela della salute, ma dell'intero processo di revisione del *welfare* locale [Gori 2011].

[L'azione della Giunta] si fonda su una rivoluzione copernicana frutto di una precisa cultura, che mette al centro del sistema non più l'amministrazione pubblica, ma il cittadino e la sua libertà intesa come possibilità di scegliere, come capacità di

²⁰⁰ In riferimento all'impianto della legge costitutiva il Sistema Sanitario Nazionale del 1978.

²⁰¹ La regione Lombardia con la legge di riordino del SSR n. 31/97 ha adottato il modello dell'Asl “*terzo pagatore*”, secondo la distinzione proposta da France (1998), fondata sulla piena separazione delle funzioni di finanziamento da quelle di acquisto attraverso lo scorporo di tutti i presidi ospedalieri dalle aziende sanitarie. La concorrenza tra erogatori per accrescere le proprie quote di mercato consente al paziente di esercitare la libertà di scelta tramite la funzione di acquisto (buono e voucher). Gli altri modelli individuati da France sono: l'Asl *sponsor* e l'Asl *programmatore*; il primo modello, adottato da regioni come l'Emilia Romagna, il Veneto ed il Piemonte, aumenta il grado di regolamentazione della concorrenza in quanto le aziende sanitarie agiscono per i propri utenti e selezionano sul mercato le strutture ospedaliere, pubbliche o private, che offrono il miglior binomio qualità-prezzo. La libertà di scelta dei pazienti è limitata ai fornitori già preventivamente scelti. Nel modello *programmatore*, infine, le Asl ricorrono prioritariamente ai propri presidi, limitando il ruolo dei privati alla sola integrazione dell'offerta pubblica.

²⁰² Con il termine “quasi mercato” (o concorrenza amministrata) si indica l'organizzazione di un settore produttivo sottoposta alla regolamentazione pubblica per ovviare ai fallimenti del mercato e, allo stesso tempo, per minimizzare le inefficienze dello Stato. Nei sistemi sanitari nazionali l'applicazione dei quasi mercati prevede il passaggio da modelli organizzativi verticalmente integrati, centralizzati sia sul versante della domanda che dell'offerta di prestazioni, a modelli di tipo contrattuale basati sulla separazione tra soggetti acquirenti ed erogatori e su meccanismi di concorrenza tra i produttori. L'obiettivo è quello di incentivare la competitività per promuovere l'efficienza nella produzione dei servizi, mantenendo comunque i principi solidaristici propri di un sistema pubblico [Ugolini 2004].

aggregazione, come creatività nel costruire la risposta ai propri bisogni e come espressione della propria identità [Giunta regionale 2000:4].

Al cittadino viene riconosciuto il duplice ruolo di “utente” e “produttore” di *benessere* e con esso si aprono opzioni di libera scelta differenziate. Nel primo caso, infatti, l’utente può decidere sia *da chi* ricevere assistenza rispetto a tutti i soggetti erogatori accreditati che competono nel “quasi mercato”, sia *che cosa* ricevere - cioè - la tipologia delle prestazioni alla persona (es. assistenza domiciliare o residenziale; prestazioni monetarie o servizi)²⁰⁵. Nel ruolo di “produttore” la libertà sottesa è, invece, legata all’azione, alla possibilità e capacità del singolo - o di qualunque altra aggregazione della società - di attivarsi costruttivamente per dare risposte ai propri bisogni [Vittadini 2002; Dotti e Fazzone 2003].

In tale visione la funzione dell’ente pubblico diventa quella di facilitare e disciplinare le iniziative che i soggetti sociali promuovono autonomamente per soddisfare le necessità collettive mentre i cittadini diventano soggetti pienamente responsabili e protagonisti della vita pubblica [Abelli 2005]. Tra i principi ispiratori del *welfare* lombardo, difatti, c’è il principio di sussidiarietà che in Italia, a partire dagli anni 2000, modifica il quadro delle politiche sociosanitarie a favore di un assetto non più esclusivamente pubblico (*welfare state*), ma plurale (*welfare mix*) e partecipato (*welfare community*). La sussidiarietà che la Regione Lombardia pone tra i suoi obiettivi è, in primis, quella di tipo *orizzontale*, la cui attuazione porta al riconoscimento della piena titolarità di ogni soggetto della società civile nel definire i propri traguardi di benessere e di farsene artefice in maniera responsabile [Violini 2004; Brugnoli e Vittadini 2008].

Altrettanto forte, comunque, è la spinta devolutiva della Regione che con vari atti programmatici (vedi Piano sociosanitario 2002-2004) ribadisce la propria autonomia dallo Stato centrale nella scelta dei percorsi da sperimentare in materia sanitaria e sociale. Il richiamo alla legge di riforma dei servizi sociali n. 328 varata nel 2000 nonché all’introduzione del federalismo fiscale (D. Lgs 56/2000) come pure alla modifica del

²⁰⁵ A partire dal 2002 la regione Lombardia ha spostato l’asse delle politiche sociali e sanitarie dai servizi ai trasferimenti economici con l’introduzione dei buoni sociali e dei voucher sociosanitari, che si basano sui capisaldi della *libertà di azione* dei soggetti impegnati nell’erogazione dei servizi e della *libertà di scelta* delle persone. I presupposti di tali libertà sono: un grande senso di fiducia sull’efficacia della concorrenza e la capacità del cittadino di scegliere consapevolmente tra i vari produttori di servizi [Vitale 2005]. Va detto, tuttavia, che in entrambi i casi - buoni e voucher - si tratta di una libertà *negativa*, in quanto il cittadino-consumatore può scegliere solo all’interno di una rosa di servizi predeterminati dai provider e, quindi, le sue preferenze, come sostiene Ranci Ortigosa (2002a), non possono che adattarsi al contesto di vincoli ed opportunità che gli sono offerti. Nei termini di Hirschman (1982) l’utente ha la possibilità di uscita (*exit*) ma non quella di protestare (*voice*): può cambiare erogatore ma non contribuire personalmente a co-definire i servizi che riceve.

Titolo V della Costituzione (2001) caratterizza le relazioni tra il livello regionale lombardo e quello statale (*sussidiarietà verticale*) in maniera spiccatamente decentrata.

Il giro di boa per la progressiva realizzazione del principio di sussidiarietà è costituito dalla legge regionale n. 23 del 1999 “*Politiche regionali per la famiglia*” che sposta l’asse di riferimento per il soddisfacimento dei bisogni sociali dai livelli istituzionali alla famiglia²⁰⁴, intesa come “società naturale fondata sul matrimonio”²⁰⁵ o su vincoli di parentela, adozioni o affinità. Il fulcro del cambiamento introdotto da questa legge è ravvisabile in due aspetti principali: il primo risiede nel fatto che l’interesse delle politiche sociali locali si sposta sull’intero nucleo familiare anziché solo sul singolo individuo (com’è invece avvenuto in gran parte della storia del welfare italiano); il secondo consiste nel rivolgersi alla famiglia in quanto tale e non perché “patologica” e portatrice di problemi. Dal canto suo la famiglia deve passare dalla logica dell’usufruire a quella del cooperare.

La regione intende andare oltre il modello assistenzialistico del welfare state e passare ad un approccio “promozionale” dove la famiglia va considerata come soggetto attivo le cui potenzialità vanno valorizzate e sostenute; si ritiene, infatti che, anche quando esistano problemi o difficoltà, al suo interno vi siano sempre risorse da promuovere. L’ente pubblico deve aiutare la famiglia a sostenere i propri membri senza intervenire nel suo ambito di vita e d’azione, nella misura in cui è in condizione di regolarsi autonomamente e di gestire in proprio i suoi compiti, secondo il principio di sussidiarietà orizzontale [Marotta 2011].

Il Piano Socio-Sanitario Regionale (PSSR) 2002-2004 porta a compimento il modello organizzativo illustrato, prevedendo una partecipazione ancora più ampia dei cittadini, degli Enti locali e dei diversi attori nel processo di decisione e di acquisto delle prestazioni sanitarie, sociali e socio-sanitarie. Come afferma Ranci Ortigosa (2002) si tratta di un Piano che ha una sua originalità nel panorama delle regioni italiane, in quanto è il primo ad essere propriamente socio-sanitario pur se, di fatto, dedica particolare attenzione alle questioni legate alla sanità. I punti salienti del PSSR riguardano la distinzione tra il ruolo della regione e quello delle aziende sanitarie locali anche in rapporto alle funzioni attribuite agli enti locali. Si ribadisce l’attività di governo e di regolatore “terzo” della regione chiamata a definire i metodi di gestione del sistema in

²⁰⁴ Tra gli obiettivi della regione Lombardia per la realizzazione del modello di welfare *sussidiario e plurale* vi è anche quello di promuovere lo sviluppo sociale e culturale del Terzo settore, potenziandone il ruolo nella produzione dei servizi e facendolo diventare un interlocutore privilegiato dei processi programmatori regionali e locali. Le ragioni che spingono a puntare sul Terzo settore sono legate alle specificità del settore in termini di ideali che animano le persone che ne fanno parte, di flessibilità di risposta alle necessità non standardizzate del singolo utente, di radicamento territoriale e, quindi, di capacità di interpretazione dei bisogni sociali e sanitari.

²⁰⁵ Recepimento degli articoli n.29 e n.30 della Costituzione.

tema di criteri di finanziamento, definizione delle risorse, negoziazione e contratti, autorizzazione ed accreditamento, qualità e sistema dei controlli²⁰⁶.

Le ASL, a loro volta, devono ampliare il loro compito di soggetti pubblici di *programmazione, acquisto e controllo* (cosiddetto modello PAC) con lo spostamento graduale all'esterno della gestione delle attività erogate in forma diretta; ad esse, quindi, viene affidata la mansione di *garante* del cittadino e di *acquirente* delle prestazioni per conto dell'utenza. La produzione dei servizi/prestazioni è assegnata ad erogatori di diritto privato e pubblico quali le aziende ospedaliere, che in Lombardia raccolgono l'intero comparto ospedaliero totalmente scorporato dalle aziende territoriali²⁰⁷. Al riguardo il PSSR 2002-2004 introduce, però, una rilevante novità e, cioè, la progressiva trasformazione della natura giuridica delle aziende ospedaliere in fondazioni di partecipazione o in società di capitali (avvio del processo di privatizzazione). Circa il settore propriamente sociale lo stesso Piano, nonostante si qualifichi come *sociosanitario*, vi entra in maniera del tutto marginale demandandolo all'autonomia programmatoria dei comuni, titolari esclusivi della rete dei servizi sociali la cui progettazione e gestione avviene per mezzo del Piano di Zona (PdZ). Il documento propone invece una programmazione integrata degli aspetti sociali più strettamente connessi con quelli sanitari e, in tal senso, stabilisce che all'interno delle Asl venga istituito il Dipartimento delle attività sociosanitarie integrate (ASSI)²⁰⁸ e la figura del direttore sociale. Il dipartimento ASSI diventa così l'anello di congiunzione tra sociale e sanitario ed il livello intermedio tra la programmazione regionale e quella locale.

Nonostante questo, le linee programmatiche del PSSR 2002-2004, confermate dai successivi²⁰⁹, promuovono l'integrazione tra i due settori sulla base di logiche organizzative settoriali, che determina per diversi anni la reale "predominanza" delle Asl rispetto agli enti locali. Difatti, in merito all'area delle prestazioni sociosanitarie il ruolo dell'azienda sanitaria risulta prevalente in materia di programmazione, regolamentazione e controllo, ma anche in rapporto alla definizione e gestione del PdZ è all'Asl che la regione delega la funzione di controllo. Osserva a proposito Ranci Ortigosa (2002:158):

²⁰⁶ Come si può leggere nel paragrafo dedicato a pag. 8 del documento (PSSR) disponibile al link: <http://www.sanita.regione.lombardia.it/Atti/pssr/pianosociosanitario.htm>

²⁰⁷ Le aziende sanitarie lombarde hanno una missione istituzionale dissimile da quella degli altri sistemi regionali: esse, infatti, sono state spogliate della componente di produzione ospedaliera, specialistica, psichiatrica e materno-infantile collocate entro le aziende ospedaliere.

²⁰⁸ Il Dipartimento ASSI raccoglie attività quali: servizi sociali delegati, famiglia, dipendenze, fragilità/disabilità, cure domiciliari e servizi per gli anziani.

²⁰⁹ Almeno piano al PSSR 2007-2009.

Sul piano istituzionale il modello lombardo appare molto centrato sulla regione, che opera direttamente o attraverso i suoi enti strumentali come le Asl, non solo per il sanitario ma anche per il sociosanitario [...]. Ci pare che tale impostazione non rispetti adeguatamente il principio di sussidiarietà verticale e che le autonomie comunali ne vengano fortemente penalizzate. In Lombardia viene così esplicitamente contraddetta la normativa nazionale, che prevede una co-programmazione di Asl e comuni dei programmi sociosanitari a livello distrettuale, i cui contenuti dovrebbero infatti essere definiti ed approvati “di intesa” tra Asl e comuni dell’ambito. Comuni ed Asl non sono quindi considerati come enti autonomi di pari dignità, chiamati a negoziare i contenuti programmatici su campi come il sociosanitario di comune competenza ed interesse.

Con il varo della legge regionale n. 3 del 2008: “*Governo della rete delle unità d’offerta sociosanitarie e sociali*” unitamente alla legge n. 33 del 2009: “*Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità*” (abrogativa della L. n. 31 del 1997), vengono introdotti elementi innovativi che iniziano ad equiparare il ruolo municipale a quello delle aziende sanitarie, ruolo che progressivamente si spiega verso una funzione di PAC come già previsto per le ASL.

In un simile orizzonte di riferimento anche l’assetto delle cure primarie e l’annesso ruolo della medicina generale vengono ripensati alla luce dei processi di trasformazione del servizio sanitario regionale e, più particolarmente, dell’evoluzione delle funzioni attribuite all’Azienda sanitaria locale. La strategia della Giunta lombarda si caratterizza lungo due direzioni [Torregiani 2003]:

1. lo sviluppo dell’associazionismo tra professionisti e la sperimentazione di nuove forme organizzative della medicina territoriale;
2. il coinvolgimento dei MMG nei processi di programmazione e controllo delle cure primarie ed il governo della domanda.

A tal fine il PSSR 2002-2004²¹⁰ promuove l’esperienza dei *Gruppi di Cure Primarie* (GCP) - intesi come “*unità elementari di offerta integrata di competenze mediche, infermieristiche, riabilitative e specialistiche di primo livello*” - allo scopo di individuare modelli innovativi di erogazione in grado di assicurare alla popolazione assistita un’assistenza primaria di provata efficacia ed adeguata qualità. I GCP vengono eletti a centro di erogazione della *Primary Care*, attraverso cui assicurare una presenza continuativa di figure mediche, infermieristiche ed amministrative, dipendenti dell’ASL oppure acquisiti attraverso una cooperativa di servizi. All’interno dei gruppi i rapporti organizzativi sono poggiati

²¹⁰ La normativa al riguardo si arricchisce dei seguenti documenti programmatici: Delibera Giunta Regionale n. 20467 del 2005: “*Sperimentazione di un modello organizzativo-gestionale per i Gruppi di Cure Primarie*”; PSSR 2007-2209 dove si stabilisce l’implementazione dell’associazionismo della Medicina Generale in forme integrate ed evolute, la realizzazione di un modello a rete attraverso lo sviluppo di sistemi informativi e telematici (cfr. piattaforma CRS-SISS); DRG 5743/2007 relativa alle linee di indirizzo per progetti di integrazione ospedale-territorio.

sull'autonomia e la responsabilità dei singoli professionisti - costituiti in massima parte da MMG - nonché sulla condivisione delle modalità di presa in carico e dei percorsi di diagnosi, cura ed assistenza. I rapporti con l'esterno, ovvero, con l'azienda sanitaria si fondano su specifici contratti che, a fronte delle prestazioni erogate dai GCP, degli obiettivi assistenziali perseguiti e delle risorse operative necessarie, prevedono lo stanziamento di un budget annuale della medicina generale con cui finanziare i *team* di cure primarie.

Lo scenario motivazionale che porta la regione Lombardia ad investire sulla medicina territoriale non presenta elementi di differenziazione rispetto a quello già esaminato per le regioni Emilia Romagna e Toscana: la crescita della complessità della domanda di salute e il contenimento della spesa sanitaria sono le leve principali delle prospettive di cambiamento delle cure primarie. La diversità introdotta nel modello lombardo riguarda piuttosto la preferenza di valorizzare le forme imprenditoriali di medicina generale più che a rafforzare l'integrazione del medico di assistenza primaria nel distretto [Longo 2002]. E difatti, tra gli aspetti qualificanti la forma organizzativa dei GCP vi è quello di fungere da erogatore accreditato "esterno" all'azienda sanitaria locale, che in tal modo ha la possibilità di garantire servizi diffusi sul territorio esternalizzandone la gestione.

Accanto al potenziamento dell'associazionismo della medicina generale un altro basilare fattore del processo evolutivo dell'assistenza primaria regionale è quello legato alla sperimentazione del cosiddetto "governo clinico" sul territorio²¹¹, soprattutto, per ciò che concerne il settore delle patologie croniche.

Il cambiamento epidemiologico, caratterizzato dalla prevalenza delle cronicità con un modello clinico assistenziale complesso, lo sviluppo dell'offerta sanitaria in termini di pluralità di soggetti e di livelli di erogazione delle prestazioni, la libera scelta da parte del cittadino del professionista e del luogo di cura in un sistema accreditato, rendono insufficiente un governo che si limiti agli aspetti strutturali della sanità, in ambito sia territoriale sia ospedaliero, e pongono la necessità di individuare modalità di gestione dei percorsi di salute e di malattia dei cittadini che si sviluppino in una logica di "governo clinico" e in un contesto di governance dei diversi soggetti erogatori. Governo clinico inteso non tanto come governo dei clinici sulla sanità, quanto come processo per riorganizzare le modalità di erogazione dei servizi e dei percorsi clinici [Auxilia et al. 2011:6].

Il modello di lavoro, che a partire dal 2005, viene adottato per la messa in atto della *clinical governance* include la definizione del percorso diagnostico-terapeutico (PDT) ad

²¹¹ L'obiettivo del *governo clinico* nell'ambito delle cure primarie è parte integrante della ristrutturazione dell'assistenza primaria prevista dal Piano Sanitario Nazionale 2006-2008. In Lombardia le sperimentazioni più significative per durata e numero di professionisti coinvolti è quella avviata, nel 2005, nelle Asl di Monza e Brianza.

opera sia dei medici di medicina generale che degli specialisti delle strutture erogatrici compreso il livello ospedaliero. Lo strumento del PDT - costruito in team - deve essere coerente con le Linee guida basate sull'*Evidence Based Medicine*, garantire la continuità tra i diversi livelli di cura, l'appropriatezza rispetto al livello di assistenza (cure primarie e cure specialistiche) ed essere compatibile con la rete di offerta locale e le risorse economiche del sistema.

L'implementazione del governo clinico nell'ambito della medicina generale lombarda si caratterizza anche per una serie di significative scelte professionali autonome di *audit* e di rendicontazione in gruppi locali o partecipanti a reti di rilevazione nazionale²¹², inerenti la valutazione ed il perfezionamento della qualità dell'assistenza al paziente portatore di problemi cronico-degenerativi. Tali esperienze sono servite a dimostrare, sulla base dei report pubblicati²¹³, che la medicina generale è in grado sia di "rendicontare" la propria attività che di raggiungere risultati significativi in termini di *compliance* degli assistiti nei confronti degli standard assistenziali come pure sul piano della razionalizzazione delle risorse. In epoca recente la regione Lombardia - nonostante gli esiti positivi della fase sperimentale appena delineata - ha varato una serie di provvedimenti che potrebbero cambiare profondamente l'attuale assetto delle cure primarie. Senza entrare nel dettaglio della questione, che ha prodotto reazioni differenti²¹⁴ tra gli addetti ai lavori ed aperto un ampio dibattito di confronto, l'intento è quello di passare in rassegna i nodi cruciali dell'innovazione varata alla fine del 2010.

Il contesto di sfondo è dato dall'ultimo PSSR, valido per il quinquennio 2011-2015, che fissa come obiettivo prioritario delle azioni programmatiche il passaggio dal concetto di "cura" a quello di "prendersi cura", spostando sempre più l'assistenza dei malati cronici dall'ospedale al territorio e riducendo i ricoveri impropri. È questa la filosofia del progetto '*Chronic Related Group*' (Creg), "*una modalità innovativa di presa in carico dei pazienti, che, a fronte della corresponsione anticipata di una quota predefinita di risorse, deve garantire senza soluzioni di continuità e di cali di cure, tutti i servizi extraospedalieri - prevenzione secondaria, follow up, monitoraggio, persistenza terapeutica, specialistica-ambulatoriale, protesica, farmaceutica - necessari per*

²¹² Per esempio: rete UNIRE (digilander.libero.it/rete.unire); NETAUDIT (www.netaudit.org); Health Search (www.healthsearch.it); progetto Rene Italia Snamid (RIS) (www.bestsoft.it/products/ris); Pycenum Study (www.picenumstudy.com).

²¹³ Auxilia et al. 2011 (*opera citata*).

²¹⁴ Degli organi rappresentativi la categoria dei medici di medicina generale la Fimmg si è dimostrata favorevole alle innovazioni (*Chronic related group*) introdotte dalla Regione mentre altre - vedi Simet S.u.m.a.i, Csermeg - si sono dichiarate decisamente contrarie. In merito si rinvia al saggio di V. Caimi: "I Creg della regione Lombardia. Rischi od opportunità per la medicina generale?", in: *Prospettive Sociali e Sanitarie* n.13-14/2011; pp 6-10. Si veda anche gli atti del convegno: "*CreG e Medicina Generale. Quale cambiamento per le cure primarie?*", Campus City Hearth 4 febbraio 2012 – Milano.

una buona gestione clinica organizzativa delle patologie croniche” [DRG n. 973/10], che sarà oggetto di sperimentazione per un anno nelle ASL di Milano, Melegnano, Bergamo, Lecco e Como²¹⁵.

Il progetto nasce dalla constatazione che:

L’attuale organizzazione delle cure primarie manca, in termini complessivi, delle premesse contrattuali e delle competenze cliniche, gestionali ed amministrative richieste ad un’organizzazione che sia in grado di garantire una reale presa in carico complessiva dei pazienti cronici al di fuori dell’ospedale. Il tanto evocato potenziamento delle cure extraospedaliere non può che realizzarsi favorendo, al di fuori dell’ospedale, la crescita di un soggetto che sia in grado di sostenere il confronto con l’ospedale in termini clinici ma anche gestionali ed organizzativi [DRG n. 973/10].

In riferimento a tale premessa l’intento della regione è quello di creare sul territorio un altro soggetto - *Creg* - che possa essere di pari livello rispetto alle aziende ospedaliere sotto il profilo organizzativo, gestionale e clinico. Si dichiara, in qualche modo, il fallimento delle cure primarie - e di conseguenza della medicina generale - circa la capacità della presa in carico globale dei problemi connessi alla cronicità. Di fronte al vuoto assistenziale di gran parte dei pazienti, costretti a tessere le fila di un percorso di cura ancora frammentato, la finalità perseguita con l’introduzione dei *Creg* è di assicurare la continuità dei PDT e di garantire un’appropriata presa in carico del cittadino.

Solo una modesta quota dei soggetti può essere considerata adeguatamente “in percorso” [...] ciò significa maggiori complicanze, ricoveri ripetuti e disabilità e, in termini economici, più costi evitabili. [Lo scopo dei Chronic Related Group] è di mantenere cronica la cronicità, il più possibile garantendo al soggetto il miglior compenso clinico, ritardando il più possibile il danno d’organo con le conseguenze in termini di invalidità/disabilità [Ibidem].

Il ruolo affidato ai MMG è quello di diventare soggetti gestori dei *Creg* anche se la normativa prevede che, nel caso in cui ciò non potesse verificarsi, possono concorrere a tale ruolo altri soggetti quali associazioni onlus, fondazioni, aziende ospedaliere, strutture sanitarie accreditate e a contratto sia intra che extra-ospedaliere. Di fatto, nonostante il diritto di prelazione riconosciuto alla medicina generale, la centralità del medico di famiglia per l’assistenza territoriale dei pazienti cronici potrebbe subire qualche mutamento.

Un altro elemento di innovazione riguarda la modalità di avvio della nuova organizzazione che prevede tre indispensabili elementi: la banca dati assistito (BDA) per

²¹⁵ Le malattie croniche che sono state prescelte ai fini della sperimentazione sono: broncopneumopatia cronico-ostruttiva (BPCO), scompenso cardiaco, diabete di tipo I e II, ipertensione e cardiopatia ischemica.

la classificazione degli utenti in base ai consumi sanitari; i percorsi diagnostico-terapeutici (PDT) e le linee guida (LG). Il presupposto sotteso a tale impianto è che migliorando i processi possano beneficiarne anche gli esiti e, in tal senso, il paziente viene collocato all'interno di un percorso terapeutico “strutturato” sull'identificazione delle sue necessità di cura ed assistenza (BDA) e sulla definizione concertata di un PDT appropriato (LG), che prevede l'esecuzione di esami diagnostici, la prescrizione farmaceutica e i controlli di *follow up*. Il tutto viene verificato dal medico curante (sia *provider* che non)²¹⁶ con l'ausilio del Centro servizi il cui compito è quello di vigilare direttamente sulla correttezza del percorso.

Per quanto riguarda la figura del paziente nelle nuove linee programmatiche regionali viene confermata la libertà di scelta della struttura dove eseguire le necessarie prestazioni sanitarie mentre si dice poco in merito alla libertà di scelta del proprio percorso terapeutico, che - almeno sulla carta - sembra deciso a priori e non negoziato con lui.

Altra novità è quella del potenziamento della fase intermedia delle cure quale fattore qualificante i percorsi assistenziali rivolti, prevalentemente, ai bisogni connessi sia alla cronicizzazione delle patologie sia alla fragilità legate all'invecchiamento. Anche in questo caso la filosofia di fondo è data dal passaggio dal “curare” al “prendersi cura” e, pertanto, l'azione decisa dalla Giunta regionale è di creare “strutture subacute” dove erogare la giusta assistenza a tutti quei pazienti che, avendo superato la fase critica dell'evento, non sono ancora dimissionabili. Per tale motivo, a partire dal 2011, saranno trasformati più di mille posti letto in “posti letto tecnici” per l'assistenza intermedia, i quali saranno ubicati nei piccoli ospedali che non rientrano nella rete dell'urgenza-emergenza. La figure professionali maggiormente coinvolte nelle strutture subacute saranno quelle degli infermieri.

Tante, dunque, le innovazioni poste a *start-up*, su quale sarà il loro esito sul futuro dell'assistenza primaria regionale solo il tempo potrà esserne rivelatore.

²¹⁶ Come anticipato la gestione dei *Chronic Related Group* non è appannaggio “esclusivo” della medicina generale e, pertanto, il diventare provider dipende dalla possibilità di creare cooperative o forme associative evolute che consentano al gruppo di MMG di rispondere ai requisiti organizzativi e funzionali richiesti per i soggetti gestori dei Creg quali: un Centro Servizi attivo almeno 12h/365 giorni l'anno; personale tecnico sanitario operante presso il Centro; presenza del coordinatore medico responsabile del governo clinico complessivo; presenza del “case manager” in caso di particolare complessità del bisogno del paziente; fornitura di apparecchiature al domicilio del paziente coerenti con il profilo di cura; fornitura di un servizio di triage sia clinico che tecnico; erogazione di un servizio per la valutazione della *compliance* farmacologica; supporto per la valutazione continua della qualità del servizio coerente con gli indicatori di processo ed un sistema di raccolta ed elaborazione dei questionari di customer satisfaction [DRG n. 1479/2011].

4.4.4 - Alcune considerazioni conclusive

Volendo tirare le somme dal confronto dei tre modelli di sanità regionale proposti, si può primariamente evidenziare l'individuazione di obiettivi di sviluppo delle cure primarie *rassomiglianti*, perseguiti - però - con mezzi e strategie a volte *differenti*.

La comunione di intenti è annodata al contesto di sfondo dal quale nasce la necessità di rinnovamento delle politiche sanitarie locali e, più specificatamente, alle problematiche dell'invecchiamento della popolazione, dell'aumento delle cronicità, della razionalizzazione delle risorse e dell'innalzamento della qualità dell'assistenza erogata. Il medesimo blocco di partenza ha rappresentato, quindi, il volano per la condivisione di piani di potenziamento dei servizi territoriali basati su tre assi portanti:

1. la centralità della persona posta in relazione al suo contesto familiare e sociale;
2. il ruolo focale del Distretto nel governo della continuità assistenziale;
3. la crescita della Medicina Generale all'interno della *Primary Care*.

In relazione a ciascuno di questi pilastri l'Emilia Romagna, la Toscana e la Lombardia hanno elaborato modelli organizzativi e gestionali che, come si è visto, presentano diversi elementi di similitudine e di disparità. Uno di questi è dato dal ruolo del cittadino, che - pur se riconosciuto dalla tre Regioni come epicentro del proprio sistema di salute - viene connotato come *consumatore/erogatore* nel modello lombardo e *fruitore/co-progettista* in quello emiliano e toscano. La differenza va letta in relazione alla visione d'insieme che i decisori politici hanno inteso attribuire al modello di welfare regionale e al diverso peso giocato dal soggetto pubblico nella produzione dei servizi per la salute ed il benessere delle persone.

Ecco, allora, che la Lombardia si è mossa verso politiche devolutive che in materia sanitaria hanno condotto alla separazione tra la funzione di governo (Regione) e quella di programmazione, acquisto e controllo (PAC) affidata all'azienda sanitaria e, per quanto concerne l'erogazione, ha avviato strategie di *concorrenza amministrata* esternalizzando la produzione dei servizi alle aziende ospedaliere e agli enti accreditati pubblici e privati²¹⁷ (modello guidato dalla domanda). Al centro di questo quadro c'è, dapprima, il valore della *libertà di scelta* dei cittadini, dotati della funzione di acquisto/consumo (*voucher*) a fronte di scelte di "quasi mercato", al quale in seguito viene saldamente legato il valore della *libertà di azione* e, cioè, della facoltà di diventare - loro stessi - erogatori di servizi.

²¹⁷ L'intento, tuttavia, è di compiere un processo di privatizzazione volto alla trasformazione graduale dei soggetti erogatori pubblici in soggetti di diritto privato (es. da Aziende Ospedaliere in "fondazioni").

L'impronta del modello sanitario toscano ed emiliano-romagnolo è marcatamente diversa perché l'idea di fondo, da cui trae origine, risiede nella ricerca di un modo nuovo e condiviso di promuovere la salute, individuando i bisogni e definendo in modo partecipato le principali azioni da mettere in campo per incidere concretamente sul benessere dei singoli e delle comunità. L'uso di un regime di competizione di stampo neoliberista risulta, quindi, strutturalmente incompatibile con le fondamenta prescelte, che, per propria natura, volgono ad un sistema di *cooperazione* fra le singole unità produttive: pubbliche e private.

In tale luce la centralità della persona, nel sistema di tutela della salute, non viene ancorata a criteri di stampo *consumeristico*, ma fondato su scelte di *natura partecipativa* dove il cittadino diventa oltre che fruitore di servizi anche portatore di precisi interessi (*stakeholder*) e, quindi, interlocutore privilegiato all'interno della programmazione sanitaria. Quale effetto dell'impostazione *cooperativistica/partecipativa* entrambe le regioni mantengono l'unitarietà delle funzioni di committenza e produzione all'interno dei confini dell'ASL, in Emilia Romagna, e della "zona-distretto" *alias* "Società della salute" nel caso della Toscana.

Nonostante la somiglianza ideologica che unisce queste due realtà, i modelli organizzativi prescelti presentano significative differenze riconducibili sia alle specificità dei territori sia ad una diversa visione strategica. Al riguardo è indicativo il sistema di assistenza ospedaliera che nella sanità toscana è stato affidato alla programmazione delle cosiddette *aree vaste*, nate dal consorzio tra aziende sanitarie diverse, mentre in quella emiliana l'alta specializzazione rimane al livello provinciale, essendo strettamente subordinata alla programmazione regionale e, di fatto, sottratta alle competenze delle ASL. Un altro fattore di separazione può essere individuato nell'architettura riservata alle attività distrettuali; ed infatti, in Toscana la fisionomia distrettuale diventa comprensiva delle amministrazioni locali, del terzo settore e dei rappresentanti della comunità tramite l'istituzione, *in primis*, della "zona-distretto" e, quindi, della *Società della Salute (SdS)*.

Il motivo principale della scelta è rappresentata dalla volontà politica di rendere effettiva l'integrazione - nonché il coordinamento - tra le attività sanitarie e quelle socio-assistenziali per assicurare risposte appropriate ai bisogni dei cittadini. I nodi critici, però, non mancano in quanto non è ancora del tutto chiaro se le SdS siano destinate ad essere soggetti della committenza o della produzione o se devono integrare entrambi gli aspetti; nel modello toscano, inoltre, non si sa ancora chi - tra ASL e Società della Salute - debba ricoprire il ruolo di regia della rete dei servizi socio-sanitari.

In Emilia Romagna il distretto mantiene l'originaria forma di organismo prettamente "sanitario" pur se considerato luogo di integrazione istituzionale ed assistenziale e punto di riferimento per la programmazione ed erogazione dell'assistenza primaria.

Continuando l'opera di confronto tra le tre regioni un'analogia importante è inerente la ridefinizione del ruolo della medicina generale, che in ciascuno dei nostri contesti locali si caratterizza per lo sviluppo dell'*associazionismo* tra professionisti, la *sperimentazione di nuove forme organizzative* delle cure primarie ed il coinvolgimento diretto dei MMG alla *definizione delle priorità e degli obiettivi di salute distrettuali* ed il *governo della domanda*.

Si osserva, infatti, che in Lombardia come pure in Emilia Romagna e in Toscana il rapporto tra il distretto - inteso in *lato sensu* e non in relazione all'architettura conferitagli - e la medicina generale è stato gradualmente rimodellato in funzione delle priorità strategiche per l'evoluzione delle cure primarie. Gli elementi distintivi del "restyling" sono costituiti dall'istituzione del Dipartimento di cure primarie (Toscana/Emilia) o di Assistenza sanitaria di base (Lombardia), il cui braccio operativo è rappresentato dalle strutture organizzative multi-professionali composte da medici di famiglia, infermieri e personale amministrativo (denominati: *Nuclei di cure primarie* in Emilia Romagna, *Gruppi di cure primarie* in Lombardia e *Unità di cure primarie* in Toscana). Altre punte di diamante sono la sperimentazione di forme organizzative complesse dell'associazionismo medico - come le *Unità complesse di cure primarie* della Toscana o la *Casa della salute* dell'Emilia - e la responsabilizzazione dei medici di famiglia circa l'appropriatezza assistenziale e prescrittiva (es. attività di *audit* e, in Emilia Romagna, sperimentazione ed adozione dei *Profili di Nucleo*).

Analoghe innovazioni anche in materia d'integrazione sociosanitaria sia dal lato istituzionale - *Piano Integrato di Salute* in Toscana e *Piano Sociosanitario Regionale* in Lombardia ed Emilia Romagna - sia dal lato programmatico (vedi i percorsi assistenziali integrati) che operativo, come testimoniano - per la gestione delle cronicità - l'applicazione del *Chronic Care Model* nella regione emiliana, adottato nella versione *Expanded* in quella toscana, e la sperimentazione del *Chronic Related Group* nella realtà lombarda.

Nonostante questi punti di intersezione esistono anche difformità.

La più vistosa - e con questa concludiamo la nostra analisi comparativa - è frutto della filosofia di fondo del welfare lombardo, di matrice neoliberista, che ha portato alla valorizzazione dell'imprenditoria anche nel settore sanitario. L'elemento della

concorrenza tra erogatori è uno degli strumenti di spicco attraverso cui l'amministrazione regionale ha voluto (e vuole) innalzare la qualità dell'assistenza. Sull'onda di un simile intendimento, la funzione attribuita ai medici di famiglia è di diventare "imprenditori di se stessi" erogando prestazioni come produttori *esterni* accreditati. Al riguardo si ricorda che tra gli aspetti qualificanti la forma organizzativa dei *Gruppi di Cure Primarie* vi è proprio quello di facilitare il processo di esternalizzazione della produzione dei servizi così che l'azienda sanitaria possa diventare sede di pura committenza. Opposta l'intenzione dei decisori politici toscani ed emiliani il cui obiettivo è, invece, quello di operare per riuscire a rafforzare l'integrazione del medico di assistenza primaria all'interno del distretto.

Cap. 5 - Il futuro dell'assistenza primaria. Il ruolo della Medicina Generale tra criticità e possibilità

Senza alcuna ombra di dubbio tra le categorie più significativamente coinvolte nella realizzazione dell'assistenza primaria c'è quella dei medici di medicina generale, che attualmente sta attraversando una fase di transizione - nel sistema di tutela della salute - sotto il profilo delle funzioni, del rapporto contrattuale con l'azienda sanitaria locale, del diverso equilibrio tra ospedale e territorio e delle nuove modalità di gestione delle mutate condizioni epidemiologiche e socio-demografiche della popolazione mondiale. Nella cornice di rinnovamento della sanità nazionale per garantire *performance* qualitativamente elevate e fondate sull'adeguatezza rispetto ai bisogni di salute e alle risorse disponibili, la Medicina Generale (MG) si ritrova, pertanto, ad un bivio di svolta "radicale".

Lo scopo di questo capitolo consiste nell'esaminare quelli che sono i maggiori cambiamenti (di ruoli e di responsabilità) richiesti ai medici di assistenza primaria e cercare di leggerli nell'ottica delle criticità e/o possibilità di sviluppo per la categoria e, in una prospettiva più ampia, per l'intero contesto delle cure primarie.

5.1 - La Medicina Generale "ieri ed oggi": dalla competizione intra-professionale all'associazionismo

Molte delle problematiche odierne che la Medicina Generale deve riuscire a districare per rivestire al meglio il ruolo di *pivot* attribuitogli dalle politiche di rinnovo dell'assistenza primaria fanno parte di un retaggio normativo e culturale datato nel tempo. La storica figura del medico "della condotta", che svolgeva le proprie funzioni cliniche in totale solitudine, è rimasta inalterata fino ai nostri giorni facendo nascere all'interno della categoria un forte senso di isolamento professionale ed autoreferenzialità.

Con la nascita del SSN le cose, da tale punto di vista, non migliorano affatto perché la legge 833/78 lascia indefinite alcune questioni centrali quale la definizione del *che cosa*²¹⁸ erogare da parte del medico di famiglia, da cui l'effetto distorsivo della discrezionalità di offerta di ogni singolo professionista. In base alle proprie attitudini e competenze il MMG

²¹⁸ Diverso è il caso del *come* erogare prestazioni - sotto il profilo organizzativo dei tempi, degli spazi. Sia la legge istitutiva il servizio sanitario pubblico che gli Accordi Collettivi Nazionali, infatti, focalizzarono la loro attenzione sulla collocazione e caratteristiche di accesso allo studio medico (es. orari di apertura al pubblico, strumenti a disposizione dell'ambulatorio, richiesta delle visite domiciliari).

si è travato a decidere - da solo e in piena autonomia - quale livello di assistenza assicurare direttamente al paziente in qualità di “solista” e quale, invece, delegare ai servizi specialistici o di secondo livello [Milillo 2009]. L’assenza di regolamentazione in materia di prestazioni erogabili ha comportato una notevole eterogeneità assistenziale, che in termini di programmazione aziendale (ASL) ha prodotto la creazione e proliferazione, per singola patologia, di centri specialistici non sempre appropriati rispetto alla reale complessità del problema di salute preso in carico.

Alla legge 833/78 (art. 48) vanno fatte risalire anche due tra le più rilevanti criticità della medicina generale italiana relative allo status giuridico e alla struttura del compenso. In merito alla prima questione, il medico di famiglia è un libero professionista *convenzionato* con il sistema sanitario nazionale, all’interno del quale - tuttavia - la maggior parte dei professionisti sanitari è costituito da appartenenti alla classe del pubblico impiego. La peculiare condizione libero-professionale fa sì che la categoria debba ottemperare agli impegni stabiliti nell’Accordo Collettivo Nazionale (ACN) senza alcun vincolo gerarchico nei confronti dell’azienda sanitaria, con la quale stipula un rapporto contrattuale definito di “para-subordinazione”²¹⁹. Un simile profilo giuridico ha finito per rappresentare un fattore di ambiguità, dal momento che le ASL ed i MMG hanno cominciato a percepirsi come due entità separate e distinte, che negli anni ha creato la progressiva esclusione dei medici generalisti dai percorsi di diagnosi e cura, burocratizzando - di fatto - il loro ruolo a quello di ufficializzazione della richiesta di accesso ai servizi offerti [Pagni 2005].

La stessa riforma sanitaria ter del 1999, pur facendo entrare a pieno titolo la medicina generale nelle attività di *programmazione* e *gestione* dell’assistenza primaria del Distretto²²⁰, non riesce a scalfire la mancanza di un’efficace ed incisiva partecipazione dei MMG nelle sedi regionali ed aziendali di governo delle cure primarie.

Se la natura giuridica della figura professionale del medico di famiglia alimenta in negativo il sentimento di appartenenza al sistema (ASL e, più specificatamente, Distretto), per quanto riguarda l’elemento del compenso è importante evidenziare gli effetti distorsivi generati “all’interno” del gruppo stesso. Infatti, il modello retributivo stabilito dal

²¹⁹ Si parla di lavoro parasubordinato quando esiste un rapporto di lavoro fondato su un prestatore d’opera che lavora a favore di un committente senza essere direttamente un suo dipendente. Pur tuttavia, l’attività professionale prestata in maniera autonoma è posta sotto il coordinamento del datore di lavoro che ha commissionato il servizio. In pratica, come suggerisce anche il termine, si tratta di una prestazione professionale non subordinata, ma neppure pienamente autonoma. La normativa italiana ha scelto la formula del convenzionamento non solo per i MMG e PDL, ma anche per gli altri professionisti medici del territorio, tra i quali gli specialisti ambulatoriali, i medici di continuità assistenziale ed i medici dei servizi. Anche il rapporto tra SSN e farmacie territoriali è regolato con apposite convenzioni.

²²⁰ Il cui potenziamento è stato previsto con il D.Lgs 229/99 che ha comportato l’istituzione degli Uffici di Coordinamento dell’Assistenza Distrettuale (UCAD), dove siedono rappresentati anche della Medicina Generale.

legislatore, viene fondato su tre punti cardine - rapporto ottimale, massimale e quota capitaria - il cui risultato finale si è rivelato decisamente diverso e contrario rispetto all'atteso. L'intento primario della legge 833/78 era di porre fine alle inefficienze del meccanismo di *pagamento a notula della prestazioni*²²¹ del sistema mutualistico, che aveva condotto la sanità italiana all'insostenibilità economica per l'inappropriato aumento delle prestazioni e, di conseguenza, della spesa sanitaria. Nonostante la bontà del fine, la soluzione escogitata e, cioè, mettere i professionisti *in concorrenza* tra di loro, non ottiene i risultati desiderati, perché anziché agire sul versante del miglioramento della qualità dell'assistenza ha finito per favorire strategie difensive intramoenia [Milillo 2008].

Entrando nel dettaglio dei tre fattori fulcro della retribuzione del MMG, il *rapporto ottimale* si basa sul calcolo per stabilire, data una popolazione di riferimento, il numero dei professionisti che possono essere iscritti alle liste di quella zona; inoltre, la differenza tra il valore ottimale così ottenuto ed il numero dei medici già convenzionati sancisce la cosiddetta "carezza", ovvero, quanti medici di famiglia possono essere periodicamente inseriti nell'elenco delle convenzioni di un determinato ambito territoriale. Con l'Accordo collettivo del 1980 venne stabilito che il rapporto ottimale sarebbe stato di un medico ogni mille assistiti, mentre il numero massimo di scelte acquisibili - *massimale* - fu fissato a 1.500.

Terzo ed ultimo elemento la *quota capitaria*²²², che consiste nella remunerazione convenuta al medico di MG sulla base della lista dei propri utenti in maniera indipendente dalle prestazioni effettivamente erogate. In tale contesto di riferimento, è facile dedurre che il numero delle scelte acquisite (assistiti) diventa non solo lo strumento di realizzazione professionale ed economica, ma soprattutto fonte di competizione tra i medici che operano sul medesimo territorio, il tutto con ricadute non sempre positive in termini di qualità dell'assistenza. Come sostiene Maciocco [2012]²²³ "è un dato di fatto che il sistema di remunerazione dei professionisti influenzi il loro comportamento" e, quindi, anche il meccanismo della quota capitaria non può dirsi immune dal difetto di soddisfare i bisogni delle persone assistite in modo non sempre adeguato ai criteri di "buona prassi". Inoltre:

²²¹ Lo Stato rimborsava sulla base dell'elenco delle prestazioni erogate (pagamento a prestazione) che a fine mese il medico della mutua era tenuto a presentare all'ente mutualistico.

²²² Il D.Lgs 502/92 (art.8, comma 1, lettera d) aggiunge al compenso dei medici di famiglia, oltre alla quota capitaria, le seguenti quote: *quota variabile*, finalizzata al raggiungimento di obiettivi e standard erogativi ed organizzativi previsti dalla programmazione regionale e/o aziendale (esempi sono le incentivazioni aggiuntive per il lavoro nelle forme associative della Medicina Generale); *quota per servizi*, calcolata in base al tipo e ai volumi di prestazioni aggiuntive come, ad esempio, l'Assistenza Sanitaria Programmata (ADP) o Integrata (ADI).

²²³ Gavino Maciocco (2012), "Remunerazione dei medici di famiglia e qualità dell'assistenza" in: *SaluteInternazionale.info* del 16 gennaio.

Quando il numero delle scelte si sarà stabilizzato in relazione alle dinamiche di concorrenza del contesto in cui opera, il medico non avrà altri traguardi da raggiungere se non la conservazione delle scelte acquisite e la routine assistenziale. In pratica, quando il medico raggiunge il massimo numero delle scelte possibili non ha ulteriori stimoli e prospettive di progresso professionale e/o economico e viene meno una delle componenti fondamentali della motivazione a migliorare [Milillo, op.cit.].

In relazione alla scarsa motivazione sul lavoro, un ulteriore elemento di disaffezione professionale è riconoscibile nel rapporto tra i medici di famiglia e quelli di continuità assistenziale (CA); entrambe le categorie appartengono al settore dell'assistenza primaria²²⁴ e la linea di confine tra le due carriere è davvero esigua sia in termini di formazione che di funzioni svolte. Il medico di continuità assistenziale, infatti, è la figura preposta a subentrare al MMG, in orario notturno e nei giorni sia prefestivi che festivi, così da garantire la copertura assistenziale del territorio h.24 per 365 giorni all'anno. Ciò nonostante tra queste due figure non intercorre, di fatto, alcun coordinamento né scambio di informazioni che possano dare adito, al di là della denominazione, dell'esistenza di una effettiva e reale *continuità assistenziale* [Tombesi 2009].

La mancanza di confronto tra pari è un ulteriore punto di vulnerabilità della medicina generale che, tuttavia, non può essere unicamente imputabile alla sola responsabilità dei professionisti, chiamati - per legge - a difendere il “proprio orticello” (numero di assistiti) dalla concorrenza dei colleghi. Di certo, l'assenza di circolazione delle competenze tra i MMG (e tra questi e i medici di CA) ha inciso non solo sulla possibilità di aggiornamento reciproco che si realizza all'interno di ambienti professionali basati sul lavoro in squadra, ma soprattutto sul versante dell'*emarginazione* della medicina generale da parte dei livelli assistenziali specialistici ed ospedalieri.

La deriva individualistica della medicina generale ha finito, infatti, per rendere ostico il suo rapporto con le diverse componenti del sistema sanitario, tanto da farla

²²⁴ La Medicina Generale è attualmente formata da quattro settori, l'accesso ai quali ha caratteristiche comuni ma è sostanzialmente indipendente: *Assistenza primaria* (MMG), *Continuità assistenziale*, *Medicina dei servizi ed Emergenza territoriale*. Per i “non addetti ai lavori” il servizio di **Continuità assistenziale** corrisponde alla guardia medica - (ormai “ex”) - ed i medici che ne fanno parte vengono retribuiti con compenso orario e la loro funzione è quella di garantire l'assistenza territoriale, domiciliare, ambulatoriale e in strutture assistite nelle fasce orarie notturne, prefestive e festive. La **Medicina dei servizi** è un settore costituito da medici in regime di dipendenza e di convenzione, retribuiti anch'essi con compenso orario; svolgono nell'ambito dei distretti funzioni diverse sia di supporto sia di responsabilità nell'organizzazione e nelle attività di medicina legale, prelievi, assistenza domiciliare, assistenza alle tossicodipendenze, igiene pubblica ed attività sanitarie di comunità. I **medici dell'Emergenza territoriale** (118) sono convenzionati a 38 ore settimanali e vengono retribuiti con compenso orario; operano all'interno del sistema emergenza-urgenza e, quindi, si occupano delle attività sui mezzi di soccorso, nelle postazioni di primo intervento, nelle centrali operative, in elisoccorso, nelle strutture complesse di Medicina d'urgenza e in Pronto soccorso. Dal punto di vista della formazione l'accesso alla carriera di medico di emergenza prevede il conseguimento del titolo in medicina generale, integrato da uno specifico corso semestrale in Emergenza territoriale e, successivamente, la Scuola di specializzazione in Medicina di Emergenza-Urgenza [Guzzanti 2009:308-313].

percepire come appendice dolente della sanità italiana e principale causa delle inefficienze interne al sistema per la sostanziale incapacità del medico di famiglia di selezionare correttamente la domanda di assistenza espressa dall'utenza [Mazzeo e Le Rose 2009].

Lo scarso riconoscimento dell'autorevolezza professionale e della capacità decisionale dei MMG si sono ripercossi, dapprima, sul grado di soddisfazione personale nell'esercizio del proprio lavoro e, di conseguenza, sull'attrattiva della professione per le nuove leve sempre meno interessate a questa branca della medicina, poiché poco remunerativa e poco stimolante rispetto ad altri settori (es. specialistica). Ampia è la letteratura che a livello nazionale²²⁵ ed internazionale²²⁶ evidenzia la crisi dei medici di famiglia per la perdita del valore e della dignità della loro categoria. Famoso resta l'editoriale di Ian Morrison e Richard Smith, pubblicato nel 2000 sul *British Medical Journal*²²⁷, in cui la complessa situazione della medicina generale viene qualificata come “hamster health care”, ovvero, “l'assistenza sanitaria del criceto”.

Across the globe doctors are miserable because they feel like hamsters on a treadmill. They must run faster just to stand still. In underdoctored Britain they must see ever more patients, fill in more forms, and sit on more committees just to keep the NHS afloat. In the government sponsored, single payer system in Canada; the mandatory insurance systems in Japan or continental Europe; or the managed care systems in the United States doctors feel that they have to see more patients to maintain their incomes. But systems that depend on everybody running faster are not sustainable. The answer must be to redesign health care. [...] The result of the wheel going faster is not only a reduction in the quality of care but also a reduction in professional satisfaction and an increase in burn out among doctors [BMJ], 2000 Dec 23; 321(7276):1541-2]²²⁸.

Come nel gioco delle scatole cinesi dove aperta una scatola se ne trova un'altra e poi un'altra ancora e dove il termine si mostra infinito, così la crisi della medicina generale si compone di effetti a catena in cui ogni elemento diventa causa di qualcos'altro.

²²⁵ Tra le diverse pubblicazioni sul senso di fiducia tra medico e paziente, sui cambiamenti organizzativi e la stabilità dei rapporti nel contesto dell'assistenza primaria, sulla figura di medico di MG e i cambiamenti in corso - e numerosi altri temi - si ricordano quelle di alcuni tra i più noti enti di ricerca quali: Forum per la Ricerca Biomedica-Censis, Centro studi Fimmg-SWG, Censis, Agenas, Cergas-Bocconi, Istat, Fiaso, ecc.

²²⁶ Cfr. articoli di: Thomas Bodenheimer “Primary care-Will it survive?”, The NEJM 2006,355:861-864; Beverly Woo “Primary care-The Best job in Medicine?”, The NEJM 2006,0355:864-866.

²²⁷ Disponibile al link: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1119245/?tool=pubmed

²²⁸ “In tutto il mondo i medici sono infelici perché si sentono come criceti all'interno di una ruota. Devono correre sempre più veloci per rimanere fermi. In Gran Bretagna devono vedere sempre più pazienti, compilare più moduli e prendere più commissioni solo per mantenere il SSN a galla. Cosa analoga succede in governi con altri sistemi di tutela della salute come in quello Canadese del “singolo pagatore” o nei i sistemi di assicurazione obbligatoria del Giappone o dell'Europa continentale o anche nei sistemi di *managed care* degli Stati Uniti. I medici sentono di dover vedere più i pazienti per mantenere il loro reddito. Ma sistemi che dipendono da persone che devono correre più velocemente non sono sostenibili. La risposta deve essere quella di ridisegnare l'assistenza sanitaria perché il risultato di una ruota che gira sempre più veloce non è solo perdita della qualità delle cure, ma anche la riduzione della soddisfazione professionale e aumento del *burnout* tra medici”.

Ecco allora che dalla delusione di non poter mettere in atto tutte le conoscenze professionali, dovendo sottoporre la propria attività a stringenti regole di finanziamento e di rimborso, nasce l'ulteriore problema dell'insoddisfazione delle persone assistite per via del poco tempo dedicato ai loro problemi di salute²²⁹. La situazione diventa paradossale nella misura in cui la professionalità del medico di assistenza primaria viene riconosciuta quale “*funzione centrale e il punto principale*” del sistema sanitario di un paese e quale “*cerniera fondamentale*” tra tale sistema ed il cittadino (OMS, Dichiarazione di Alma Ata, Conferenza Internazionale sull'assistenza primaria), mentre - nel concreto - gli viene impedito di occuparsi del paziente nella sua interezza per la mole di burocrazia da espletare.

Il non riuscire a *fare* il medico introduce un'altra problematica intrinseca al rapporto MMG-paziente relativa al ricorso al livello specialistico.

Oggi il “mestiere di medico” fa i conti più che mai con una problematica intrinseca al rapporto medico-paziente, un rapporto critico quando il medico vede nel paziente non tanto una totalità, un organismo complesso, una unità psicosomatica, un soggetto umano implicato in situazioni di vita patogene, quanto piuttosto una somma oggettuale di organi, dei quali alcuni malati e altri no; e da quando, in speculare simmetria, il paziente vede nel medico non tanto un punto di riferimento “generale” per i suoi problemi di salute quanto piuttosto un punto di smistamento verso esperti settoriali o speciali come appunto gli specialisti d'organo (cardiologi), d'apparato (urologi), di sistema (neurologi), di metodo (radiologi), di patologia (oncologi) [Cosmacini 2006:3].

Sempre Giorgio Cosmacini aggiunge, inoltre, che tale rapporto viene impoverito ulteriormente per via dell'apparato tecnologico inserito tra medico e paziente, apparato che - da un lato - facilita e migliora il compito diagnostico-terapeutico, ma che - dall'altro - diventa strumento di separazione e perdita di contatto tra i due se il medico non recupera successivamente il legame di “cura” con l'assistito. Lo strumento tecnico, infatti:

non basta ad esaudire tutta la cura del malato neuropatico, cardiopatico o del malato di cancro. In questo contesto di alta tecnologia è importante, come e più che in passato, la figura del medico di medicina generale elemento mediatore ed unificante il rapporto tra la tecnica ed il paziente, tra la macchina e l'uomo. In carenza di tale figura primaria i beni della tecnologia rischiano di essere pagati a spese della persona umana. [...] Un approccio medico prevalentemente o esclusivamente riservato alla realtà fisiopatologica dell'assistito porta a privilegiare le componenti somatiche, organiche, fisico-chimiche a scapito di quelle psicologiche e antropologiche; ciò comporta l'ipertrofia degli aspetti tecnici del “mestiere” rispetto a quelli relazionali. Una ipertrofia in molti casi *ex vacuo*. A colmare i vuoti aperti dal crescente *nihilismo curativo*, caratterizzato da un'assenza di ascolto e di dialogo e da una carenza del

²²⁹ In merito alla questione della relazione medico-paziente e delle criticità che rendono complesso tale rapporto si rimanda alla lettura di uno studio di ricerca svolto dal Dipartimento di Studi Politici e Sociali dell'Università di Parma nel biennio 2001-2002, che ha indagato, nello specifico, le interazioni comunicative nelle pratiche mediche dei medici ospedalieri e di base. Sergio Manghi (2005), *Il medico, il paziente e l'altro. Un'indagine sull'interazione comunicativa nelle pratiche mediche*, Milano, Angeli.

“prendersi cura” globale, si iperespande un *interventismo terapeutico* tanto fitto di esami quanto zeppo di farmaci [ibidem:4].

Un'altra autorevole voce, quella di Edward Shorter²³⁰, in un celebre saggio del 1986 dedicato all'analisi delle tappe evolutive della medicina e dei corrispondenti mutamenti della relazione tra medico e paziente, evidenzia il vistoso strappo che le rivoluzioni diagnostiche e farmacologiche hanno provocato tra i due soggetti. Scrive l'autore:

Il progressivo abbandono dell'attenzione nell'ascolto e la crescente insistenza sulla sintomatologia organica significano la perdita di elementi preziosi della visita medica [...] Ai pazienti viene negata l'occasione di esternare ciò che realmente li angustia: forse a certi medici orientati più alla malattia che al malato questo non importa gran che, ma per i pazienti si tratta di una grave perdita, concausa del deterioramento del rapporto con il medico [...] Gli stessi medici, ostinandosi a badare solo alla “manifestazione principale” contribuiscono ad umiliare ulteriormente le potenzialità terapeutiche dell'incontro con il paziente [Shorter 1986: 197-199].

A conferma di questo generale clima di sfiducia che attornia la figura del medico di famiglia vissuto più che altro come “prescrittore”, negli ultimi decenni molti paesi hanno adottato provvedimenti tesi a limitare tale funzione in particolare per quanto riguarda il campo farmaceutico²³¹ ma anche la diagnostica.

Di fronte alle criticità che stanno seriamente compromettendo la dignità ed il valore professionale dei medici di MG la categoria non è rimasta, tuttavia, a braccia conserte. Varie sono le iniziative promosse in seno al gruppo per cercare di procurare alla medicina generale gli strumenti fondamentali necessari a migliorare il modo di operare sia all'interno della categoria sia in rapporto agli altri livelli assistenziali. Risalgono agli anni '80 le prime sperimentazioni di impiego delle tecnologie per la gestione dello studio medico²³², a cui fece seguito la richiesta ed introduzione di personale di studio sia di segreteria che infermieristico. Contemporaneamente, le organizzazioni sindacali attraverso il succedersi degli ACN hanno lavorato per l'avviamento di istituti convenzionali innovativi come le prestazioni di particolare impegno professionale²³³, l'assistenza

²³⁰ Studioso di storia medica e professore presso l'Università inglese di Oxford.

²³¹ In merito si cita, a titolo di esempio, le recenti disposizioni italiane contenute nel decreto legge sulla *Spending review* (n. 95/2012) che introduce l'elemento della sostituibilità del farmaco sulla base del “principio attivo”. La ricetta rossa, infatti, non dovrà più contenere (salvo alcune eccezioni che il medico di famiglia dovrà motivare per iscritto) la “griffe” commerciale del farmaco, ma il nome della sostanza che ha qualità terapeutiche.

²³² Risalgono a quell'epoca le proposte di introdurre nello studio medico strumenti tecnologici che potessero emancipare la funzione del medico di famiglia rispetto all'essere semplice filtro delle richieste di prestazioni specialistiche. Furono quindi sperimentate diverse tecnologie, dal sistema di gestione dello studio “*Doctor's Office*” a strumenti quali elettrocardiografi, doppler ed ecografi.

²³³ Sono prestazioni di cura che possono essere eseguite sia a domicilio del paziente che nello studio medico senza alcun costo aggiuntivo per l'utente; queste prestazioni comprendono: medicazioni, suture di ferite, rimozione punti, cateterismo uretrale, tamponamento nasale, lavanda gastrica, fleboclisi, iniezione di gammaglobuline, vaccinazione antitetanica, vaccinazioni, tampone faringeo, iniezioni endovenose.

domiciliare programmata ed integrata, gli ospedali di comunità e i centri polifunzionali. Da ultimo, non per ordine di importanza, si cita l'esperienza delle forme associative dell'assistenza primaria che, come si avrà modo di approfondire nel paragrafo successivo, rappresenta un punto influente per il cambiamento culturale ed operativo della medicina generale²³⁴.

5.2 - Le forme associative di Assistenza Primaria. Genesi, sviluppo e stato dell'arte nel contesto italiano

Nonostante si possa ritenere che il fenomeno dell'associazionismo dei medici di famiglia sia originario di questi ultimi anni, il primo ed emblematico riferimento a modalità di lavoro in *team* per la professione medica risale alla legge n. 833 del 1978 dove si dice, all'art. 48, che *“il Sistema Sanitario Nazionale riconosce la possibilità di forme di collaborazione tra medici, il lavoro medico di gruppo integrato nelle strutture sanitarie”*. Dalla lettura si può notare che nell'articolo non c'è un riferimento esplicito alla Medicina Generale, ma la novità è data dal fatto che, per la prima volta nella storia della sanità italiana, viene sfatato il mito che relegava la figura del medico a quella di un lavoratore individuale e solitario.

Sull'onda di un simile rinnovamento negli anni Ottanta nascono i primi gruppi di medici associati, i quali - pur se in un numero sparuto e prevalentemente concentrati nelle regioni del Nord Italia [Rizzi 2000] - danno spontaneamente forma alla *medicina in associazione*. A livello normativo, tuttavia, si dovrà attendere ancora diverso tempo prima che il fenomeno associativo ottenga il suo pieno riconoscimento (avvenuto nel 2000 con il DPR n. 270), attraversando fasi alterne di sviluppo. Ed infatti, alla legge n. 833/78 fa seguito il decreto legislativo n. 502/92, che - alla luce del processo di aziendalizzazione - intravede nell'associazionismo dei MMG soprattutto un'opportunità di risparmio per il sistema sanitario nazionale; diverso il caso del D. Lgs n. 299/99 (*riforma ter*) che, ponendo il territorio al centro del rinnovamento della sanità italiana, scorge nelle forme associative non tanto uno “strumento di razionalizzazione”, ma “leve per il cambiamento” [Giarelli e Patierno 2006]. Grazie al clima introdotto dalla legge di riforma del 1999 l'anno

²³⁴ Nel quarto capitolo di questa trattazione, paragrafo 4.4 e successivi, sono state analizzate alcune realtà regionali - circa le strategie di sviluppo delle cure primarie - dalle quali si evince che l'associazionismo medico è considerato strumento rilevante per l'evoluzione dell'assistenza primaria e, quindi, della medicina generale anche da parte dei decisori politici.

successivo viene siglato il DPR n. 270/2000²³⁵ attraverso il quale si definisce in modo articolato e completo la pratica in associazione. Tra gli aspetti caratterizzanti il provvedimento vi è l'identificazione di tre specifiche forme di associazionismo *volontario* tra MMG e, cioè: [Cicchetti et al. 2007]

1. *medicina in associazione*, che prevede un numero di associati compreso tra un minimo di tre ed un massimo di dieci medici, i quali mantengono l'attività presso i loro studi e devono averi momenti di incontro per il confronto professionale sui casi e per la condivisione delle linee guida diagnostico-terapeutiche per le patologie di più alta prevalenza (es. cronicità).
2. *medicina in rete*, costituita da tre a dieci medici che *non sono vincolati a sede unica*, c'è l'obbligo di avere un collegamento reciproco tra gli studi dei medici con sistemi informatici così da permettere l'accesso alle informazioni relative agli assistiti dell'associazione (*gestione informatica comune della scheda sanitaria*), la trasmissione di dati epidemiologici/prescrittivi ed il collegamento con i centri di prenotazione (CUP). Obbligatorie i momenti di *audit*.
3. *medicina di gruppo*²³⁶, caratterizzata dalla *sede unica* del gruppo formato da un minimo di tre ad un massimo di otto medici. Altro elemento è la presenza nella sede unica di un numero di studi *pari almeno* alla metà dei medici associati con possibilità di uso promiscuo degli stessi in orari differenziati. Per lo svolgimento dell'attività il gruppo si deve avvalere di personale di segreteria (o infermieristico), di supporti tecnologici e strumentali comuni, di supporto informatico e collegamento in rete per la gestione comune della cartella clinica, per le prenotazioni di visite specialistiche o indagini diagnostiche (collegamento sportello CUP dell'Asl), per la trasmissione di dati epidemiologici e per momenti di revisione della qualità e dell'appropriatezza.

Nel documento, inoltre, vengono stabilite all'art. 40 le finalità che l'associazionismo dei MMG dovrebbe perseguire e che consistono nel:

- a. facilitare il rapporto fiduciario tra cittadino e medico;
- b. garantire i maggiori livelli di qualità ed appropriatezza delle prestazioni offerte;

²³⁵ Tale convenzione riguarda i medici di medicina generale, ma nello stesso anno vengono firmate anche le convenzioni con gli specialisti ambulatoriali (DPR n.271) e con i pediatri di libera scelta (DPR n.272).

²³⁶ In realtà la medicina in associazione e di gruppo compaiono già nella Convenzione del 1981 (art.30) dove viene affermato che i medici di famiglia "*possono concordare tra loro e realizzare forme di lavoro associato o di gruppo, dandone comunicazione all'Usl e all'Ordine dei medici di riferimento*". Successivamente nel DPR 484/96 (art.40) l'unica forma associativa citata esplicitamente è quella della medicina di gruppo, che anche per tale motivo risulta essere tra le forme associative maggiormente prescelte (23%). [fonte: Rapporto Osserva Salute 2008].

- c. realizzare la continuità assistenziale anche attraverso l'integrazione professionale tra medici;
- d. perseguire il coordinamento delle attività dei MMG con le attività del Distretto in coerenza con il programma delle attività distrettuali;
- e. realizzare la maggior fruibilità ed accessibilità ai servizi per i cittadini;
- f. condividere ed implementare linee guida diagnostico-terapeutiche per patologie a più alta prevalenza e momenti di verifica periodica;
- g. ricercare più qualificati standard strutturali, strumentali e di organizzazione dell'attività professionale.

Dei punti in elenco quello alla lettera *d.* è senz'altro il più indicativo sia in merito al rapporto da istituirsi tra distretto e forme associative sia in merito alla partecipazione del medico di famiglia alla programmazione sanitaria per l'erogazione dei livelli essenziali ed appropriati di assistenza (LEA). L'organismo operativo distrettuale che viene messo a disposizione dei MMG è rappresentato dalle *équipe territoriali*²³⁷, le cui basi normative risalgono al DPR n. 270/2000²³⁸ anche se è con l'ACN del 2005 che vengono articolate nel dettaglio. La finalità principale di questo nodo organizzativo consiste nella volontà di garantire l'estensione temporale della continuità assistenziale sui sette giorni, affidando al medico generico la *gestione diretta* sul complesso delle attività socio-assistenziali.

Il passaggio evolutivo introdotto dal suddetto accordo è indicato in queste righe:

L'esercizio della medicina generale sta progressivamente superando la caratteristica di pratica professionale individuale e richiede sempre più livelli organizzativi crescenti che consentano la collaborazione fra medici di medicina generale, il supporto di professionisti non medici, l'impiego di tecnologie [ACN 2005: quadro di riferimento].

All'associazionismo semplice, nelle tre forme prima viste, vengono pertanto aggiunte nuove configurazioni più complesse distinte in: *società di servizi* ed *associazioni sperimentali*. Si tratta, in entrambi i casi, di *modelli organizzativi* della medicina generale ma

²³⁷ Concepiti quali legami funzionali tra MMG, articolati su progetti definiti a livello regionale (per esempio: prevenzione, assistenza domiciliare, erogazione dei LEA) per creare un confronto multi-professionale e per gestire progetti a livello distrettuale come ad es. le valutazioni multidimensionali per l'assistenza a pazienti cronici. Le *équipe territoriali* si distinguono dalle Unità Territoriali di Assistenza Primaria (UTAP) che, invece, sono legami strutturali su base volontaria e sperimentale, in grado di rappresentare veri e propri centri di responsabilità territoriali in grado di lavorare per obiettivi ed assicurare risposte complesse al bisogno di salute tramite il coinvolgimento attivo dei MMG, MCA, PLS, Specialisti ambulatoriali, Medici dei servizi ed Assistenti sociali.

²³⁸ Al riguardo va detto che l'uscita di questo documento non fu scevra di obiezioni, che ne rallentarono la concreta applicazione da parte delle Regioni e delle ASL. Il Consiglio di Stato infatti sollevò la questione (non accolta) dell'illegittimità della pratica medica in associazione, in quanto lesiva dei requisiti di *esclusività e fiduciarità* che fondano la prestazione del medico di famiglia rispetto ai propri pazienti. Ciò ha contribuito a corroborare la concezione tradizionale del medico di tipo libero-professionale dalla quale, *di fatto*, l'associazionismo ha preso le distanze [Longoni 2000; www.occhioclinico.it/cms/].

con differenti funzioni: le prime²³⁹ - infatti - sono esclusivamente indirizzate all'acquisto o alla gestione di strumenti utili per lo svolgimento dell'attività medica (sedi associative, poliambulatori, attrezzature, personale, organizzazione, servizi informativi e di formazione, ecc.) mentre le seconde²⁴⁰ forniscono prestazioni ed assicurano beni e servizi direttamente ai cittadini.

Rispetto all'accordo del 2000 il lato qualificante la convenzione del 2005 consiste nel focalizzare l'attenzione sulla necessità di implementare forme associative più complesse in termini *organizzativi*, allo scopo di integrare pienamente la medicina generale nel sistema di offerta delle prestazioni (Asl e Distretto). In effetti, se le "forme associative" della medicina generale (in associazione, di rete o di gruppo) intervengono a modificare le relazioni e il *modus operandi* dei medici di famiglia, le "forme organizzative" (équipe territoriali, Utap, ecc.) vanno ad agire all'esterno della categoria e, cioè, a livello di programmazione distrettuale e di *clinical governance* dei MMG.

Potenziare le forme di associazionismo medico rappresenta di fatto una delle modalità per realizzare la clinical governance, intesa come riconoscimento dell'autonomia professionale inserita organicamente in un sistema di responsabilità sul piano dell'efficacia assistenziale, dell'efficienza organizzativa e dell'economicità di gestione non solo dichiarata, ma sottoposta a verifiche che non siano burocraticamente imposte dall'alto in basso, ma siano condivise dai medici che hanno il rapporto diretto con i pazienti [Galli, Heller e Tedeschi 2005:252-253].

Nell'ottica del potenziamento dell'associazionismo medico e del superamento della tradizionale separatezza tra medici di assistenza primaria ed aziende sanitarie la medesima convenzione introduce espedienti di stimolo, come i compensi "aggiuntivi"²⁴¹ e "di risultato"²⁴², per l'*adesione volontaria* (ad eccezione delle associazioni semplici di ambienti e

²³⁹ Possono assumere la forma giuridica di cooperativa o di società a responsabilità limitata. La loro introduzione tra le forme associative della medicina generale ha sollevato il problema se considerarle come quarta tipologia dell'associazionismo medico oppure escluderle da tale possibilità; la regione Emilia Romagna ha abbracciato la prima ipotesi riconoscendo le cooperative come modello associativo i cui MMG membri possono essere incentivati come medicina in rete [Giarelli e Patierno 2006:25].

²⁴⁰ Si tratta principalmente della sperimentazione delle Unità Territoriali di Assistenza Primaria (UTAP) che a livello regionale ha trovato varie denominazioni e modalità di realizzazione ed implementazione (UTAP nella regione Veneto, Lazio e Friuli Venezia Giulia, *Equipe territoriali* nelle Marche, Piemonte ed Umbria, *Unità di Cure primarie* in Toscana, *Nuclei di Cure primarie* in Emilia Romagna ed Abruzzo, *Gruppi di Cure Primarie* in Lombardia [fonte: Rapporto *Meridiano Sanità 2007*; vedi link: www.pfizer.it/cont/pfizer-italia-meridiano-sanita/0807/2400/meridiano-sanita.asp].

²⁴¹ L'Accordo Collettivo Nazionale del 2005 ha stabilito anche una *quota variabile di compenso* del medico generalista o pediatra di libera scelta legata alla concreta erogazione, nei modi concordati con il Distretto, dell'assistenza domiciliare *in forma aggregata* (ADI, ADP). La quota variabile si aggiunge al tradizionale compenso per quota capitaria.

²⁴² Gli incentivi per risultato, che si stanno diffondendo in questi ultimi anni in quasi tutte le Regioni, sono disciplinati dagli Accordi decentrati a livello regionale e realizzate tramite patti aziendali con i MMG che aderiscono a forme associative "evolute", finalizzate alla realizzazione di obiettivi specifici di miglioramento della salute soprattutto nell'area della fragilità e non autosufficienza.

personale senza condivisione di obiettivi di salute con il Distretto) nonché *per l'adozione di tecnologie* (es. il collegamento informatico in rete).

Inoltre, per una migliore aderenza e capacità di risposta alle esigenze locali, le *associazioni sperimentali* vengono demandate alla negoziazione regionale (accordi integrativi regionali) non soltanto per disciplinarle, ma anche per prevedere ulteriori fisionomie²⁴³ da realizzare nel proprio ambito territoriale.

In linea con l'obiettivo di rendere l'associazionismo un elemento strutturale ed integrante del rapporto contrattuale tra medico di famiglia e SSN, l'accordo del 2009 compie un passo deciso verso il superamento della *volontarietà*, indicando in modo esplicito che i medici *devono* operare in Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)²⁴⁴ e, nell'ambito degli accordi regionali, anche in Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP).

Con l'ACN del 2009 si attua un capovolgimento del sistema di relazioni esistenti tra medici di famiglia e le Aziende sanitarie locali: se finora queste ultime hanno aspettato le domande da parte dei MMG di costituzione di forme associative, ora obiettivo dei Distretti e dei responsabili della medicina di base sarà quello di elaborare proposte, momenti di dibattito, di stimolo culturale, percorsi, sistemi premianti che incentivino i medici ad aderire massicciamente alle forme associative [Bellentani 2009:35].

Come sostenuto da Maria Concetta Bellentani, l'*obbligatorietà* stabilita dalla nuova convenzione sottopone a cambiamento non solo la pratica dei medici generici, ma anche il comportamento delle aziende sanitarie e dei distretti, chiamati ad agire in modo *proattivo* per la promozione delle forme associative piuttosto che attendere l'adesione volontaria e spontanea dei professionisti. Se *il fare* anziché *l'attendere* rappresenta un punto di forza del documento non altrettanto può dirsi circa le modalità di messa in atto dell'obbligatorietà. Essa, infatti, viene introdotta con la creazione di aggiuntive forme organizzative (AFT e UCCP), che però non vanno a sostituire e/o modificare i precedenti modelli delle équipe territoriali e delle unità territoriali di assistenza primaria decisi dall'ACN del 2005.

L'effetto più immediato di questa proliferazione di modelli è espresso dalla necessità di *interpretazione* dell'esistente, contraddistinto dalla presenza di svariate configurazioni delineate sia in sede nazionale (accordo collettivo nazionale) che regionale (accordo integrativo). Al riguardo, l'unica indicazione offerta dal documento del 2009 consiste nella catalogazione dei modelli in due tipologie: *funzionali* ed *erogativi/strutturali*²⁴⁵.

²⁴³ Un esempio è costituito dall'Ospedale di Comunità o *Country Hospital*.

²⁴⁴ Per la natura e i compiti dell'AFT come pure dell' UCCP si rimanda al Capitolo 4, paragrafo 4.4.2.

²⁴⁵ Già l'Accordo del 23 marzo 2005 riconduceva le forme organizzative della medicina generale a due diverse classificazioni: funzionali (es. *équipe territoriali*) e strutturali (*Unità territoriali di assistenza primaria*). Cfr. nota n. 20.

Il modello *funzionale* si basa sullo sviluppo delle responsabilità dei professionisti e sulla loro capacità di lavorare in team con momenti di confronto specifici, ma non incide sull'organizzazione delle strutture in quanto non richiede la definizione di sedi comuni. L'esempio tipico è quello delle équipes territoriali ed ora anche delle aggregazioni funzionali territoriali, ambedue fondate sul raccordo funzionale tra i vari operatori realizzato non in forma spontaneistica ma pianificata, così da poter condividere percorsi assistenziali e modalità di erogazione delle prestazioni. Il rapporto con il distretto non è particolarmente strutturato e si svolge attraverso la partecipazione ad organismi dove la medicina generale, oltre ad essere rappresentata, ha competenza organizzativa e programmatica (es. Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali) e di monitoraggio (es. Sistema dell'appropriatezza).

Il modello *erogativo/strutturale* si caratterizza, invece, per essere fondato su precise disposizioni organizzative (sede unica, attività di front-office, ampia accessibilità, assistenza infermieristica, gestione delle attività, ecc.) e su un elevato grado di coinvolgimento dei professionisti del territorio nei percorsi assistenziali. Esempi specifici sono offerti dalle UTAP, dai Nuclei/Gruppi di cure primarie, dalle UCCP nonché dalle Case della Salute.

A differenza del modello funzionale questo secondo modello è contraddistinto da un rapporto con il distretto fortemente integrato, essendone una unità operativa oppure un presidio (Casa della Salute). Per l'organizzazione e la gestione di tale rapporto è frequente la scelta *dipartimentale*, all'interno della quale il distretto assume una funzione di tutela e committenza mentre quella di controllo della domanda e del livello di erogazione viene affidata, appunto, alla "struttura" della medicina generale.

Se questo, a grandi linee, è il canovaccio normativo da cui l'associazionismo medico trae origine ed evolve, la domanda da porsi a questo punto non può che riguardare la realtà effettiva del fenomeno in termini di diffusione sul territorio, di impatto sul lavoro clinico del medico di famiglia, sul rapporto con l'Asl ed il distretto e molto altro ancora.

La modalità di risposta che probabilmente meglio si adatta all'impresa consiste nella meta-analisi delle ricerche italiane condotte sul tema. Nonostante l'esiguità numerica di tali studi emerge, come fattore ricorrente, la predilezione per la *medicina di gruppo* quale specifico oggetto di indagine per via degli ampi risvolti professionali ed organizzativi da essa sottesi.

In effetti, la prima ricerca nazionale svolta nel 2000 dal Centro Studi e Ricerca in Medicina Generale²⁴⁶ (CSeRMeG) si è focalizzata proprio sull'associazionismo "di gruppo", che ha cercato di documentare sia in relazione al grado di diffusione del fenomeno che alle caratteristiche legate esercizio dell'attività medica. A causa della limitata adesione alla ricerca da parte degli Ordini Provinciali dei medici in Italia²⁴⁷, i risultati dello studio non possono dirsi "rappresentativi" delle diverse realtà territoriali pur offrendo un importante contributo per la conoscenza iniziale della medicina di gruppo.

Il quadro complessivo che emerge da questo studio evidenzia già alcuni elementi caratterizzanti il fenomeno dell'associazionismo medico sia nei suoi punti di forza che di criticità. In primis, la mancanza di poter stabilire con *esattezza* l'estensione numerica di tale modello nonostante risulti - dal campione di riferimento - una buona predisposizione dei MMG ad associarsi in gruppo. Al riguardo un altro studio sulle cure primarie svolto nel 2001 da Cavallo, Gerzeli e Vendramini segnala l'associazionismo come modalità di organizzazione professionale diffusa nell'86,4% sul totale delle aziende sanitarie coinvolte nella ricerca (n.162), ma non offre dati più precisi sulla numerosità di ogni singola forma associativa - *semplice, di gruppo e in rete* - né sulla loro distribuzione territoriale.

Si avranno solo in anni più recenti alcune stime sul grado di diffusione dei modelli associativi²⁴⁸, dai quali risulta (dati risalenti al 2008²⁴⁹) che la medicina di gruppo è la prima forma associativa a livello nazionale con il 23% delle scelte a cui fanno seguito la medicina in associazione con il 18% delle preferenze e, quindi, quella in rete con il 17%.

Le regioni con il maggior numero di medici associati sono quelle del centro nord (Veneto, Liguria Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche) con alcune differenze circa la forma prescelta: *associazione semplice* in Veneto (43%) e Marche (38%), *di gruppo* in Liguria (42%) ed Umbria (35%), *in rete* in Emilia Romagna (36%), "ex equo" tra associazione semplice e di gruppo (31%) per la regione toscana. In Lombardia, dove il medico di medicina generale è prevalentemente interpretato come produttore di cure primarie piuttosto che di governo della domanda, il fenomeno dell'associazionismo è più ridotto con il 27% delle preferenze per la medicina in rete ed il 20% per quella di gruppo.

²⁴⁶ Per un quadro più completo della ricerca si rinvia alla lettura del saggio di Giovanni Rizzi (2000), "Lavorare assieme è meglio, ma sono pochi a farlo" in *Occhio Clinico* n.7 disponibile su: www.occhioclinico.it

²⁴⁷ Sono stati interpellati tutti i 103 Ordini Provinciali, ma soltanto 19 di questi hanno ufficialmente partecipato alla ricerca per un totale di 181 gruppi di MMG censiti, concentrati a Roma n.63, Firenze n.55, Pordenone n.22 e Verona n.21.

²⁴⁸ L'ultima indagine delle forme organizzate in medicina generale ad opera del Ministero della Salute è del dicembre 2004.

²⁴⁹ Elaborazione da A. Ceccarelli, A. Palmieri, F. Di Vincenzo, A. Cicchetti "Ricognizione sulle nuove forme di organizzazione della medicina territoriale per l'erogazione delle cure primarie" in: *Rapporto Osservasalute 2008* (disponibile al link: <http://www.osservasalute.it>).

Ritornando alla ricerca dello CSeRMeG tra i vari punti di debolezza rilevati, oltre alla difficoltà di poter disporre di dati numerici *certi*, ve ne sono altri che riguardano l'aspetto più propriamente operativo. L'indagine, infatti, mette in evidenza lo scarso utilizzo della strumentazione tecnologica come pure di altro personale sanitario o di segreteria²⁵⁰ e, cosa ancor più eclatante, la scarsa rotazione dei pazienti alla luce della continuità assistenziale.

Tra i fattori di forza compaiono, invece, la prassi abbastanza diffusa della formazione continua direttamente sui casi clinici e la garanzia della continuità assistenziale nei giorni festivi e nel periodo di ferie [Rizzi 2000].

Da quanto esposto si può sostenere che l'immagine che ne esce è di una medicina di gruppo *ambivalente* tesa tra componenti ancora palesemente legati alla tradizione, come l'esclusività del rapporto di fiducia coi propri assistiti, ed altri decisamente innovativi, come il fornire più servizi con minor dispendio di tempi e di risorse e la formazione continua come momento di discussione attiva tra i medici stessi (*peer review*).

Una conferma in tal senso viene fornita dalla ricerca di Landau e Brambilla (2001) del Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sociale e Sanitaria (CERGAS), che ha indagato l'associazionismo di gruppo nella provincia di Milano; scopo della ricerca era di portare a galla l'eventuale scarto tra ciò che veniva indicato come "medicina di gruppo" e la realtà effettiva dello stato delle cose. Dai risultati ottenuti si è potuto constatare come, nella gran parte dei casi, non vi fosse una reale corrispondenza tra il *dichiarato* ed il *comportamento effettivo* dei medici di famiglia rispetto alla realtà del gruppo. E difatti, nonostante venissero indicati tra i maggior vantaggi²⁵¹ della medicina di gruppo fattori come il confronto culturale tra colleghi (al fine di uscire dall'isolamento professionale), la possibilità di effettuare più facilmente le sostituzioni ed il poter rispondere in modo più appropriato ai bisogni del paziente grazie al ricorso alla specialistica e ad ambulatori dedicati a specifiche patologie, nei fatti risultava esserci un notevole divario tra il *dire* ed il *fare*. I momenti di *peer review* non erano strutturati in precisi occasioni formali di confronto (es. seminari, riunioni interne, ecc.) e la formazione risultava ancora a discrezione del

²⁵⁰ La medicina di gruppo è la forma associativa che meglio consente l'ingresso della tecnologia nella pratica medica e l'impiego di collaboratori sanitari e di segreteria grazie al miglior ammortamento dei costi tra le figure professionali associate.

²⁵¹ Uno degli studi più noti circa le *motivazioni* della scelta associativa da parte dei medici di MG è quello di Cinzia Brunello del 2001 raccolto nel saggio "Le forme di associazionismo medico: contenuti assistenziali e fattori produttivi di sostegno", in Longo F, Vendramini E. et al. "*Il budget e la medicina generale*", McGraw-Hill, Milano. Tra le motivazioni teoriche dell'adesione dei MMG alle forme associative vengono indicate dall'autrice: possibilità di dibattito culturale, miglioramento delle prestazioni professionali, economia di scala ed incentivi di gruppo, maggiore legittimazione del proprio ruolo, economie di comunicazione e confronto tra pari.

singolo medico; analogamente dal punto di vista delle opportunità per il paziente emersero incongruenze rilevanti a fronte dell'esigua possibilità di effettuare consultazioni specialistiche all'interno del gruppo e della totale mancanza di rotazione dei pazienti. Le conclusioni dedotte dai nostri due autori, pur se territorialmente circoscritte, convalidano l'ambivalenza tra tradizione ed innovazione rilevata dall'indagine CSeRMeG nella misura in cui la medicina di gruppo appare privata del suo elemento costitutivo e, cioè, *l'identità di gruppo*. Si legge a proposito:

[...] se il gruppo fosse coeso non esisterebbe “la paura” che il paziente cerchi un altro parere. Di fatto i medici scoraggiano la rotazione dei pazienti dal momento che il gruppo non è ancora un'entità organizzata basata sulla “fiducia reciproca” [Landau e Brambilla 2001:97]

ed ancora:

La poca fiducia tra i membri del medesimo gruppo sul fatto che un collega non “cederà” alle pressioni dei pazienti [...] indica che il gruppo non è riuscito a creare un confronto professionale vero. L'attenzione al “curare il paziente” è rimasta in ombra e ogni membro del gruppo rimane ancorato all'idea di “soddisfare il paziente” anche per non far vedere il suo operato al collega. [Tutto questo denota] un'interpretazione della medicina di gruppo come insieme di singoli medici che fanno come facevano da soli, che non come medicina di gruppo in sé [ibidem:100-101].

All'origine di tale *assenza di fiducia reciproca* Landau e Brambilla pongono il fattore strutturale della modalità di retribuzione dei medici di MG fondata sul numero delle scelte, la quale tenderebbe ad alimentare un comportamento di schermo del proprio bacino di utenza e, di conseguenza, un'identità professionale individuale piuttosto che collettiva.

Le zone di ombra e di luce che abbiamo visto caratterizzare la *pratica associativa* in generale e quella *di gruppo* in particolare, vengono confermate da un altro studio - anch'esso territorialmente circoscritto (Emilia Romagna) - svolto nel 2004-2005 dal Dipartimento di Sociologia²⁵² dell'Università di Bologna e relativo alle problematiche dell'associazionismo del medico di medicina generale [Giarelli e Patierno 2006]. L'analisi di questa ricerca - oltre a dare un contributo conoscitivo del fenomeno associativo - serve soprattutto per delineare il contesto di sfondo entro il quale prende forma il nostro progetto di ricerca sull'assistenza primaria e la Casa della Salute. Il primo elemento da porre in evidenza riguarda i *numeri*, ovvero, la quantità dei medici coinvolti, di

²⁵² Tale progetto di ricerca regionale si contestualizza nell'ambito di una più ampia ricerca nazionale a finanziamento CNR-MIUR su “La professione medica di fronte alle trasformazioni del sistema sanitario italiano” [Cipolla, Corposanto e Tousijn 2006].

popolazione assistita e di forme associative attivate (quante e quali); i dati disponibili sono frutto dell'elaborazione degli elenchi forniti dalla Regione²⁵³ posti a confronto con quelli procurati da ciascuna Asl.

In valori percentuali (%) il quadro emiliano è caratterizzato dalla prevalenza della forma associativa *in rete* che coinvolge oltre il 30% dei medici di famiglia con una copertura della popolazione pari al 34,09% del totale degli assistiti; a livello territoriale la distribuzione si contraddistingue nel seguente modo:

- la medicina *in associazione* predomina nella provincia di Cesena (34,64% MMG - 39,53% pop.) e di Ferrara (22,04% MMG - 22,83% pop.) e nel complesso registra il minor numero di aderenze da parte dei medici (13,81%) con una percentuale di assistiti del 15% sul totale della popolazione;
- la medicina *in gruppo* è particolarmente diffusa nelle provincie di Rimini (42,79% MMG - 45,75% pop.) e di Bologna (31,85% MMG - 35,90% pop.), ottenendo il 19,53% delle preferenze da parte dei medici con una copertura del 21,86% degli assistiti;
- la medicina *in rete* si propaga nelle restanti provincie²⁵⁴ tra cui spiccano Forlì, che ha il valore percentuale più alto (50,98% MMG - 57,20% pop.), Parma (48,41% MMG - 52,96% pop.) e Modena (48,03% MMG - 54,41% pop.).

Sotto il profilo organizzativo l'indagine ha rilevato miglioramenti sia nell'uso delle tecnologie che delle prestazioni e, difatti, tutti gli studi sono muniti di computer, parecchi di questi possono anche gestire la cartella clinica informatizzata, prenotare visite e/o esami specialistici ed effettuare in ambulatorio ecografia ed elettrocardiogramma. Anche l'accesso è notevolmente agevolato grazie ad orari di visita più flessibili, alla possibilità per il paziente di trovare - in caso di necessità - un altro medico della stessa associazione ed all'istituzione del servizio di segreteria, che oltre ad organizzare l'agenda dei vari appuntamenti sbriga molte delle incombenze burocratiche a carico dei medici. Ergo:

Il rapporto medico-paziente è anch'esso migliorato. Le innovazioni strutturali-organizzative derivanti dalla pratica associativa (orari più ampi, presenza di altro personale, visita su appuntamento, maggiori strumentazioni in studio, ecc.) hanno permesso ai medici di essere più rilassati e concentrati unicamente sulla pratica clinica, nonché di poter fornire maggiori prestazioni rispetto ad uno studio singolo [Pizzardo 2006:73].

²⁵³ Assessorato Regione Sanità Emilia Romagna.

²⁵⁴ Le altre provincie sono: Reggio Emilia (47,71% MMG - 52,04% pop.), Ravenna (39,87% MMG - 42,75% pop.), Imola (31,63% MMG - 37,74% pop.) e Piacenza (29,15% MMG - 35,07% pop.).

I cambiamenti a livello *meso* (dimensione organizzativa) producono, quindi, effetti positivi nella relazione “medico-paziente”, ma anche in quella “medico-medico”.

L’impatto dell’associazionismo sul lavoro clinico è, infatti, percepito dai MMG in termini di *innovazione* ed *arricchimento professionale*: d’innovazione, perché il lavoro in squadra consente la fuoriuscita dall’autoreferenzialità/individualismo del medico di famiglia; di arricchimento professionale, perché il far parte di un gruppo richiede la condivisione di linee guida e momenti di confronto tra pari.

Da notare, tuttavia, che anche in questo studio emerge la criticità della scarsa/nulla intercambiabilità dei medici come pure della rotazione tra pazienti. Nel primo caso si tratta di una scelta consapevole del paziente²⁵⁵ che - pur sapendo di potersi rivolgere ad un altro medico dell’associazione - preferisce ricorrere al proprio medico di *fiducia*; nel secondo caso, come già rilevato dalla ricerca di Landau e Brambilla e dall’indagine dello CSeRMeG, si privilegia assumere un comportamento *difensivo* il proprio bacino d’utenza, il cui esito è rappresentato dalla sostanziale permanenza della pratica tradizionale fondata sul caposaldo “un medico-un paziente” e sulla forte personalizzazione del rapporto.

Ultimo aspetto da porre in risalto riguarda la relazione con le aziende sanitarie. È questo l’ambito dove emergono le maggiori difficoltà e dove più occorre lavorare nell’immediato futuro. In merito lo studio condotto nel 2001 da Cavallo et al. rivelava già allora la mancanza di una reale funzione di governo della medicina generale da parte delle aziende e, quindi, dei distretti; troppi gli interlocutori che si interfacciavano con i MMG con messaggi non sempre convergenti ed unitari. In tale luce, l’associazionismo medico poteva/può rappresentare per le Asl un efficace strumento di gestione della medicina generale, perché in grado di coinvolgere i professionisti nella condivisione di responsabilità ed obiettivi specifici [Tozzi e Vendramini 2004]. Ma è davvero così? Dalla ricerca a cura di Giarelli e Patierno sembrerebbe di no.

In effetti, nonostante il servizio sanitario regionale abbia completamente accolto la normativa nazionale (art.40 del DPR 270/2000) e le convenzioni del 2005 e 2009, il ruolo dell’associazionismo medico nei confronti dell’Asl - con particolare riferimento al distretto e all’organizzazione delle cure primarie - risulta poco o per nulla mutato.

[...] molti medici intervistati dichiarano di sentirsi scarsamente considerati dalle istituzioni. Non si registra, infatti, alcun cambiamento nella pratica in associazione che si traduca in un incremento o miglioramento della relazione con le Ausl nel senso di feedback tra le associazioni e gli Enti. In sostanza, le Ausl chiedono di rispondere a momenti di controllo e di verifica ma, allo stesso tempo, si dimostrano

²⁵⁵ Tendenzialmente l’utenza ricorre anche agli altri medici dello studio associato in *caso di emergenza* o di *prescrizione di farmaci*.

poco sensibili ad istanze o a proposte provenienti dalle medesime associazioni [ibidem:74].

La posizione in ombra assunta sin qui dall'azienda sanitaria non può che scontrarsi con una realtà associativa che, in Emilia Romagna, comprende il 70% dei medici di MG e che, secondo gli intenti normativi, è destinata a diventare *obbligatoriamente* prassi operativa diffusa in riferimento alle forme organizzative complesse come le équipes territoriali/nuclei gruppi di cure primarie, le unità territoriali di assistenza primaria, le aggregazioni funzionali, le unità complesse di cure primarie, le Case della Salute, ecc.

Come osservato in precedenza (cfr. paragrafo 5.1) i fattori ostacolanti il rapporto tra l'azienda sanitaria locale e la medicina generale sono legati, in gran parte, al divario tra il modello organizzativo *divisionale/verticale* della prima, in base al quale ogni figura assume una posizione precisa all'interno della gerarchia dei ruoli e delle funzioni, e la professione *liberale* del medico di famiglia, che - di fatto - rende tale figura esterna alla dimensione divisionale dell'Asl e, quindi, del distretto. L'adempimento di una medicina primaria *moderna* esige invece il totale inserimento/coinvolgimento della medicina generale nelle attività distrettuali di coordinamento ed orientamento complessivo della produzione sanitaria, che in termini di ricaduta significa operare cambiamenti circa il sistema di relazioni ed apicalità tipici del modello organizzativo sanitario. Tuttavia, per conseguire i processi d'innovazione ritenuti necessari non possono bastare le semplici affermazioni legislative, le quali - come dimostra lo stato delle cose - non sono in grado di indurre quei reali cambiamenti che solo nuove modalità relazionali possono produrre. È sul sistema dei rapporti e delle relazioni interni all'azienda sanitaria e al distretto ciò su cui occorrerebbe maggiormente lavorare, così da alleggerire e cancellare quei vincoli strutturali (es. differenze contrattuali) che ancora fanno percepire il medico di famiglia un soggetto "al di fuori del sistema" e potenzialmente lesivo dell'ordine verticale del modello sanitario. Lo sforzo richiesto non è semplicemente di carattere gestionale ed organizzativo, ma anche di carattere culturale - ovvero - rivolto alla creazione di un sistema di valori, entro cui ciascun professionista possa intravedere le opportunità legate al cambiamento sia per se stesso che per il sistema nel suo complesso.

Tale sforzo, come sostenuto da Vespa [2006:172], deve essere compiuto sia da parte delle Asl che della medicina generale ed infatti:

La medicina generale deve trovare in sé le forze per costruire un sistema che dal lato professionale, strettamente inteso, tenda all'eccellenza delle prestazioni e che dall'altro sia capace di adattare se stessa al momento storico, alle opportunità ed ai cambiamenti che si affacciano nel mondo della salute. I pilastri di tale capacità sono, da un lato, una struttura associativa diffusa, presente e capace di presidiare luoghi

fisici, in grado di farsi riconoscere ed identificare dal cittadino come base strutturale, come hardware, del complesso dei bisogni sanitari e dall'altro, un'organizzazione della formazione, non intesa come generico momento culturale, ma come base necessaria per nuove azioni per un nuovo fare, il software del sistema per l'adattamento delle cure primarie all'innovazione. In conformità a tali premesse, ed all'interno dell'attuale organizzazione sanitaria, le Direzioni generali delle Aziende sanitarie debbono costruire lealmente le premesse organizzative, affinché il sistema delle cure territoriali sia in grado di recitare realmente quella parte che la programmazione regionale ed il Piano sanitario gli hanno attribuito.

Nell'ottica del superamento dei problemi tuttora in campo va intesa la proposta formulata da uno dei maggiori organi sindacali dei MMG, la Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (FIMMG), il cui intento generale è stato quello di individuare una *soluzione di sistema*, articolata e strutturata, anziché proporre singoli correttivi per singole criticità. Significativa la scelta del verbo *rifondare*, posto nel titolo della proposta Fimmg, che sta ad indicare la volontà della categoria - o di gran parte di essa²⁵⁶ - di ripensare la medicina generale dalla sue fondamenta, dalle radici da cui la professione ha avuto il suo sviluppo e per le quali oggi si trova a dover affrontare la sfida del rinnovamento. In che cosa consista tale proposta è quanto si andrà ad esporre nel prossimo paragrafo.

5.3 - Linee di orientamento per il futuro: la proposta di *ri-fondare* la Medicina Generale italiana

Il documento *“La ri-fondazione della medicina generale”*, approvato con voto unanime dal Consiglio Nazionale della Fimmg nel mese di giugno 2007, nasce all'insegna di una precisa volontà politica: ridare *motivazione e dignità* alla categoria così che la medicina generale possa inserirsi a pieno titolo nel sistema sanitario nazionale e fuoriuscire da quell'emarginazione strutturale che oggi la contraddistingue. Nelle pagine iniziali dell'atto, oltre ad una sintetica disamina dei fattori che hanno determinato o - comunque - favorito tale situazione, emerge chiaramente la consapevolezza che:

Se in oltre venti anni di attività sindacale non siamo riusciti ad invertire la tendenza all'emarginazione della nostra categoria, nonostante la nostra piena consapevolezza della sua insostituibilità, significa che fino ad ora non abbiamo saputo incidere sui problemi fondamentali [ivi:7].

All'autocritica segue, quindi, una proposta articolata sul *che cosa* dovrebbe essere fatto *“per consentire alla medicina generale di esprimere al massimo le sue potenzialità assistenziali in*

²⁵⁶ Si stima che gli iscritti a questo sindacato siano oltre il 50% dei circa 59.000 medici di medicina generale italiani [fonte: Fimmg 2012].

funzione delle esigenze della persona assistita e del Sistema Sanitario Nazionale” [Milillo et al. 2009:787].

In tale prospettiva il progetto delineato dalla Federazione muove nella direzione di valorizzare quelli che sono già gli aspetti positivi della MG - quali il rapporto di fiducia continuato nel tempo e la distribuzione capillare sul territorio - per arrivare ad ottenere tre obiettivi sostanziali:

1. portare i medici di famiglia a lavorare in squadra per superare la condizione di isolamento ed autoreferenzialità;
2. riscoprire stimoli motivazionali in grado di rinnovare lo slancio professionale, il sentimento di dignità e di soddisfazione verso la propria professione;
3. consentire ai professionisti come pure ai committenti di verificare, analizzare e valutare l'attività assistenziale erogata anche ai fini di una programmazione appropriata.

Per semplicità di analisi, nonostante l'interdipendenza delle tre finalità, vediamo ora nel dettaglio le azioni suggerite per ciascuna di esse a partire dal *lavoro di squadra*. Rispetto alle forme associative della medicina generale quale sarebbe il passo in avanti individuato dalla Fimmg? La risposta che viene sostanziata nel documento è quella di creare l'Unità di medicina generale (UMG)²⁵⁷, intesa quale *unità organizzativa elementare* a cui afferiscono necessariamente i medici *dell'area della medicina generale* della quale fanno parte sia il settore dell'assistenza primaria che della continuità assistenziale.

Differentemente l'associazione²⁵⁸, così come prevista dalle norme, è composta esclusivamente da MMG (assistenza primaria) con la conseguenza che nel pacchetto delle prestazioni erogabili sono di fatto escluse quelle della continuità assistenziale, ovvero, le 12 ore di accessibilità allo studio medico e le 24 ore di assistenza domiciliare. In tale luce, l'UMG²⁵⁹ rappresenta un elemento di progresso che permette di coniugare il superamento

²⁵⁷ Il modello organizzativo dell'*Unità di Medicina Generale* corrisponde a ciò che nell'Accordo Collettivo Nazionale del 2009 è stata denominata *Aggregazione Funzionale Territoriale*.

²⁵⁸ Per quanto riguarda la “medicina di gruppo” è l'unica forma associativa che può essere ricompresa all'interno dell'UMG. Si legge al riguardo: “La medicina di gruppo viene anch'essa superata dall'UMG sul piano del riconoscimento convenzionale e dei relativi incentivi, ma avendo come caratteristica fondamentale la sede unica, può essere ricompresa all'interno e nell'ambito dell'UMG, attraverso la messa a disposizione della sede e della logistica che possono costituire un substrato strutturale ed organizzativo di una parte della definitiva UMG [Milillo et al. 2009:798].

²⁵⁹ La cui istituzione a livello organizzativo prevede che essa faccia parte del Dipartimento di Medicina Generale e sia posta all'interno del distretto. All'interno dell'UMG i medici si organizzano con modalità di studio singolo o in forme più complesse fino eventualmente alle UTAP o alle Case della salute. Recita in merito il documento: “I componenti di una UMG possono concentrare la loro attività in un'unica sede fisica, anche insieme ad altre UMG e ad altri servizi, oppure essere distribuiti in studi singoli sparsi sul territorio a seconda delle necessità oro-geografiche, della programmazione locale e di quella propria

del lavoro solitario con la necessità di garantire alla popolazione assistita - in modo unitario e coordinato - *tutte* le funzioni e i compiti della medicina generale. Cita il documento Fimmg:

L'UMG in pratica non costituisce una struttura fisica, ma è un sistema di relazioni fra componenti della stessa area professionale, nell'ambito del quale possa realizzarsi il coordinamento ottimale dell'azione dei singoli in modo tale da garantire, nel rispetto della necessaria autonomia professionale individuale, quei livelli di assistenza che il singolo operatore non può assicurare.

Appare evidente che l'operato dell'Unità di medicina generale non possa bastare da solo ad assicurare i livelli essenziali di assistenza (LEA) e che, pertanto, necessita di essere integrato con le attività di altri professionisti. Nella proposta di *ri-fondazione*²⁶⁰ questo tipo d'integrazione avviene entro i cosiddetti "modelli erogativi", che nell'ACN del 2009 sono diventati le *Unità Complesse di Cure Primarie*; sulla base di quanto già detto a proposito delle UCCP²⁶¹ si può facilmente comprendere che la differenza sostanziale con le UMG consiste nelle categorie di professionisti che ne fanno parte: entità omogenea nel caso dell'Unità di MG ed entità multiprofessionale nel caso delle Unità Complesse. Dalla squadra semplice, di soli medici di famiglia e di continuità assistenziale, si passa alla squadra allargata dove il valore aggiunto è dato dall'interconnessione di competenze professionali differenti quali la pediatria di libera scelta e la specialistica ambulatoriale.

Nel documento della Fimmg, tuttavia, si pone in evidenza un aspetto cruciale perché possa esserci un vero lavoro di squadra e, cioè, eliminare o attenuare ciò che finora è stato uno dei maggiori problemi della categoria: la *concorrenza tra i professionisti*. Finché l'indicatore principale del successo lavorativo ed economico dei medici di famiglia sarà il

dell'UMG stessa. L'UMG, non è una forma associativa e pertanto non cancella o modifica necessariamente le attuali forme associative previste dall'Accordo Collettivo Nazionale o dagli Accordi Integrativi Regionali. I medici appartenenti ad una UMG possono continuare a lavorare in medicine di gruppo diverse o nel proprio studio" [Fimmg 2007:28].

²⁶⁰ Si rammenta che, tra il mese di marzo e quello di aprile 2012, sono state inviate al Ministero della Salute le proposte sul riordino delle cure primarie a firma congiunta di quattro sindacati: Cimo, Fimmg, Fimp e Sumai. Il documento si fonda su due richieste fondamentali: una legge sulla *governance* che stabilisca anche i rapporti tra i professionisti territoriali ed ospedalieri e, soprattutto, una legge che chiarisca il ruolo giuridico dei convenzionati, confermando la riforma dell'articolo 8 del D.Lgs. 502/92 concordata con l'ex ministro Fazio. A questo proposito nel decreto sulla salute proposto a fine agosto dal ministro in carica, Balduzzi, la modifica auspicata (art. 8 D.Lgs 502/92) dovrebbe condurre ad una medicina generale di iniziativa, operativa 24 ore su 24 - sette giorni alla settimana e con al centro la figura dell'assistito, che continuerà ad avere il suo medico *di scelta*, ma all'interno di uno studio associato *di fiducia* (obbligatorio per legge).

²⁶¹ Si rinvia per un approfondimento al Capitolo 4, paragrafo 4.4.2. Ciò nonostante a livello strutturale, si ricorda che l'UCCP, similmente all'UMG, non ha una configurazione ben precisa; può infatti avere una sede unica in cui sono concentrate tutte le attività dei professionisti e degli operatori, oppure, può essere caratterizzata da una struttura "a rete", consistente in più sedi distribuite sul territorio con una di riferimento in cui sono concentrate alcune attività, tecnologie e servizi.

numero degli assistiti è difficile prospettare un reale cambiamento del proprio modo di operare.

Che fare allora? Il suggerimento del sindacato è la ristrutturazione del compenso.

Ad oggi la carriera dei medici di medicina generale inizia con l'assumere l'incarico di continuità assistenziale con 28 ore settimanali, orario che va ridotto nel momento in cui si aggiunge l'attività di assistenza primaria con l'acquisizione di scelte e che si annulla del tutto al raggiungimento delle 650 scelte in carico. Da quest'istante il medico, perdendo il diritto di svolgere attività oraria di continuità assistenziale ed il relativo compenso, è costretto a concorrere alacremente per aumentare in breve tempo il numero degli assistiti dal quale dipende la propria retribuzione. La via d'uscita dall'*impasse* è individuato nel riconoscimento di un'attività professionale che preveda da subito, fin da quando assume la convenzione, il meccanismo della piena occupazione (38 ore settimanali) così che non siano le scelte in carico a determinare significative variazioni nell'entità dell'emolumento. Più precisamente:

Se il medico potesse acquisire la convenzione in medicina generale con un incarico equivalente alla piena occupazione, proponendo lo stesso debito orario previsto per la dipendenza medica, cioè con 38 ore settimanali, potrebbe articolare il suo impegno in attività di continuità assistenziale e/o in altre attività su base oraria. Si propone, quindi, di attivare un meccanismo per cui all'aumento del numero di scelte corrisponda la riduzione dell'attività oraria e, viceversa, alla diminuzione del numero di scelte corrisponda un aumento dell'attività oraria. In tale modo l'entità del compenso professionale rimarrebbe sostanzialmente invariata, perché connessa ad un'attività complessiva, benché articolata nella composizione tra componente fiduciaria (assistenziale) e componente oraria (altra attività) [Milillo et al. 2009: 794].

Per realizzare questa condizione, però, è necessario superare la distinzione dei medici generalisti nei diversi settori di *assistenza primaria* e di *continuità assistenziale* con l'introduzione del cosiddetto *accesso unico* all'area della medicina generale. Attualmente i due rapporti in convenzione vengono assunti, come già detto, in due momenti differenti e sulla base di distinte graduatorie, per tale motivo la proposta della Fimmg va nella direzione opposta di *un'unica graduatoria di accesso* all'incarico convenzionale a tempo indeterminato. Nella fase iniziale del proprio curriculum il medico dovrebbe essere impiegato *esclusivamente* nell'attività oraria per un monte ore equivalente alla piena occupazione della dipendenza, in modo da garantire una gamma più ampia della sola funzione di continuità assistenziale (es. assistenza domiciliare, azioni di prevenzione, collaborazione a specifici progetti assistenziali come l'assistenza a patologie croniche ed altro ancora). Con gli anni le scelte acquisite andranno a completare il pacchetto delle attività erogabili (orarie e fiduciarie), garantendo al MMG un livello retributivo al di sotto

del quale non scendere. La sicurezza retributiva così ottenuta potrebbe avere un ritorno positivo in termini di investimento nella formazione e, quindi, di *avanzamento di carriera*. Sotto tale profilo, infatti, il medico di famiglia è l'unico professionista della sanità che - una volta raggiunto il massimale - è arrivato anche al culmine della propria carriera, cosa che non può non sminuire gli stimoli necessari per il raggiungimento di nuovi ed ulteriori traguardi. Si legge al riguardo:

La demotivazione è ormai diffusa nella categoria a causa della burocratizzazione del lavoro, della ridotta libertà professionale e soprattutto dalla mancanza di una carriera organizzata. In nessun altro campo lavorativo, professionisti altamente qualificati si attendono di lasciare l'attività a 70 anni allo stesso livello di carriera con cui avevano iniziato 30 o 40 anni prima [Proposta Fimmg 2007:33].

La revisione della struttura del compenso, quindi, deve includere anche opportunità di affermazione professionale per il medico generalista come ad esempio - sul modello britannico del *General Practitioner with Special Interest (GPwSI)*²⁶² - l'acquisizione di specifici titoli formativi. Nel documento della Fimmg tale possibilità è lasciata all'adesione volontaria ed attitudinale di ciascun medico anche se in applicazione di una regolamentazione²⁶³ che preveda precisi criteri di esperienza e di formazione per l'esercizio delle *funzioni specifiche*.

Tale nuovo profilo, oltre a svolgere i tradizionali compiti del proprio ruolo, esprime anche un "particolare interesse" verso un'altra disciplina per la quale acquisisce competenze specialistiche. La conseguenza di una simile innovazione è duplice, in quanto concorre a rinnovare lo slancio professionale dei medici di famiglia e, soprattutto, a dare una risposta concreta ai problemi sottesi dall'ultra-specializzazione della medicina ospedaliera. In effetti, l'eventuale introduzione delle *specifiche funzioni* nella medicina generale italiana faciliterebbe il "passaggio del testimone" - dall'ospedale al territorio - circa la gestione degli spazi di cura di minore intensità, spazi che però sono ancora troppo complessi per gli standard classici della MG. Tuttavia, perché tale passaggio non rimanga un miraggio e diventi presto una tangibile realtà, è auspicabile intervenire alla radice del problema: *la formazione*

²⁶² Cfr. il secondo capitolo, paragrafo 2.3.2.

²⁶³ "Per progredire nei diversi livelli di carriera bisogna avere un minimo di convenzionamento nell'area di medicina generale di 3-5 anni e requisiti specifici che devono rispondere a criteri di professionalità a garanzia del servizio da svolgere. Ad ogni livello devono corrispondere determinate funzioni. In particolare, maturata una certa anzianità di servizio, il medico non deve più essere obbligato a svolgere attività di guardia medica o altre attività da individuare sia che abbia acquisito scelte sia che continui a garantire solo attività oraria. Le funzioni di carriera rientrano nelle attività orarie e possono essere svolte con o senza riduzione delle scelte/ore. Il percorso di carriera non è esclusivamente verticale ma circolare, nel senso che all'interno dell'area ogni medico può decidere quale potrà essere la funzione che più lo realizza. È prevista la reversibilità volontaria del percorso" [Ibidem: 34].

universitaria di base. In Italia²⁶⁴ all'interno della Facoltà di medicina non esiste a tutt'oggi un insegnamento "ad hoc" relativo alla medicina generale, così che l'acquisizione del *know-how* professionale è affidato a posteriori all'ambito della pratica.

La medicina generale, come tutti i servizi territoriali, ha sofferto fino ad ora di una mancanza di retroterra culturale comune causato dall'assenza di un insegnamento universitario specificatamente dedicato. D'altro canto, la stessa Università non ha mai dedicato e strutturato un insegnamento che prevedesse contenuti formativi ed indirizzi di ricerca specificatamente orientati alla medicina generale, neanche durante lo stesso corso di laurea; pertanto il *know-how* professionale specifico si è sviluppato nel tempo a partire dalla SIMG e dalle altre Società scientifiche di medicina generale che, però, pur avendo posto la formazione tra i propri obiettivi prioritari ed avendo investito la maggior parte delle proprie risorse in attività a tale scopo orientate, sono riuscite solo in parte ad avviare a tale limite [Milillo & Rossi 2009:831].

Alla mancanza di insegnamenti peculiari durante il corso di laurea si aggiunge, come fattore di debolezza, una formazione post-laurea (per chi vuole diventare MMG) facente capo all'organizzazione *autonoma* di ogni Regione e, pertanto, eterogenea sotto il profilo della didattica, degli obiettivi formativi, delle ore dedicate alle attività teoriche e a quelle pratiche, ecc. In assenza di un "core curriculum", dove siano definiti i livelli essenziali minimi e comuni per la formazione universitaria di base e post-laurea, la proposta Fimmg prevede che *"si riconosca una specializzazione in medicina generale che trovi in ambito universitario la propria collocazione all'interno di un nuovo Dipartimento misto di MG, che abbia come obiettivi prioritari: l'insegnamento della MG durante il Corso di Laurea base, indipendentemente dall'eventuale scelta specialistica successiva; la creazione di una cultura professionale propria; lo sviluppo di una ricerca specifica sia sul versante epidemiologico che in quello farmacologico ed organizzativo; la possibilità di creare un continuum formativo nel corso della vita professionale dei medici di MG"* [ivi:41].

Rispetto al personale docente lo stesso sindacato avanza l'ipotesi di coniugare il mondo accademico - in termini di approccio scientifico e culturale - con l'insieme delle conoscenze e delle competenze che provengono dal contesto della pratica professionale e, pertanto, di affidare l'insegnamento e la ricerca istituzionale²⁶⁵ prevalentemente ai medici

²⁶⁴ Nel resto d'Europa, in USA e in Canada l'insegnamento della medicina generale è presente sia durante il corso di laurea in Medicina sia come specializzazione post-laurea. In ambito europeo il documento che sancisce l'obbligatorietà della formazione specifica in Medicina Generale risale al 1986 (Direttiva n. 457), ma vengono concessi agli Stati membri alcuni anni per il suo recepimento, determinando così diversi ritardi soprattutto in Italia. Per un approfondimento del quadro normativo di riferimento si rimanda alla lettura del saggio di Alessandro Rossi e Giacomo Milillo (2009), "La formazione del medico di medicina generale", in: E. Guzzanti, *"L'assistenza primaria in Italia: dalle condotte mediche al lavoro di squadra"* (p.815-840). Roma: Edizioni Iniziative Sanitarie.

²⁶⁵ In merito viene detto nel documento: *"considerando che da anni il medico generalista svolge funzioni non strettamente di assistenza primaria, legate alla didattica (animatore, tutore, docente, audit), alla ricerca, al management sanitario (gruppi di lavoro, commissioni distrettuali, aziendali o regionali), si avverte fortemente, oggi, la necessità di riscrivere*

di famiglia convenzionati con il servizio sanitario nazionale. Un nodo fondamentale da districare, riconosciuto non solo dagli appartenenti alla categoria (MMG) ma dagli stessi organismi nazionali (Ministero della salute) ed internazionali (OMS, Wonca, ecc.), è quello di sostituire il “vecchio” modello bio-medico *dell’attesa* - efficace per il trattamento degli eventi acuti - con la *medicina d’iniziativa* particolarmente adatta per la gestione preventiva delle complicanze delle malattie croniche. Tra i principali motivi della *ri-fondazione* della MG c’è, infatti, il cambiamento dello scenario epidemiologico (cronicità vs. acuzie) e le mutate esigenze di salute dei singoli e delle società in generale; la gran parte delle azioni assistenziali che oggi devono essere erogate richiedono una presa in carico a lungo termine e la capacità di garantire la continuità delle cure e la qualità delle relazioni tra pazienti e servizi sanitari.

Ciò nonostante la formazione universitaria continua a fondarsi sul paradigma classico della bio-medicina, ovvero, l’*attesa* di un evento patologico su cui mobilitarsi per risolvere il problema di salute insorto. Il persistere in una preparazione professionale non conforme alle trasformazioni avvenute danneggia non solo la categoria dei medici di famiglia dal punto di vista del *saper fare*, ma la stessa capacità della medicina territoriale di fronteggiare convenientemente i mutati bisogni delle persone. Per tali motivi la Federazione italiana dei MMG sostiene l’urgenza di riconvertire la formazione universitaria verso altri modelli come la *medicina di iniziativa*, organizzata in team multiprofessionali e basata sul ruolo proattivo del medico, il quale anziché attendere la manifestazione della malattia agisce preventivamente per evitarla o contenerne gli effetti. La formazione di base, inoltre, dovrà essere connotata di ulteriori contenuti professionali²⁶⁶, che supportino il medico di famiglia nel guidare ed accompagnare l’assistito nel percorso assistenziale e nel realizzare un miglioramento dello stato di salute della popolazione in generale.

Per uscire dall’isolamento professionale e dal disagio della categoria nel documento della Fimmg vengono date indicazioni anche per il raggiungimento di tre mete importanti e cioè: la partecipazione ai momenti decisionali, l’integrazione con altre figure professionali e la valutazione delle attività da parte dei medici di famiglia. In effetti si tratta di traguardi ampiamente auspicati sia dagli addetti ai lavori che dai decisori politici, ma nei fatti poco perseguiti a livello locale se non in alcune rare realtà regionali di eccellenza.

tutte queste funzioni che ruotano attorno all’attività core del MMG (il prendersi cura del paziente, della salute della comunità, della gestione delle cure primarie), fondamentali per favorire la crescita professionale” [ivi:33].

²⁶⁶ Vengono proposte cinque aree formative: clinica, della comunicazione, gestionale, della didattica e della ricerca e della sperimentazione.

Ecco allora che accanto al lavoro di squadra e ai modelli erogativi si sostiene, da parte del sindacato, la necessità di creare le condizioni favorevoli per realizzare un'efficace ed incisiva partecipazione dei medici di MG ai momenti di programmazione e gestione della sanità, attraverso un riconosciuto ruolo *di consulenza* all'interno dei singoli organismi e tramite l'introduzione di meccanismi di partecipazione *garantita e strutturata* dei medici convenzionati ai tavoli di lavoro distrettuali, aziendali e regionali. Più concretamente, si propone di assegnare ai medici di famiglia le *funzioni di management organizzativo* entro le aggregazioni funzionali ed i modelli erogativi e, soprattutto, si chiede di attivare in maniera sistematica l'*Ufficio di Coordinamento dell'Assistenza Distrettuale* (UCAD), previsto per legge ma presente ed efficace solo in poche realtà.

Tale ufficio, infatti, è l'organismo individuato dal D.Lgs n. 502/92 (art. 3 comma 6) quale luogo deputato per "*il governo delle attività cliniche, di programmazione e valutazione delle attività tecnico-sanitarie e di quelle ad alta integrazione sanitaria*"; esso mira ad un coinvolgimento dei professionisti del territorio nelle scelte strategiche aziendali e comprende tutte le figure operanti nel distretto: sono membri di diritto dell'ufficio un rappresentante dei MMG, uno dei PLS ed un altro degli specialisti ambulatoriali convenzionati. Sulla carta, dunque, l'Ucad rappresenterebbe un valido strumento per la valorizzazione ed il coinvolgimento dei professionisti territoriali nella programmazione delle attività e la valutazione dei risultati²⁶⁷; nella pratica - però - risulta che non in tutti i distretti sia stato istituito né che gli siano state affidate specifiche competenze [Agenas 2009:117].

Sempre sull'onda dei traguardi non ancora compiuti c'è anche quello dell'integrazione con altre figure professionali, teoricamente riconosciuta come elemento imprescindibile per la totale presa in carico dei pazienti, ma per nulla immune dalle rivalità e dagli antagonismi intercategoriale. È opinione della Fimmg che, per evitare duplicazioni di prestazioni ed inutili conflittualità sui rispettivi compiti, la ricerca della migliore sinergia tra i professionisti del sistema sanitario nazionale debba trovare momenti di condivisione già all'interno degli accordi collettivi, i quali dovrebbero prevedere articoli in grado di individuare il miglior coordinamento delle funzioni di ciascun operatore e, allo stesso

²⁶⁷ È utile ricordare che sulla base dell'indicazione degli ACN del 2005 e del 2009 è stato individuato il cosiddetto *Pool di monitoraggio* - per la parte inerente la medicina generale - per assolvere due funzioni precise: 1) monitorare le azioni previste dal Programma delle attività distrettuali; 2) osservare l'appropriatezza prescrittiva al fine di prevenire e rimuovere comportamenti anomali. Ciò deve essere fatto anche in relazione ai rapporti tra medicina generale e medicina specialistica sia ambulatoriale che ospedaliera

Il Pool di monitoraggio è composto dal Direttore del distretto, da un medico di famiglia membro di diritto dell'Ucad e da due rappresentanti dei MMG eletti tra quelli operanti nel distretto. Come già accaduto per l'Ucad non ovunque tale pool risulta essere attivo ed operativo [Agenas 2009].

tempo, contenere la previsione che a livello regionale ed aziendale possano essere fatte le opportune “messe a punto”.

[...] anche per quanto riguarda il rapporto con le professioni sanitarie dal profilo riconosciuto è arrivato il momento di definire modelli diversi di collaborazione, che consentano a ciascun professionista l'esercizio dell'autonomia necessaria in relazione ai diversi livelli di responsabilità. [...] La medicina generale è ormai da tempo consapevole che la riqualificazione della propria figura necessita della valorizzazione delle funzioni e dei compiti di tutti i professionisti e degli operatori che compongono la rete dei servizi di tutela della salute dei cittadini [Milillo et al. 2009:808].

Il tema dell'integrazione, intesa nel duplice aspetto delle relazioni tra i vari operatori (*integrazione interprofessionale*) e dei rapporti tra i differenti contesti (*integrazione socio-sanitaria*), è un argomento di complesso inquadramento e di difficilissima sistematizzazione a fronte della vastità della normativa nazionale e regionale che lo riguarda e degli aspetti di impatto economico e di fattibilità organizzativo-gestionale che sottintende. Proprio per l'ampiezza dell'argomento la proposta Fimmg focalizza la sua attenzione su ciò che nell'immediato futuro connoterà maggiormente l'attività del medico di famiglia come il lavoro di squadra, che non si baserà solo sulle relazioni tra pari (MMG), ma si estenderà al confronto con professionisti di altre discipline come pure con le restanti figure attive nell'ambito dell'assistenza territoriale, quali i volontari e gli addetti del terzo settore. In merito la Federazione dei medici di famiglia sottolinea²⁶⁸ la rilevanza dei legami che dovranno essere attivati con la rete delle farmacie convenzionate (sia pubbliche che private)²⁶⁹, con le associazioni di volontariato ed anche le cooperative sociali, *tutte risorse fondamentali per consentire di andare incontro ai bisogni di assistenza primaria, spesso bisogni integrati socio-sanitari, complessi e, quindi, necessitanti di un approccio specifico e multidisciplinare* [Milillo et al. 2009:808].

Terza ed ultima meta: la valutazione delle attività della medicina generale o, in termini più ampi, il *governo clinico* per i professionisti dell'assistenza primaria. La questione assume spessore nella prospettiva del rilancio culturale, scientifico ed operativo della medicina generale e, più in generale, del miglioramento dell'assistenza primaria secondo i criteri dell'efficacia e dell'appropriatezza/adequatezza delle prestazioni erogate. Attualmente, infatti, la gran parte del lavoro svolto giornalmente dai medici di famiglia

²⁶⁸ Diversi sono i documenti prodotti dalla Fimmg a sostegno della proposta di “come” ripensare la medicina generale; tra questi vanno menzionate le “Risposte Fimmg al libro verde: la vita buona nella società attiva” del 2008, dove vengono sostanzialmente ribaditi i concetti cardine della proposta di *Ri-fondazione* del 2007.

²⁶⁹ In linea con quanto previsto dal DDL sulle “Disposizioni per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, nonché in materia di processo civile”, in particolare dell'art. 11 (delega al Governo in materia di nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del SSN), la Federazione italiana dei MMG si è resa parte attiva per la partecipazione delle farmacie al servizio di assistenza domiciliare integrata a favore dei pazienti residenti a supporto delle attività del medico di famiglia.

non è misurabile né analizzabile ad eccezione dell'attività di prescrizione come le visite per accertamenti, l'uso di farmaci ed il ricovero ospedaliero.

L'assenza di una rendicontazione sull'intero operato dei MMG fa sì che non ci siano elementi a sufficienza per poter conoscere le realtà locali sotto il profilo della valutazione dei fabbisogni, di come soddisfarli, dell'appropriatezza delle prestazioni, della loro efficacia ed economicità [Guzzanti 2011]. Senza un professionista posto nella condizione primaria di “*rendersi conto*” dei punti di forza e di debolezza di ciò che realizza, non è lontanamente immaginabile che lo stesso possa poi essere in grado di “*rendere conto agli altri*” - cittadini ed istituzioni - della qualità (o meno) delle proprie performance.

Quando si parla di valutazione non si intende solo misurare l'attività quotidiana della medicina generale alla luce del binomio “costo-beneficio” - pur se il vincolo di bilancio è cosa di cui tener conto - quanto piuttosto analizzare, “*ex ante*” ed “*ex post*”²⁷⁰, i fattori che incidono positivamente sulle condizioni di vita dei propri assistiti. In tal senso, in quanto figura professionale più vicina all'utenza, è proprio il medico di famiglia che può raccogliere per primo le necessità legate ad un contesto e, pertanto, è a tale livello di assistenza che dovrebbe aver inizio il processo di rendicontazione e di *responsabilizzazione*.

Il concetto di responsabilità dei medici nell'ambito delle loro competenze è stato sancito, sin dal V secolo a.C., nel Giuramento di Ippocrate, con l'affermazione che: «regolerò il regime dei malati a loro vantaggio secondo le mie capacità e il mio giudizio, e mi asterrò da ogni mala azione e da ogni ingiustizia» [Guzzanti 2009:775].

Tuttavia perché l'intera categoria dei medici di MG possa essere capace di conoscere e valutare *sistematicamente* la propria attività (*accountability*) è opportuna una serie di passaggi essenziali allo scopo come l'identificazione del sistema di indicatori e i relativi standard di riferimento²⁷¹, attraverso cui monitorare i vari processi di cura e spingere progressivamente il sistema all'eccellenza. Dal momento che la rendicontazione dovrà

²⁷⁰ Valutazione preliminare (*ex ante*): giudizio sulle prestazioni da erogare in considerazione dell'età, del genere, delle comorbidità, dei fattori di rischio e della situazione familiare e logistica dell'assistito; adozione di linee guida e di percorsi clinico-assistenziali *evidence base medicine* e adatte al contesto; individuazione dei casi nei quali sarà necessaria la continuità dell'assistenza, domiciliare e residenziale, per la post-acuzie, la riabilitazione, la non-autosufficienza e la terminalità.

Valutazione successiva (*ex post*): analisi del tipo, complessità e numerosità delle prestazioni effettuate; verifica dei risultati clinico-assistenziali ottenuti nei follow-up; individuazione di eventi avversi, accaduti o evitati, e delle misure adottate per la riduzione dei rischi clinici; giudizio sul comportamento del team (nei singoli e nel complesso) circa il rispetto dei ruoli, delle competenze, delle capacità tecniche, dei comportamenti e della comunicazione; bilancio delle risorse utilizzate (strumentali ed umane); confronto con il paziente e i familiari sulla percezione della qualità della vita a seguito della prestazione.

Sono queste alcune delle indicazioni che vengono fornite da Guzzanti [2009:784] circa gli aspetti da considerare per valutare le attività complessive dei medici di medicina generale.

²⁷¹ Cosa che dovrebbe essere realizzata da una Commissione permanente che comprenda il Ministero della Salute, le regioni e i rappresentanti della categoria con il coinvolgimento delle società scientifiche del settore [Proposta Fimmg].

essere parte integrante e costitutiva delle attività del medico di famiglia, occorrerà anche prevedere il tempo necessario²⁷² per l'inserimento dei dati, per la ricerca delle evidenze e i momenti di audit e, secondo il sindacato Fimmg, tutto questo potrebbe diventare elemento aggiuntivo ai fini retributivi. Inoltre, è altrettanto indispensabile che ogni medico abbia in dotazione la tecnologia occorrente, sia in termini di hardware che di software, per la standardizzazione dei dati e, ancor più, che tutti i medici siano omogeneamente competenti per il lavoro che li attende. Nel nostro paese, infatti, la sanità si connota per essere “a macchia di leopardo”, così che alle situazioni di eccellenza possono corrispondere altrettante situazioni di arretratezza sia di mezzi che di livelli di informatizzazione. Nel caso specifico dei medici di medicina generale risulta che:

Stando a dati del 2008 riferibili ad una serie di indagini informali condotte da soggetti diversi, si ha che il 70% dei medici di famiglia dispone di un computer e di un programma di gestione della scheda sanitaria individuale, fra questi solo il 40% circa è in grado, direttamente o affidando il compito a collaboratori di studio, di sfruttare a pieno l'attrezzatura informatica nella sua attività clinica di studio e meno del 20% è capace di utilizzarla in rete [Milillo et al. 2009:810].

Lo sviluppo *uniforme* della tecnologia informatica è un traguardo fondamentale per il futuro della medicina generale italiana, perché può incidere positivamente su svariati fattori di criticità come l'isolamento professionale, la componente burocratica del lavoro, il rapporto con il paziente, il processo di recupero di professionalità ed altro ancora.

L'informatica²⁷³ ed i software gestionali costituiscono uno degli strumenti principali per alleggerire il peso burocratico proveniente dal proliferare di norme legislative e prescrittive (esenzioni ticket, specificità regionali) e per mettere in atto percorsi di ricerca e di audit professionale derivanti dalla corretta archiviazione dei dati relativi agli assistiti ed ai loro problemi di salute. Oggi il carico assistenziale a cui deve far fronte il medico famiglia è decisamente aumentato sia in termini quantitativi (invecchiamento della popolazione, numero di accessi ambulatoriali, aumento delle prestazioni domiciliari e residenziali) che qualitativi (gestione sul territorio dei pazienti dimessi più precocemente dal livello ospedaliero, maggiori risorse terapeutiche, aumento della complessità della gestione delle politerapie), determinando l'urgenza ed il bisogno di abbandonare

²⁷² In Inghilterra, ad esempio, l'applicazione di standard qualitativi e la loro verifica sono stati posti alla base non solo dell'organizzazione del lavoro, ma anche della loro retribuzione.

²⁷³ Accanto all'informatica un ruolo di altrettanto rilievo è quello ricoperto dalle reti *e-services/home care* o, più semplicemente, dalla telematica (telemedicina, teleassistenza/telecompagnia, telesoccorso) che, per quanto concerne la medicina generale, significa non solo un recupero di professionalità ma anche la messa in pratica di capacità di gestione di un sistema di cure che deve affrontare la crescita della popolazione anziana con le relative patologie, la riduzione dell'autosufficienza ed il disagio sociale legato ai cambiamenti delle società contemporanee.

l'autoreferenzialità insita nella figura tradizionale del MMG. Questo comporta la necessità di inserire nel modello professionale della medicina generale il rapporto costante e le interrelazioni con le diverse figure che vanno a caratterizzare il livello assistenziale delle cure primarie e, in tal senso, l'utilizzo delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione risulta essere nevralgico [Paolini e Pesca 2009].

L'uso dell'informazione/comunicazione elettronica può costituire, inoltre, un fattore fondamentale per potenziare ed autonomizzare il ruolo con il paziente rendendolo soggetto *informato ed attivo* nelle scelte e riducendo la componente di passività che - per molti aspetti - caratterizza ancora i comportamenti del paziente stesso all'interno dei sistemi di cura. Non va dimenticato, infatti, che lo sviluppo di una sanità moderna passa soprattutto attraverso la centralità attribuita alla figura dell'assistito e, pertanto, l'impiego dei sistemi informatici deve contribuire a sviluppare la *partnership* tra medici, pazienti e loro familiari per assicurare procedure e decisioni che rispettino i bisogni di cura e le preferenze del malato stesso.

Le applicazioni tecnologiche *patient-centered* sono considerate di grande utilità nel garantire la continuità informativa nei percorsi assistenziali (il paziente porta con sé informazioni e documentazione clinica), nel seguire la vita assistenziale dell'assistito e nel supportarlo durante le varie fasi dell'iter terapeutico, diventando strumento fondamentale della continuità assistenziale.

Come indicato nella proposta della Fimmg è ormai tempo che in medicina generale l'uso delle tecnologie informatiche²⁷⁴ (e telematiche) sia prassi consueta dell'operatività quotidiana dei professionisti, i quali - a loro volta - devono vedere in esse non un aggravio delle propri funzioni quanto piuttosto un'opportunità di maggiore integrazione con tutti i livelli del sistema sanitario nazionale ed un salto di qualità per l'assistenza dei cittadini.

Si tratta probabilmente di traguardi ambiziosi, molti dei quali di non immediata realizzazione, ma ciò non toglie la fondatezza delle proposte contenute nel documento di *ri-fondazione* della medicina generale italiana, il cui pregio maggiore può già essere ravvisato nel fatto di aver avanzato dei suggerimenti piuttosto che limitarsi alla critica di ciò che nel sistema non funziona.

²⁷⁴ Nell'accordo collettivo del 2009 è stato previsto l'obbligo per il medico di trasmettere la ricetta on line e un primo, elementare set di informazioni specifiche denominato *flusso informativo*. È stato tuttavia deciso che tale obbligo entrerà a regime non appena le Regioni avranno creato le condizioni per renderlo possibile sul piano logistico e tecnologico.

5.4. - Medicina Generale e Riabilitazione. Spunti di riflessione su un rapporto di non facile definizione

Prima di chiudere questo capitolo interamente dedicato alla Medicina Generale si ritiene utile rivolgere l'attenzione verso un argomento che, nonostante la stretta relazione con la MG, è scarsamente approfondito sia negli atti di programmazione che in letteratura.

Si tratta del campo della riabilitazione e del ruolo che tale settore ricopre in merito alla dualità tra cure primarie e secondarie nonché al rinnovamento dell'assistenza primaria e, più in particolare, della medicina generale. Nelle pagine precedenti²⁷⁵, infatti, sono emersi gli aspetti caratterizzanti la "futura" medicina generale sia in confronto ai medici ospedalieri (continuità assistenziale tra ospedale e territorio) che con altri operatori dell'assistenza territoriale: dagli infermieri (infermiere di famiglia, servizio infermieristico di nucleo, funzioni di case manager), ai farmacisti (partecipazione alla rete dell'assistenza domiciliare), agli assistenti sociali (*alter ego* del ruolo del medico di MG per la parte *sociale* della rete dei servizi territoriali), agli operatori del Terzo settore e del mondo del volontariato.

Poco o nulla, invece, viene detto a proposito delle relazioni interprofessionali tra i medici di famiglia e gli operatori della riabilitazione nonostante l'interfacciamento previsto dal ruolo del medico generalista, a cui spetta la responsabilità complessiva nei confronti del paziente in ordine alla diagnosi, la terapia, la prevenzione e la *riabilitazione* [Wonca 2002].

La questione che si pone, quindi, è quella di comprendere come il campo della riabilitazione si inquadri all'interno della dicotomia Territorio-Ospedale/cure primarie-cure specialistiche e quali sono gli effetti prodotti su di essa: è un settore che allarga e mette in crisi questa dicotomia o vi si inserisce a suo modo? Inoltre, in seno al rinnovamento auspicato per i servizi territoriali ed alla posizione di regia attribuito alla medicina generale, come si collocano i professionisti della riabilitazione?

Non potendo avvalersi di ricerche specifiche né di saggi o articoli espressamente dedicati, è difficile poter dare risposte curate a tali interrogativi mentre si possono offrire *spunti di riflessione* su una realtà poco indagata. Nonostante l'opzione prescelta i limiti del nostro ragionamento restano, comunque, diversi.

²⁷⁵ Vedi anche capitolo 4^.

Come è stato evidenziato in precedenza, l'*integrazione* è uno degli aspetti più critici nel sistema di *cure primarie* sia perché deve accomunare il settore sanitario con quello sociale (quest'ultimo meno preponderante nel sistema di cure ospedaliere) sia perché deve puntare alla creazione di un team multiprofessionale coeso e funzionalmente organizzato.

In merito a tutto ciò il medico di MG è una figura che assume centralità all'interno dell'équipe assistenziale in funzione al rapporto di libera scelta che ha con il cittadino ed ai compiti di diagnosi, cura e "relazione" con i propri assistiti. Al medico di famiglia, pertanto, viene riconosciuta la competenza del coordinamento sulle attività del team, presidiandone non solo gli aspetti clinici del percorso terapeutico del paziente, ma anche la dimensione del *sistema* circa l'efficienza operativa e l'efficacia rispetto agli obiettivi della programmazione.

Nel caso specifico dei professionisti della riabilitazione - fisiatra, fisioterapisti, terapisti occupazionali, tecnici ortopedici, ecc. - l'integrazione con la rete dei servizi territoriali è di notevole rilevanza per la presa in carico della disabilità medio-grave e cronicizzante, che richiedono prestazioni per un lasso di tempo molto lungo, a volte fino a "fine vita".

Oltre che con il territorio, tuttavia, deve esistere un collegamento funzionale anche con il livello ospedaliero dove spesso ha inizio il percorso terapeutico del paziente disabile e/o cronico, soprattutto, per quanto concerne la gestione delle dimissioni e la garanzia della continuità della presa in carico *longitudinale*. Infatti, pur rappresentando due entità operative ben diverse, in materia riabilitativa l'ospedale ed il territorio condividono lo stesso obiettivo: il recupero migliore possibile dalle condizioni di invalidità dovute alla patologia e l'ottimizzazione della qualità della vita del paziente e dei suoi *caregivers*.

Se il principio guida dei moderni sistemi di tutela della salute è quello di porre al centro degli stessi il benessere della persona entro il suo contesto di vita, davanti alla non autosufficienza diventa ancora più pregnante la considerazione di tutti i fattori che possono condizionare il grado di bontà esistenziale di tali soggetti. Alla cura della malattia e alla stabilizzazione dell'evento acuto si deve - dunque - affiancare una "buona consegna" del paziente al territorio, luogo deputato per l'intervento sulle componenti ambientali e su quelle personali/familiari che agiscono sull'efficacia della presa in carico extra-ospedaliera.

L'uscita dall'istituzionalizzazione comporta la pianificazione di un percorso che possa garantire alla persona con disabilità/cronicità le cure e l'assistenza adeguate ad evitare sia la progressione della malattia sia l'isolamento del malato rispetto alla propria

quotidianità (es. lavoro, famiglia, relazioni amicali, interessi personali, ecc.), tenuto conto del gradiente di complessità che la persona presenta. È soprattutto al domicilio del paziente che il lavoro in team richiede coordinamento, integrazione e condivisione di obiettivi ed è a tale livello che il rapporto tra il medico di famiglia e gli altri operatori socio-sanitari diventa più stretto e, qualche volta, problematico. Le cure domiciliari²⁷⁶ infatti si connotano per la diversità di orientamento al paziente da parte dell'équipe assistenziale che opera in ambito domestico, la quale non deve semplicemente conformarsi il più possibile alle esigenze dell'assistito ed alla disponibilità/capacità dei familiari a collaborare al piano assistenziale programmato, ma ricercare anche le condizioni predisponenti un positivo lavoro di squadra che si prospetta lungo nel tempo. Per la realizzazione di questo obiettivo il medico di MG ricopre un ruolo nodale perché, oltre ad essere l'operatore sanitario di *fiducia* del paziente (e della sua famiglia), è anche il *responsabile* dell'assistenza erogata dal team multidisciplinare²⁷⁷, che deve raccordare negli accessi, nella tipologia di prestazioni (mediche, infermieristiche, riabilitative e di assistenza sociale), nella somministrazione diretta dei farmaci e dei presidi occorrenti. Per la medicina generale infatti, come sottolineato dall'ACN del 2000 (art.32) e seguenti, l'assistenza domiciliare costituisce un *livello essenziale* da garantire al cittadino e, quindi, è compito specifico del medico di famiglia quello di provvedere a tale tipo di assistenza - comprese le cure palliative²⁷⁸ - attraverso lo strumento del team assistenziale.

Ma è qui che sembrano annidarsi alcune delle maggiori criticità.

²⁷⁶ Per un approfondimento del tema si rinvia al primo capitolo, paragrafo 1.4.

²⁷⁷ Nell'Accordo Collettivo Nazionale del 23 marzo 2005 è precisato che l'assistenza domiciliare è assicurata dal medico di medicina generale, che garantisce al domicilio del paziente le prestazioni di medicina generale, di medicina specialistica, le prestazioni infermieristiche domiciliari e di riabilitazione e quelle di assistenza sociale.

²⁷⁸ Nell'ambito della normativa sull'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e dei compiti che spettano al medico di famiglia vengono fatte rientrare anche le cure palliative (trattamenti di fine vita come, ad esempio, la terapia del dolore) che possono essere fornite sia a domicilio, sia presso strutture residenziali. Più specificatamente, il documento prodotto nel 2006 dalla Commissione nazionale per la definizione dei LEA dal titolo "*Nuova caratterizzazione dell'assistenza domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio*" cambia la terminologia "assistenza domiciliare" in "cure domiciliari" per distinguere in modo esclusivo le cure sanitarie e socio-sanitarie integrate dalle forme di assistenza domiciliare di natura socio-assistenziale e tutelare. Lo stesso documento, inoltre, distingue le cure domiciliari nei seguenti profili di cura: *cure domiciliari prestazionali*, caratterizzate da prestazioni sanitarie occasionali che non richiedono la presa in carico del paziente né una valutazione multidisciplinare con successivo piano assistenziale individuale (PAI); *cure domiciliari di primo, secondo e terzo livello*, le prime delle due si rivolgono a malati che - pur non presentando criticità specifiche - hanno bisogno di continuità assistenziale ed interventi programmati. Quelle di terzo livello, invece, consistono in interventi professionali rivolti a malati che presentano bisogni con un elevato grado di complessità in presenza di specifiche criticità (es. SLA, distrofia muscolare). Tutti e tre questi livelli di cure domiciliari prevedono un ruolo centrale del medico generico, che assume la responsabilità clinica dei processi di cura e partecipa alla definizione degli obiettivi e dei processi assistenziali tramite la valutazione multidimensionale. Infine, le *cure domiciliari palliative a malati terminali*, rivolta a pazienti nella fase terminale e caratterizzate da una risposta intensiva a bisogni di elevata complessità, che viene definita dal PAI ed erogata da un'équipe con specifiche competenze.

Perché esista un gruppo di lavoro coeso ed integrato non basta mettere assieme i professionisti necessari al programma di cura ed assistenza, occorre investire piuttosto sulle relazioni interprofessionali in termini di riconoscimento della reciproca professionalità, autonomia e responsabilità. Può apparire un'affermazione del tutto ovvia e scontata, ma nella pratica tradizionale della sanità i medici sono stati per lungo tempo l'unica classe professionale ad assumere i caratteri del potere decisionale e del dover rispondere del proprio operato, relegando le figure sanitarie non mediche “*al ruolo di «ausiliari» del medico, esecutori più o meno silenziosi di decisioni altrui*” [Bevenga 2007:11].

Oggi tuttavia molte delle cosiddette “professioni ausiliarie” - come gli infermieri, le ostetriche, i fisioterapisti, i logopedisti - sono state riconosciute quali professioni sanitarie *specifiche*²⁷⁹ e, pertanto, autonome e responsabili quanto la classe medica. Facile immaginare i risvolti determinati da un simile cambiamento, soprattutto, per quanto riguarda le relazioni e i compiti fra i vari attori del sistema. A differenza di altri paesi²⁸⁰ dove i possibili ambiti di conflitto sono stati potenzialmente ridotti grazie alla definizione ed identificazione del “*chi deve fare che cosa*”, in Italia permangono ancora ampi margini di contrasto interprofessionale sia tra pari (medici specialisti e medici generici) che coi restanti operatori sanitari.

In tale quadro di riferimento come si contestualizza il mondo della riabilitazione?

Ufficialmente la normativa italiana attribuisce a questo settore un peso di rilievo non solo in merito alla gestione *ospedaliera* del post-acuzie, quanto piuttosto per la presa in carico *territoriale* dei malati cronici/disabili. La riabilitazione territoriale²⁸¹ infatti sta

²⁷⁹ In Italia nel 1994 vengono approvati i profili professionali nei settori infermieristico, tecnico-sanitario e della riabilitazione con i quali inizia a delinearsi una situazione organizzativa di maggiore flessibilità nell'interpretazione dei ruoli e delle funzioni di ciascuna figura sanitaria. Nel 1999 la L. 42 pone termine alla suddivisione delle professioni in *principali* ed *ausiliarie* ed abroga le norme di abilitazione di carattere mansionario. Negli anni Duemila con la L. 251 viene ribadita l'*autonomia* e la *specificità professionale* dei suddetti settori nell'ottica dello sviluppo dei servizi di promozione della salute, prevenzione, cura ed assistenza ai pazienti. Infine, nel 2006, la L. 43 perfeziona tali aspetti ed inserisce la professione infermieristica, ostetrica, riabilitativa, tecnico-sanitaria e di prevenzione tra le professioni “intellettuali” (il cui esercizio richiede una peculiare *formazione culturale, scientifica e tecnica* e che si caratterizzano per l'*autonomia* decisionale nella scelta delle modalità di intervento e per la *responsabilità* diretta e personale sul proprio operato).

²⁸⁰ Nel mondo anglosassone si è verificata una sorta di “cessione concordata” di alcune competenze mediche a specifici settori come quello infermieristico soprattutto per ciò che concerne la delega assistenziale (*nursing*). In USA ciò ha offerto alla professione infermieristica l'opportunità di ridefinire il proprio ruolo in termini anche manageriali, sottolineandone l'autonomia nel contesto dell'assistenza sanitaria americana [Cohen e Cesta 1997]. In Gran Bretagna lo spazio occupazionale degli infermieri rispetto alla classe medica è stato modellato attorno al modello del *care* rispetto a quello bio-medico del *cure*, con ricadute evidenti sia dal punto di vista organizzativo (es. ruolo di *front-line* nell'ambito del primary nursing) che su quello formativo (distacco dal modello della scuola ospedaliera in ambito universitario) [Tousijn 2000].

²⁸¹ Circa il ruolo della Riabilitazione in rapporto al Territorio si veda il documento della Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa (SIMFER) “*Le attività territoriali alla luce del Piano di Indirizzo della Riabilitazione*”, nel quale sono contenute le criticità delle transizioni “territorio-ospedale” (e viceversa) e le

affermandosi sempre più come segmento determinante dei percorsi di cura iniziati a livello ospedaliero e consegnati poi all'ambito delle cure primarie e alla programmazione dei servizi di *Long-Term care*. Ampio è il riconoscimento e l'interesse - internazionale²⁸² e nazionale - ad implementare la rete dei servizi a gestione integrata dove ciascun nodo sia parte di un "sistema" piuttosto che entità autoreferenziale e dove l'esito complessivo della presa in carico sia obiettivo prevalente rispetto a quello delle singole prestazioni. In Italia esistono varie esperienze che testimoniano l'intendimento a trovare soluzioni efficaci alle difficoltà assistenziali legate alle transizioni "territorio-ospedale/ospedale-territorio" del malato cronico, non autosufficiente e/o anziano. In merito va ricordato che nel 2008 il Ministero della Salute ha individuato alcune tematiche prioritarie come oggetto di approfondimento e di studio da parte di appositi gruppi di lavoro, tra cui il ruolo dei percorsi riabilitativi nella gestione del paziente anziano. Il gruppo di lavoro specificatamente individuato si componeva di esponenti della geriatria/gerontologia (SIGG), della medicina riabilitativa (SIMFER), della fisioterapia (AIFI) ed ha coinvolto anche i medici di medicina generale; l'obiettivo perseguito era di individuare soluzioni innovative atte a migliorare il livello qualitativo ed il rapporto costo-beneficio nella gestione del percorso riabilitativo dell'anziano durante tutte le sue fasi: dalla permanenza in ospedale alla presa in carico a livello domiciliare.

Nella divisione del lavoro sanitario permangono, però, varie zone d'ombra.

Contestualizzando la riflessione al campo della riabilitazione si constata la tendenza a relegare tale settore ai margini dei cambiamenti in atto sia per ciò che concerne il rapporto tra territorio ed ospedale sia in merito al ripensamento dell'assistenza primaria e del suo *core*: la medicina generale. Per quanto riguarda il primo aspetto, le interconnessioni tra cure specialistiche e cure primarie, è plausibile ritenere che a fronte dell'assetto riformistico che sta investendo l'ospedale ed il territorio la medicina riabilitativa risenta della segmentazione creata tra il medico di assistenza primaria e lo specialista ospedaliero. Infatti, mentre il ruolo del medico di famiglia è destinato ad espandersi, dovendo orientare e gestire la domanda di assistenza sanitaria secondaria (specialistica ed ospedaliera) e terziaria (riabilitativa) da parte dei pazienti, quello del medico specialista-ospedaliero tende ad essere sottoposto in maniera sempre più accentuata a forme di

proposte per lo sviluppo di una rete professionale organica per intervenire contro la disabilità/cronicità e per sviluppare le condizioni di per un reinserimento partecipativo della persona disabile-non autosufficiente (Riabilitazione su base comunitaria). www.simfer.it/cont_188_2267.phtml#2267

²⁸² Risale al 2011 l'incontro dei Ministri della Sanità della Comunità Europea (a Budapest) dove è stato ribadito il valore e la volontà di tutte le nazioni della CE ad investire nello sviluppo dei percorsi territoriali a favore della cronicità/disabilità per una migliore qualità di vita e, in maniera più generalizzata, per la ricerca della salute dei cittadini.

controllo diretto ed indiretto - es. *Evidence Base Medicine*, Linee guida - che di fatto lo ridimensionano [Giarelli 2003]. Ciò capovolge le tradizionali gerarchie del sistema che hanno tributato l'ospedale a principale luogo di cura ed assistenza nonché a centro catalizzatore della medicina specialistica con effetti marginalizzanti nei confronti della medicina del territorio e delle professionalità in esso operanti.

In tal senso l'equipollenza riconosciuta alle cure primarie nella gestione delle moderne patologie e dei crescenti bisogni di salute sta progressivamente conducendo la sanità verso modelli organizzativi orizzontali, fondati sull'integrazione dei saperi e delle competenze (équipe multiprofessionali) piuttosto che sull'asimmetria tra i livelli di cura (specialistica vs. primaria) e/o tra i professionisti del settore (classe medica vs. professioni sanitarie non mediche). Il bisogno di affrontare la complessità epidemiologica delle malattie cronico-degenerative con modalità di intervento multidisciplinare si scontra, tuttavia, con secoli di predominio del ruolo medico (*dominanza medica*)²⁸³ [Freidson 2002] e, in particolare, della specialistica ospedaliera, che ancora oggi stenta a scemare definitivamente.

Come l'ospedale²⁸⁴ è stato per lungo tempo il collettore indiscusso della domanda di salute, analogamente il sistema complessivo delle cure è appartenuto alle professionalità mediche “*in virtù dell'autorità di dirigere e valutare il lavoro degli altri senza essere a sua volta soggetta alle medesime restrizioni*” [Freidson 2002:108]. Oggi, al contrario, le politiche sanitarie stanno designando il territorio quale ambito privilegiato di governo socio-sanitario dei processi assistenziali e - pertanto - il sistema delle cure non può più essere unicamente definibile dalle professionalità mediche, ma va inteso in un'ottica di intersettorialità e di condivisione interprofessionale della cura. Le resistenze al riguardo non mancano sia da parte della classe medica *tout court*, probabilmente timorosa di perdere il tradizionale monopolio sulle altre professioni sanitarie, sia da parte dei medici ospedalieri nei confronti dei medici di famiglia (e viceversa) per motivi di carattere culturale, contrattuale ed organizzativo.

²⁸³ Nel contesto evolutivo del processo di professionalizzazione dell'attività medica la prima fase è quella che è stata definita “epoca d'oro della dominanza medica”, che si sviluppa a partire dalla seconda metà del XIX secolo fino agli anni Sessanta del XX secolo. Tale fase è stata analiticamente descritta da Freidson [1970] che per primo conia l'espressione di *dominanza medica* per indicare la posizione di potere e di egemonia della classe medica nell'intero contesto sanitario, in quanto “in grado di controllare sia i contenuti del proprio e dell'altrui lavoro, sia le performance conseguenti” [Vicarelli 2002a:19].

²⁸⁴ Vedi capitolo 4^ paragrafo 4.1.

Dalla lettura delle rivendicazioni sindacali delle professioni mediche²⁸⁵ e sanitarie²⁸⁶ emerge che il fenomeno dell'intersettorialità/multiprofessionalità viene agito dalle prime come volontà - a seguito della mancanza di griglie di riferimento - a tutelare le proprie competenze clinico-assistenziali ed organizzative mentre dalle seconde come richiesta di una maggiore legittimazione del loro ruolo e della specificità professionale.

Si tratta di due posizioni opposte e divergenti dove alla perdita dell'autocrazia della classe medica corrisponde la ricerca di nuove posizioni nella divisione del lavoro e la piena realizzazione della propria autonomia delle professioni emergenti. Per quest'ultime, infatti, la condivisione interprofessionale della cura (*shared care*) rappresenta l'opportunità di intraprendere un percorso di "mobilità sociale collettiva" [Sarfatti Larson 1977] indirizzato al progressivo riconoscimento di un "potere controbilanciante" [Light 1991, 2000] rispetto a quello della professione medica. Una conferma in tale direzione ci viene fornita da un recentissimo progetto di ricerca (2011-2012) sull'*Identità e le prospettive del fisioterapista*, svolto a livello nazionale dal Laboratorio di Studi Sociali sulla Salute e il Benessere Sociale "Paracelso" dell'Università degli Studi di Ferrara²⁸⁷, dal quale emerge un disagio - generalizzato e diffuso - di questi professionisti nei confronti della figura del fisiatra e, in misura leggermente minore, del medico di famiglia. Dal campione dell'indagine si evince che la *dominanza medica* è un elemento che tende ancora a sovrastare il ruolo e le funzioni del fisioterapista (soprattutto se dipendente pubblico), il quale - pur ritenendo il lavoro in squadra una risorsa essenziale e qualificante l'esercizio della professione - lamenta lo scarso riconoscimento della propria autonomia da parte dei medici e, in modo più specifico, la non conoscenza e il non apprezzamento dei MMG.

Similmente un altro studio, sempre condotto dal Laboratorio "Paracelso" e relativo al servizio di Assistenza Domiciliare²⁸⁸ erogato nella provincia ferrarese, ha messo in

²⁸⁵ Medici italiani (SMI, SNAMI, UNI, SUMAI, ecc.), medici di famiglia (FIMMG), pediatri di libera scelta (FIMP), medici del territorio (SIMET), medici ospedalieri (SMO), medici di medicina fisica e riabilitativa (SIMFER).

²⁸⁶ Specificatamente, nell'ambito delle professioni sanitarie emergenti, sono stati presi in considerazione gli organismi sindacali degli infermieri (NURSIND, NURSING Up), dei fisioterapisti (SPIF), delle ostetriche (SOI) e dei logopedisti (SIFEL).

²⁸⁷ L'indagine, promossa dall'Associazione Italiana dei Fisioterapisti (AIFI) e diretta dal prof. Marco Ingrosso, si è articolata in quattro fasi operative e precisamente: la prima ha riguardato l'analisi di sfondo della professione di fisioterapista nel contesto italiano ed europeo; la seconda ha inteso approfondire i temi rilevanti per definire l'identità e le prospettive della professione tramite focus group con alcuni membri alla dirigenza dell'Associazione; la terza, vero cuore della ricerca, è consistita nella somministrazione - su tutto il territorio nazionale - di un questionario (*web survey*) volto a raccogliere le rappresentazioni e le attese di cui i fisioterapisti sono portatori; la quarta ed ultima fase è stata centrata sul "campo/sistema" riabilitativo sia per comprendere le rappresentazioni e le interazioni fra il fisioterapista e i suoi principali interlocutori sia per analizzare la percezione del fisioterapista da parte dei pazienti e cittadini attraverso un ascolto mirato.

²⁸⁸ Lo studio dal titolo "*Pratiche di cura e qualità dei servizi domiciliari nel territorio di Ferrara*" si è svolto nel biennio 2007-2008 ed è stato promosso dall'Azienda sanitaria di Ferrara in unione con la CGIL. L'oggetto

evidenza alcune criticità interne all'équipe multidisciplinare sotto il profilo dei rapporti che intercorrono tra il medico di medicina generale, responsabile clinico del programma, e gli altri operatori sanitari, soprattutto, se infermieri. Ancora una volta l'integrazione tra le diverse figure professionali appare connotata dall'ambivalenza tra il valore e l'importanza ad essa riconosciuti da tutti gli attori coinvolti ed il perdurare del ruolo gerarchico esercitato dai medici (MMG), che produce tensioni - per carenza di reciprocità e riconoscimento - con i restanti operatori del team.

Tirando le somme di quanto finora esposto e ritornando ai quesiti posti all'inizio del paragrafo è possibile sostenere che, nell'ambito della ristrutturazione delle cure primarie, il ruolo della riabilitazione - sia in merito alla dicotomia "territorio-ospedale" che al rapporto con la medicina generale - risente delle medesime difficoltà vissute da tutti i settori investiti dal cambiamento in atto. Probabilmente uno dei problemi maggiori per la realizzazione dell'integrazione interprofessionale ed interpersonale è quella di considerare la stessa più che un *fine* a cui tendere di comune accordo, un *mezzo* per incrementare la propria centralità ed autonomia (professioni non mediche) o per "proteggere" la tradizionale posizione di dominanza (classe medica).

Alla logica emancipativa delle cosiddette *helping professions* si contrappone la resistenza *dei* medici e *tra* medici. *Dei* medici in considerazione del ruolo gerarchico che si esplica nei confronti di operatori con analogo *background* professionale (es. fisiatristi vs. fisioterapisti) per il timore di un'invasione di campo e della perdita di competenze acquisite; *tra* medici in relazione all'esigenza dei medici di famiglia di ottenere un'identità forte e solida come quella dei colleghi specialisti ed ospedalieri e di presidiare aree operative specifiche. Tuttavia, la volontà di riscatto della propria identità professionale non accomuna i medici di MG agli operatori delle *helping professions*, perché - di fatto - nella divisione del lavoro sanitario continua a permanere una collocazione gerarchica tra classe medica e non.

La diffusa tendenza alla difesa settoriale dei propri spazi di intervento condiziona inevitabilmente l'integrazione interprofessionale ed intersettoriale posta alla base della riorganizzazione delle cure primarie e, più in generale, dei moderni sistemi di tutela della salute. Al riguardo è plausibile ritenere che tra le professioni emergenti alcune più di altre

di indagine è stato duplice: da un lato, l'organizzazione e la "qualità" del servizio domiciliare pubblico, erogato sia dall'ente locale (SAD) che come servizio *integrato socio-sanitario* (ADI); dall'altro lato, le pratiche di cura familiari che rappresentano l'elemento portante della domiciliarità. L'intento generale è stato quello di voler approfondire la "sostenibilità" di un sistema di cura integrato, composto da fattori formali ed informali fra loro cooperanti.

(es. infermieri²⁸⁹) saranno particolarmente interessate dal rinnovamento avviato anche se, nell'ottica della multiprofessionalità e del potenziamento dell'assistenza primaria, tutti gli operatori del territorio dovranno contribuire alla risoluzione dei problemi di salute secondo una visione "sistemica". Ciò richiede l'acquisizione di una "cultura comune" tra le diverse competenze per amministrare unitariamente i processi di cura, il che significa *governare* la poliedricità connessa alle differenze di ruolo, responsabilità, cultura e *modus operandi* delle tante professioni nonché la presa d'atto dell'inevitabile *interdipendenza* tra di esse a fronte della complessità dei nuovi bisogni di salute. Se questa fosse già la strada intrapresa il settore riabilitativo - sia come "medicina" che come "settore tecnico" - non risulterebbe così ai margini rispetto alla dicotomia cure primarie-cure specialistiche e non continuerebbe a pagare lo scotto di un settore che è arrivato alla ribalta per l'aumento esponenziale delle disabilità congenite ed acquisite e delle malattie cronicodegenerative. La riabilitazione, infatti, rappresentando un campo originariamente ospedaliero²⁹⁰ fa ancora fatica ad affermarsi all'interno dei servizi territoriali e, come evidenziato dallo studio sui fisioterapisti condotto dal Laboratorio Paracelso di Ferrara, la stessa medicina generale - fulcro dell'organizzazione territoriale - non sembra averne una buona conoscenza soprattutto sotto l'aspetto tecnico della fisioterapia.

È indubbio che l'attuale transizione verso modelli sanitari orizzontali e una gestione del lavoro in senso multidisciplinare rappresenta una delle sfide del domani dal risultato del tutto incerto. Potrebbe rappresentare sia un punto di forza e contribuire a generare nuove opportunità organizzative, ma potrebbe anche dar vita a notevoli criticità all'interno dei gruppi professionali di cura ed assistenza. Difatti, l'integrazione non va intesa né come livellamento delle differenze né come semplice collaborazione interprofessionale, quanto piuttosto come condivisione di un progetto collegiale che, superando le esigenze individuali e categoriali, persegua il miglioramento continuo della qualità dei servizi, elevati standard assistenziali e favorisca l'eccellenza professionale.

²⁸⁹ L'ascesa professionale del lavoro infermieristico, come ampiamente documentato da Tousijn [1998], ha una storia più lunga rispetto all'evoluzione professionale di altre occupazioni sanitarie non mediche e, da sempre, si connota per essere la professione che - per antonomasia - accompagna il lavoro del medico. Ciò nonostante anche la figura dell'infermiere oscilla tra meccanismi di de-qualificazione e riconoscimento e, in tal senso, può essere considerata "paradigmatica" per le restanti figure tecniche sanitarie (es. ostetriche, logopedisti, fisioterapisti, tecnici di laboratorio, tecnici di radiologia medica, ecc.). Circa la riorganizzazione delle cure primarie l'infermiere è senza dubbio la professione non medica più coinvolta dal rinnovamento in fatto di ruolo e nuove responsabilità (es. infermiere di comunità, case manager, ecc.).

²⁹⁰ La medicina della riabilitazione come anche il settore tecnico della fisioterapia sono ambiti lavorativi la cui origine e il cui sviluppo sono strettamente legati all'invenzione ed alla diffusione *ospedaliera* di nuove e sofisticate apparecchiature tecnologiche. Successivamente alla primigenia funzione curativa e di recupero funzionale si associa quella di carattere "preventivo" e, in tale ottica, il loro campo di intervento si estende al livello territoriale.

Perché ciò sia possibile occorre un'organizzazione sanitaria in cui tutte le varie professioni - mediche e non - rinnovino l'impegno ad *interagire* e *rinegoziare* i rispettivi ambiti di competenza in vista di obiettivi comuni: la tutela della salute e la "presa in carico" globale del paziente e della sua famiglia.

II PARTE

Progetti ed esperienze di Case della Salute

Cap. 6 - Verso un nuovo paradigma assistenziale: la “Casa della Salute”. Un’analisi empirica

Nella prima parte del seguente lavoro di ricerca si è voluto offrire un quadro teorico di riferimento da cui poter cogliere sia le motivazioni sottostanti l’interesse per l’oggetto di studio prescelto, la *Casa della salute (CdS)*, sia le principali questioni legate alla realizzazione di un simile modello di sviluppo dell’assistenza primaria italiana.

Dopo aver delineato la cornice necessaria per la messa a fuoco dell’oggetto di ricerca, si è indagato sul campo *se e come* la Casa della salute potesse contribuire alla ristrutturazione delle cure primarie non tanto sotto il profilo economico della riduzione dei costi sanitari quanto sotto l’aspetto dei risultati di “cura” e di assistenza (di *care e di cure*) e, quindi, di risposte efficaci ai bisogni di salute emergenti. In tal senso gli interrogativi da cui si è partiti hanno riguardato due diversi ambiti di analisi che potessero far emergere una qualche differenza tra ciò che già esiste nell’ambito della *Primary Care* e ciò che è in itinere e in via di consolidamento come, appunto, la Casa della salute.

L’osservazione ha, pertanto, interessato:

- 1) la dimensione *organizzativa e culturale*, in relazione alle figure apicali e professionali coinvolte direttamente nell’attuazione della CdS;
- 2) la dimensione delle *attese e delle aspettative* per il nuovo, da parte dell’utenza.

Alla luce di tali intenti di studio, in questa seconda parte dell’elaborato, la riflessione si focalizzerà sulla ricerca empirica condotta all’interno di due CdS dell’Azienda sanitaria di Parma, quella di Colorno-Torriale e di quella di San Secondo Parmense, specificandone il motivo della loro scelta, l’iter metodologico seguito, le caratteristiche di contesto ed i risultati ottenuti. Prima di muoversi in tale direzione si ritiene tuttavia necessario delineare brevemente il quadro entro cui il modello “*Casa della salute*” della Regione Emilia Romagna ha preso corpo, illustrando alcune delle tappe più significative della “lunga marcia” [Inglese 2008] verso il rinnovamento ed il miglioramento dell’assistenza primaria nel nostro paese. L’analisi di quanto promosso a livello nazionale, infatti, consentirà la messa in luce delle scelte di politica sanitaria operate localmente dalla Regione emiliano-romagnola e, in modo più dettagliato, permetterà di cogliere la specificità dell’Azienda sanitaria di Parma rispetto alla realizzazione della CdS quale struttura “*deputata alla ricomposizione e concentrazione dell’assistenza sanitaria e sociale sul territorio*” [Livia Turco 2007].

Step di inizio: il “*New Deal*” della Salute, ovvero, l’audizione dell’allora Ministro della Salute, senatrice Livia Turco, alla Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati.

6.1 - Un «*New deal*» della salute. Dalla sperimentazione ad oggi

La nascita ufficiale della proposta del modello assistenziale “*Casa della salute*” risale al 2006 con la legge n. 296, nota come “legge finanziaria 2007”, che - allo scopo di rimuovere le disomogeneità sanitarie ravvisabili tra le varie realtà regionali - istituisce per il triennio 2006-2008 un fondo di oltre 60 milioni di euro da assegnare alle Regioni ed alle Province autonome di Trento e di Bolzano. Il finanziamento viene suddiviso in quattro settori d’intervento e per la *sperimentazione* della CdS, promossa ad organismo di riferimento per l’erogazione dell’insieme delle cure primarie, vengono stanziati 10 milioni di euro²⁹¹. Da questo momento ha ufficialmente inizio la genesi del progetto “*Casa della salute*”²⁹², che pur rappresentando una novità nel panorama della sanità italiana nazionale e regionale, vanta tuttavia radici storiche profonde. Va detto, infatti, che il primo e lungimirante sostenitore della rilevanza della medicina territoriale è stato l’epidemiologo Giulio Alfredo Maccacaro, fondatore di Medicina Democratica²⁹³, che già nel 1972 delineò - nel suo intervento “*L’Unità Sanitaria Locale come sistema*” - una proposta per l’organizzazione delle cure primarie basata su una struttura elementare denominata “Casa della Salute” ed intesa come luogo di partecipazione dei cittadini e della comunità ai programmi di salute nonché sede di verifica del loro funzionamento.

[...] la Casa della salute, una sede il cui ingresso, per la pluralità di funzioni assegnatele, non è più in alcun modo stigmatizzante: vi si accede infatti, per partecipare alla gestione dei problemi sanitari della comunità, portandovi anche, ma non soltanto, il proprio che è anche, ma non soltanto, medico. Nella misura in cui la sub unità sanitaria locale è davvero un ambito naturale ed integrato di vita collettiva ed il vero modulo costruttivo della Usl, la casa della salute, deve porre anche strutturalmente sullo stesso piano: a) l’assistenza, b) la consultazione, c) l’educazione e d) l’informazione, affinché sia possibile e piena la sintesi partecipatoria delle decisioni [Maccacaro 1972:383].

²⁹¹ Oltre che per la sperimentazione della Casa della Salute il fondo ha stanziato: 10 milioni per iniziative per la *salute donna* (compreso il momento della gestazione e della nascita); 30 milioni di euro per le *malattie rare* ed infine 10,5 milioni per l’implementazione della rete delle *Unità spinali unipolari*.

²⁹² In altre parti del mondo modelli assistenziali simili alla nostra Casa della Salute risalgono ad anni decisamente meno recenti. Negli Stati Uniti, ad esempio, nel 1965 venivano istituiti i *Neighborhood Health Centers*, ridenominati nel 1975 *Community Health Centers*, che attualmente sono circa 1400 e sono finanziati dal Governo Federale per assicurare a circa 20 milioni di assistiti la *primary care* e l’integrazione socio-sanitaria. Altri esempi, risalenti agli anni Novanta, appartengono al contesto europeo come la “*Zona Basica de Salud*” in Andalusia (Cordoba e Siviglia), la “*Maison medica*” del Belgio (Turnai), struttura fondata essenzialmente sulle cure primarie e sul lavoro in equipe degli operatori [Guzzanti 2010].

²⁹³ <http://www.medicinademocratica.org/>

La struttura sanitaria che prefigurava il nostro autore avrebbe dovuto togliere la completa centralità al ruolo dell'ospedale a favore di un'equa divisione dei compiti con i servizi territoriali; inoltre in questo tipo di Usl, in cui la comunità si sarebbe organizzata per la salute, si sarebbe anche misurato e costruito il nuovo ruolo del medico di famiglia “capace di inserirsi utilmente in una comunità urbana o rurale, di averne cura, di intenderne i problemi di malattia e difenderne il diritto alla salute” [ibidem: 385].

L'intuizione di Macaccaro circa il fatto che la prevenzione e la prossimità delle cure primarie sarebbero state destinate ad occupare un ruolo cruciale nella gestione della salute pubblica viene formalmente recepita dalla normativa sanitaria già a partire dalla legge n. 833 del 1978. Nei fatti, però, occorre arrivare ai nostri giorni perché l'attenzione ritorni al territorio quale “secondo pilastro” del sistema di tutela della salute. Per rendere sostenibile la spesa sanitaria e soprattutto per convogliare le risorse disponibili verso l'appropriatezza delle prestazioni, si ripropone oggi - con forte enfasi - la necessità di riordinare la rete ospedaliera e di spostare il baricentro della politica sanitaria sui servizi territoriali e le cure primarie. L'assistenza primaria viene identificata quale *indicatore prioritario* dell'esistenza di un sistema di “welfare” nel settore sanitario e sociale ed, in tale ottica, la Casa della salute rappresenterebbe uno degli strumenti necessari per garantire un simile indicatore.

Il cammino verso questa meta comincia nel marzo del 2004 quando, su iniziativa del Sindacato dei Pensionati Italiani (SPI) della CGIL viene presentata la prima proposta²⁹⁴ di CdS nel Convegno nazionale dal titolo “*Le cure primarie, la Casa della salute*” a cui faranno seguito, sempre su spinta dello SPI, uno studio di fattibilità del progetto²⁹⁵ affidato all'Università degli studi “la Sapienza” di Roma e la prima sperimentazione ufficiale del modello “*Casa della salute*” da parte della Regione Toscana²⁹⁶.

Due anni più tardi, il 27 giugno 2006, con l'atto “*Linee del programma di Governo per la promozione ed equità della salute dei cittadini*” Livia Turco, Ministro della Salute, enuncia l'obiettivo strategico di realizzare “*un nuovo progetto di medicina del territorio attraverso la promozione della Casa della salute, una struttura polivalente e funzionale in grado di erogare*”

²⁹⁴ La pubblicazione relativa alla proposta Spi Cgil è disponibile al seguente indirizzo: <http://www.cgil.it/archivio/welfare/public/040701115525002.pdf>

²⁹⁵ La ricerca è stata pubblicamente presentata nel 2006 con una conferenza stampa a cui prese parte la senatrice Livia Turco, all'epoca Ministro della Salute, che da lì a poco avrebbe inaugurato la sperimentazione nazionale del modello di assistenza primaria “Casa della salute”.

²⁹⁶ Come documentato nel Capitolo n.4 al paragrafo 4.4.2 la prima applicazione della Casa della salute è stata fatta in provincia di Arezzo nel comune di Castiglion Fiorentino.

materialmente l'insieme delle cure primarie e di garantire la continuità assistenziale con l'ospedale e le attività di prevenzione"²⁹⁷ ["Un New Deal della Salute" 2006:15].

Il tema della Casa delle salute²⁹⁸ come "*luogo di ricomposizione delle cure primarie e della continuità assistenziale*" viene successivamente ripreso ed approfondito dal Ministro il 22 marzo 2007 in occasione di uno specifico incontro nazionale tenutosi a Roma, a cui prendono parte le Regioni, gli operatori sanitari, le forze sociali e le associazioni dei cittadini "*chiamati a svolgere un ruolo di attori nel processo di potenziamento del sistema di cure primarie di cui la Casa della salute è parte di rilievo*" [Intervento del Ministro Livia Turco 2007].

Innanzitutto vorrei sgombrare il campo da un possibile equivoco: la *Casa della salute* non è un modello di riorganizzazione della medicina territoriale. È un'idea, un'opportunità, la proposta di una sperimentazione da condividere in un contesto di ascolto e valorizzazione delle tante esperienze territoriali. Non è qualcosa che abbiamo inventato a tavolino al Ministero, ma un'idea che cresce, che abbiamo raccolto e che sarà utile perché si tradurrà in esperienze concrete. Essa scaturisce da un bisogno forte dei cittadini che dobbiamo saper raccogliere oggi e non domani: quella della continuità della assistenza, di una medicina vicina ai cittadini, accessibile e fruibile [ibidem: 1-2].

È con queste parole che il Ministro Turco inizia il proprio discorso a sottolineare la volontà politica di ricostruire dal basso ciò che già esiste ed è stato spontaneamente realizzato in varie regioni italiane. L'idea è quella di convogliare e sistematizzare le diverse esperienze locali verso un modello unitario di *governo clinico* del territorio di cui, appunto, la Casa della salute dovrebbe diventare espressione.

Il percorso per consolidare tale idea sfocia nella prima Conferenza Nazionale sulle cure primarie svoltasi a Bologna nel febbraio del 2008, che rappresenta la prima vera occasione per una fotografia dello stato dell'arte dell'assistenza primaria italiana mettendone in evidenza i punti di forza e di debolezza. La Conferenza di Bologna viene organizzata in concomitanza con la celebrazione di due trentennali, quello dell'istituzione del SSN e quello della Dichiarazione di Alma Ata, che delineano la cornice dei valori fondanti il servizio pubblico (universalità, solidarietà ed equità) e contemporaneamente il quadro di riferimento per il futuro della *Primary care*. Sulla scia dei contenuti espressi dalla legge n.833/78 e dalla Dichiarazione di Alma Ata, la conferenza bolognese offre l'opportunità di una discussione collettiva sulle questioni ed i problemi che ancora gravano sui sistemi di assistenza primaria allo scopo di trovare assieme le soluzioni più

²⁹⁷ Tratto dalle "Linee del programma di governo", documento intitolato "*Un New Deal della Salute*" in quanto, come afferma lo stesso Ministro Turco, con esso si vuole "*contrarre un nuovo Patto per la salute, un vero e proprio "New Deal" per la sanità italiana che sappia raggiungere e coinvolgere tutte le componenti del sistema finalizzandone l'operato verso un unico grande obiettivo: ridefinire modi e forme del sistema perché esso sia finalmente orientato verso i bisogni e le esigenze dei cittadini*".

²⁹⁸ Tutti i materiali relativi al progetto "Casa della salute" sono sul sito: www.ministerosalute.it

solide ed efficaci per la loro *governance*. Il risultato complessivo della discussione viene così stato tradotto in un documento ufficiale, la *Dichiarazione di Bologna*²⁹⁹, che rappresenta un decalogo, una dichiarazione di intenti nella quale si ribadisce, prima di tutto, la necessità di ripensare il territorio. Sono i servizi legati al territorio, infatti, quelli che possono raccogliere più facilmente la domanda di assistenza che arriva dai cittadini e fornire risposte adeguate, in particolare attraverso l'integrazione dei servizi socio-sanitari e delle differenti professionalità.

Il sipario sulla *sperimentazione* nazionale del modello assistenziale “Casa della salute” si apre in questo modo e vedrà la partecipazione di gran parte delle Regioni italiane, pur se con esiti diversi. Complessivamente i contesti regionali che hanno accolto l'iniziativa ministeriale sono stati diciannove mentre i progetti inoltrati sono stati ventidue, di cui solo diciassette hanno ottenuto il sovvenzionamento sulla base della valutazione³⁰⁰ effettuata ai fini dell'ammissione al co-finanziamento statale. Tra questi spiccano i progetti delle regioni Piemonte ed Emilia Romagna per il numero delle strutture previste: 22 *Case della salute* in Piemonte, a seguito della riconversione dei gruppi di cure primarie (GCP) e 204 in Emilia Romagna, derivanti dalla graduale trasformazione dei nuclei di cure primarie (NCP). Il programma di sperimentazione si è articolato su due anni, nel corso dei quali viene sia riconfermato lo stanziamento di fondi specifici³⁰¹ per consentirne l'ulteriore sviluppo che commissionato un lavoro di ricerca per l'analisi ed il monitoraggio delle esperienze attivate. Lo studio, svolto dal Dipartimento Innovazione e Società (DIeS) dell'Università di Roma “La Sapienza” e dalla Fondazione Censis in collaborazione con il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali, ha preso in esame otto *case study* regionali scelti in riferimento alle peculiarità dei progetti inviati ed al criterio di “rappresentatività” dell'intero territorio nazionale.

Le Regioni selezionate sono state:

- ✓ Piemonte, Veneto ed Emilia Romagna (nord Italia);
- ✓ Toscana e Lazio (Italia centrale);

²⁹⁹ Il documento è disponibile alla pagina web del servizio sanitario regionale: www.saluter.it

³⁰⁰ Sulla base del DM 10 luglio 2007 vengono definiti i criteri in base ai quali riconoscere alle Regioni partecipanti all'iniziativa l'ammissione al co-finanziamento statale equivalente a 10 milioni di euro. L'analisi dei progetti viene affidata all'Ufficio V della direzione generale della Programmazione sanitaria, che predispose due distinti strumenti di analisi: la scheda di coerenza, tesa alla valutazione di coerenza del progetto (fattibilità) con gli elementi fissati dal DM 10 luglio 2007 e la scheda di analisi finanziaria, indirizzata all'esame degli aspetti finanziari collegati [Giannone et al. 2009].

³⁰¹ Sia la legge n.244/2007 (finanziaria 2008) che il DM 23 dicembre 2008 ratificano il cofinanziamento a favore del progetto “*Casa della salute*” aumentando, quest'ultimo, la somma a 30,5 milioni di euro in modo da far rientrare, nella medesima linea progettuale, tutti quei progetti “*inerenti lo sviluppo di modalità organizzative che consentono la riduzione degli accessi impropri nelle strutture di emergenza ed il miglioramento della rete assistenziale territoriale garantendo l'assistenza sanitaria nelle 24 ore*” [Allegato “A” del DM 23/12/2008].

- ✓ Puglia (sud Italia);
- ✓ Sicilia e la Sardegna (Italia insulare).

Dal lavoro di indagine DIeS-Censis, pubblicato nel luglio del 2009, emerge un quadro nel quale si evidenzia una profonda *disomogeneità* nelle forme di intervento degli otto contesti territoriali, sia sotto il profilo della filosofia sottostante ciascuna di esse che per il livello di investimento politico e finanziario.

Si legge al riguardo nel rapporto di ricerca:

Nonostante gli elementi di partenza e gli obiettivi della riorganizzazione delle cure primarie fossero in gran parte condivisi nei territori oggetto di approfondimento, e soprattutto nelle filosofie e nelle strategie delle rispettive regioni di appartenenza, le dimensioni dei modelli, la varietà dei soggetti ed il livello di integrazione e/o di rete raggiunta, risultano decisamente variegati ed in parte anche divergenti [ibidem:260].

In modo più dettagliato, al termine del programma di *sperimentazione* risultava che nei contesti analizzati la riorganizzazione delle cure primarie si trovava ancora alla fase iniziale ed interessava poche realtà e pochi professionisti nonostante alcune sperimentazioni locali potessero vantare una storia ed una longevità di un certo rilievo³⁰². La sperimentazione si rivelava più avanzata in quei contesti in cui i medici di famiglia avevano investito nelle forme di associazionismo più complesse - di gruppo e di rete - e nel loro ruolo di punto di riferimento territoriale. Inoltre, la scelta della sede unica, peculiarità della Casa della salute, dimostrava di facilitare l'integrazione tra servizi ed operatori del territorio anche se non tutte le strutture oggetto di indagine presentavano lo stesso grado di complessità.

Alcune di queste, infatti, risultavano essere più forme di arricchimento delle modalità dell'associazionismo della medicina generale anziché vere e proprie esperienze innovative sul modello "Casa della Salute". Più problematica, invece, l'integrazione tra i servizi e gli operatori del territorio con quelli dell'ospedale nonché con quelli del Servizio sociale, che si manifestava largamente dipendente dai livelli preesistenti di integrazione sanitaria e socio-sanitaria nel territorio di riferimento. Ultimo aspetto di analisi quello della *valutazione* che, però, appariva ancora come elemento di forte criticità:

Infine, nonostante siano segnalate esperienze di valutazione della soddisfazione degli utenti e nelle interviste realizzate con gli operatori emerge sempre l'apprezzamento degli utenti e la coscienza di un miglioramento complessivo del servizio offerto, non sono disponibili indicatori che ad oggi permettano di determinare in modo puntuale gli *outcome* della sperimentazione, soprattutto in termini costi/benefici, per i servizi sanitari regionali [Rapporto di ricerca 2009:267].

³⁰² Come ad esempio il caso della Toscana, del Piemonte, dell'Emilia Romagna nonché del Veneto.

Per quanto riguarda lo studio specifico del caso “Emilia Romagna” l’area di indagine è stata quella di Crevalcore a Bologna dove dal 2007 era già operativa una Casa della salute.

Dal rapporto di ricerca DIeS-Censis si evince che la struttura di Crevalcore, ricavata da un ex-ospedale ristrutturato a Poliambulatorio nel 1999, si presentava ai tempi della rilevazione come una struttura pienamente funzionante “*nodo di una rete più ampia costruita intorno alla centralità dell’integrazione socio-sanitaria e della continuità assistenziale tra ospedale e territorio e viceversa*” [Rapporto di ricerca:117].

Il modello organizzativo cui afferisce tutta l’offerta di prestazioni della Casa della salute di Crevalcore si fonda su un processo di innovazione costante e continuo nel tempo, finalizzato al trasferimento di servizi dall’istituzione ospedaliera al territorio, secondo una divisione dei compiti ormai arrivata a regime. [...] La rottura con il paradigma ospedalocentrico si è realizzato non semplicemente attraverso la chiusura della vecchia struttura ospedaliera, ma sviluppando percorsi assistenziali continuativi in grado di assistere il paziente soprattutto nella fase post-acuta, quando si tratta di mettere a regime la rete integrata dell’assistenza socio-sanitaria [ibidem: 119].

Tra i motivi che hanno permesso di portare al successo l’esperienza innovativa di Crevalcore vengono annoverati due fattori principali e, cioè, la capacità delle istituzioni locali - Az. Usl, distretto e Comune - nel creare la giusta sinergia per costruire il consenso comunitario attorno all’ipotesi di *rifunzionalizzazione* dell’ospedale/Poliambulatorio a Casa della Salute e, secondo elemento strategico, l’elevato radicamento dei servizi sociali sul territorio. La stretta collaborazione tra gli attori istituzionali ha consentito di trasmettere alla cittadinanza la fiducia necessaria per credere nel progetto della CdS ed intravedere in esso uno strumento finalizzato al miglioramento della qualità dell’offerta socio-sanitaria e non semplicemente alla razionalizzazione dei costi con il taglio dei posti letto ospedalieri.

Analogamente, sul versante della rete dei servizi territoriali e dell’integrazione sociosanitaria, l’Emilia Romagna³⁰³ è tra i contesti regionali che più sono intervenuti - negli ultimi anni - a regolamentare il funzionamento e l’organizzazione dell’offerta sanitaria; in tal senso l’iniziativa di Crevalcore si è trovata inserita in un tessuto già consolidato di servizi socio-sanitari che da questa sperimentazione hanno ricavato ulteriori benefici diventando il *focus* della risposta alla nuova domanda di salute.

Dal rapporto di ricerca non emergono, invece, evidenti elementi di debolezza del progetto e l’unico appunto che viene fatto al caso di studio “Emilia Romagna” riguarda il Piano Socio Sanitario Regionale 2008-2010, vigente al tempo dell’indagine DIeS-Censis.

³⁰³ Si veda il capitolo 4° paragrafo 4.4.1

Al riguardo, infatti, si sottolinea che nel suddetto documento programmatico non si trova alcun riferimento esplicito alla *Casa della salute* nonostante si possano riconoscere notevoli elementi di complementarità con il ruolo conferito al *Nucleo di cure primarie*³⁰⁴.

La rassomiglianza tra i due modelli - data dalla presenza di una sede fisica all'interno della quale attivare la rete relazionale tra servizi ed operatori - lascerebbe presupporre che i NCP rappresentano la via prescelta dall'amministrazione regionale per la realizzazione delle CdS. Ciò nonostante i ricercatori DIeS-Censis pongono in luce anche l'altro aspetto della medaglia, ovvero, l'iniziativa del tutto *autonoma* di alcune realtà distrettuali³⁰⁵ di avviare la sperimentazione della Casa della salute senza il via ufficiale da parte della Regione. Di certo il caso di Crevalcore ne è l'esempio emblematico, tuttavia, nel 2007 altre sperimentazioni erano in atto nella regione emiliano romagnola e, difatti, secondo il monitoraggio del Ministero della salute³⁰⁶ erano in corso esperienze simili nei Comuni di Borgo Panigale, Beroaldo, Budrio, Casalecchio di Reno, Castenaso, Ferrara-Portomaggiore, Imola, Molinella, San Pietro in Casale e Galliera, Zola Predosa e Cortemaggiore³⁰⁷.

Se questo, dunque, era lo scenario che affiorava dalla verifica sullo stato di attuazione del Progetto di *sperimentazione* promosso dal Ministero, gli ambiti di indagine odierni non possono che prendere le mosse dalle conclusioni di tale studio.

Pertanto, intendendo esaminare nello specifico la Casa della Salute di Colorno-Torricella e quella di San Secondo Parmense (d'ora in poi Colorno e San Secondo), il primo sforzo di analisi riguarderà la posizione assunta ufficialmente dalla Regione Emilia Romagna negli atti di programmazione posteriori al 2009³⁰⁸, dai quali sarà possibile comprendere la via prescelta dall'amministrazione locale per il rinnovamento delle cure primarie.

³⁰⁴ Nel Piano Socio Sanitario dell'Emilia Romagna 2008-2010 sono i Nuclei di cure primarie i luoghi di integrazione rispondenti agli obiettivi di rimodulazione dell'offerta sanitaria.

³⁰⁵ La *Casa della salute* di Crevalcore si contestualizza all'interno del Nucleo di cure primarie Crevalcore-Sant'Agata Bolognese appartenente al distretto "Pianura Ovest" dell'Azienda sanitaria di Bologna.

³⁰⁶ Cfr. www.salute.gov.it/curePrimarie/paginaInternaCurePrimarie.jsp?id=497&menu=regionale

³⁰⁷ L'esperienza di Cortemaggiore, in provincia di Piacenza, non compare tra quelle monitorate dal Ministero, in quanto risale ad un periodo successivo (luglio 2007) ed inaugurata nel mese di febbraio 2009.

³⁰⁸ Documenti varati dopo il 2009 perché questo è il periodo a cui risale la ricerca di valutazione DIeS-Censis e, quindi, il contesto normativo di riferimento per l'analisi del caso di studio Emilia Romagna.

6.2 - Il modello “Casa della salute” della regione Emilia Romagna

Al fine di gestire il quadro socio-epidemiologico in trasformazione l’Emilia Romagna ha da tempo intrapreso la strada del rinnovamento dei servizi territoriali³⁰⁹, come si evince dalla regolamentazione sanitaria a partire dalla legge n. 29 del 2004 e dal primo Piano Socio Sanitario Regionale del 2008-2010. Il percorso incominciato all’inizio degli anni Duemila, e successivamente proseguito, ha portato alla costituzione - in tutte le Aziende USL - dei *Dipartimenti di Cure Primarie*³¹⁰, a loro volta articolati territorialmente nei *Nuclei di cure primarie*, che rappresentano le unità operative fondamentali per l’erogazione dell’assistenza primaria.

L’elemento posto alla base del riordino delle cure primarie e, più in generale, della sanità emiliano-romagnola è stato quello di mirare a realizzare modelli organizzativi in grado di superare la tradizionale frammentarietà della risposta sanitaria a favore di “percorsi integrati” di cura ed assistenza. In tale direzione si è andata, appunto, articolando la politica sanitaria dell’Emilia Romagna, che nel 2010 con delibera della Giunta regionale n.291 ha ufficialmente avviato il progetto della “*Casa della salute*”.

Tale progetto³¹¹ è inteso quale naturale evoluzione delle sedi strutturate di Nucleo nella *Casa della salute*, un modello assistenziale innovativo tramite cui portare a compimento il sistema dell’assistenza primaria della Regione e garantire ai cittadini un nuovo punto di riferimento, dove i servizi del territorio si integrano con quelli specialistici ed ospedalieri nell’ottica della continuità assistenziale e dell’orientamento ai servizi. Recita l’atto³¹²:

(La Giunta regionale ha ritenuto necessario): portare a compimento il sistema delle cure primarie, definendo alcune tipologie territoriali: la “Casa della salute”, che sia punto di riferimento certo per i cittadini, alla quale ci si può rivolgere per trovare una risposta ai propri problemi di salute. Realizzare questo obiettivo attraverso un cambiamento culturale radicale, tramite lo sviluppo delle reti organizzative, rendendo in questo modo più efficace il modello delle reti cliniche integrate [ibidem:3].

³⁰⁹ Per un approfondimento della politica sanitaria realizzata in Emilia Romagna con l’obiettivo di rinnovare il proprio sistema di cure primarie si rimanda al paragrafo 4.4.1, Capitolo 4° della prima parte.

³¹⁰ Con Delibera di Giunta regionale n.2011 del 2007.

³¹¹ Tutta la documentazione relativa all’iniziativa è disponibile sul sito: www.saluter.it (portale della sanità regionale). Più dettagliatamente si suggerisce la consultazione dei seguenti link: www.saluter.it/ssr/aree/cure-primarie/?searchterm=casa%20della%20salute (circa le cure primarie); www.saluter.it/search?SearchableText=casa+della+salute (relativo al progetto *Casa della salute*).

³¹² Regione Emilia Romagna, DGR n. 291/2010 “*Casa della salute*”: *indicazioni regionali per la realizzazione e l’organizzazione funzionale*”.

Si legge ancora:

La “Casa della salute” è un presidio del Distretto, la cui gestione complessiva è affidata al Dipartimento di Cure Primarie, che coordina le attività erogate e cura le interfacce con gli altri Dipartimenti. È la sede di accesso e di erogazione dei servizi sanitari, sociosanitari e socio assistenziali, rivolti alla popolazione dell’ambito territoriale di riferimento del Nucleo di Cure Primarie. È strutturata come un sistema integrato di servizi che si prende cura delle persone, fin dal momento dell’accesso, attraverso: l’accoglienza dei cittadini, la collaborazione tra i professionisti, la condivisione dei percorsi assistenziali, l’autonomia e la responsabilità professionale, la valorizzazione delle competenze. Si configura come un assetto organizzativo, all’interno di una rete integrata di servizi, con relazioni cliniche e organizzative strutturate che mettono in relazione i Nuclei di Cure Primarie (assistenza primaria) con gli altri nodi della rete (assistenza specialistica, ospedaliera, sanità pubblica, salute mentale) [ibidem:3-4].

Si tratta - dunque - di un *nuovo* modello di offerta sociosanitaria integrata, fondato sull’accoglienza, sulla collaborazione professionale, sulla condivisione dei percorsi e sulla valorizzazione dell’autonomia e della responsabilità dei professionisti. La *novità* del modello, tuttavia, si pone lungo una linea di continuità rispetto al processo di riordino attivato con i Dipartimenti ed i Nuclei di cure primarie, riprendendone in sostanza gli assi portanti e cioè: messa in rete dei servizi, continuità assistenziale e coordinamento degli operatori.

Nel piano della rete dei servizi la *Casa della salute* si configura come la centralità più decentrata del servizio sanitario pubblico, la sede comune - in uno stesso spazio fisico - dell’area elementare³¹³ che mette in corrispondenza la domanda con la risposta, il punto di chiamata con quello di ascolto. La CdS è una struttura assistenziale, che pur dovendo svolgere *funzioni comuni*³¹⁴ in conformità con la generalizzazione del modello sperimentato a livello nazionale, deve essere progettata in stretta attinenza con le caratteristiche territoriali, socio-demografiche ed epidemiologiche del bacino di riferimento.

In tal senso, la Regione Emilia Romagna ha individuato nella DGR 291/2010 tre tipologie di CdS che sono state declinate in relazione agli ambiti territoriali che servono, alla presenza di servizi già esistenti, alla numerosità e distribuzione della popolazione, alla

³¹³ In riferimento al documento del marzo 2007 “*La casa della salute, luogo di ricomposizione delle cure primarie e della continuità assistenziale*” del Ministero della Salute è detto che la CdS “è una sede fisica collocata nell’ambito delle aree elementari del distretto per un bacino di utenza corrispondente a circa 5-10 mila persone” [ibidem: 6].

³¹⁴ La *Casa della salute* è chiamata a svolgere prima di tutto le attività di prevenzione, cura e riabilitazione per tutta la popolazione di riferimento e per tali funzioni deve essere dotata di operatori sanitari e sociali, di servizi che per essere collocati in spazi comuni realizzano quella integrazione da sempre auspicata e raramente raggiunta negli anni. Ed infatti è da tale contiguità spaziale e dalla compresenza di diverse professionalità che si può realizzare nella CdS il punto unico di accesso e la presa in carico, il coordinamento dei servizi e delle prestazioni, la prevenzione e l’educazione/promozione della salute, la medicina d’iniziativa e la partecipazione dei cittadini alla realizzazione degli obiettivi di salute e di cura della comunità. Tutte funzioni queste che compongono la sostanza innovativa del modello “Casa della salute”.

necessità di garantire a tutti la possibilità e l'opportunità di accedere ai servizi di assistenza primaria.

Le "case" sono state distinte in:

- ✓ *piccola*, composta da un'area di accoglienza, informazione e di prima presa in carico per un orientamento ai servizi. Essa garantisce la medicina generale per 12 ore al giorno (dalle 8.00 alle 20.00), l'assistenza infermieristica, l'attività di Consultorio di primo livello con la presenza di un'ostetrica, l'ufficio di coordinamento delle cure domiciliari, l'assistente sociale ed il servizio Cup per la prenotazione di visite ed esami;
- ✓ *media*, nella quale i livelli assistenziali si arricchiscono garantendo, oltre alle attività assicurate dalla CdS piccola, la medicina specialistica ambulatoriale, gli ambulatori per la diagnostica di base (es. ecografo), la continuità assistenziale h.24, l'ambulatorio pediatrico, gli ambulatori di sanità pubblica per attività di vaccinazione e screening ed i servizi riabilitativi;
- ✓ *grande*, preposta a garantire tutte le attività assistenziali (prevenzione, cura e riabilitazione) relative al Nucleo di cure primarie, alla sanità pubblica ed alla salute mentale. Rispetto alla tipologia "media" in essa sono, quindi, previsti i servizi di prevenzione e contrasto alle dipendenze patologiche, i centri di riabilitazione ed i centri diurni psichiatrici e, nell'area medico legale della sanità pubblica, la commissione per il riconoscimento della disabilità.

Per quanto riguarda gli aspetti strutturali il documento deliberativo ha stabilito che la Casa della salute, in quanto struttura flessibile e versatile, "*include differenti tipi di spazio, suddivisi per grandi aree omogenee con caratteristiche ed esigenze diverse*" [DGR 291/2010] ovvero:

- ✓ *area pubblica*, relativa all'ingresso e agli spazi di primo contatto con l'utenza;
- ✓ *area clinica*, cuore pulsante del presidio e comprensiva dell'assistenza primaria di Nucleo, dei servizi sanitari, dei servizi socio-sanitari, della prevenzione e dei servizi sociali;
- ✓ *area dello staff*, con funzioni di servizio per il personale.

Per ciascuna di queste aree la Regione ha definito una batteria di requisiti obbligatori o facoltativi sulla base della tipologia prevista per il modello CdS: piccola, media e grande.

I compiti che spettano alla struttura, indipendentemente dalla dimensione ed ognuna per la sua specificità, sono:

- ✓ assicurare un punto unico di accesso ai cittadini;

- ✓ garantire la continuità assistenziale;
- ✓ organizzare e coordinare le risposte da dare all'utenza;
- ✓ rafforzare l'integrazione con l'ospedale soprattutto in relazione alle dimissioni protette;
- ✓ migliorare la presa in carico integrata dei pazienti con problemi di patologie croniche;
- ✓ sviluppare programmi di prevenzione rivolti al singolo, alla comunità nonché a specifici target di popolazione;
- ✓ promuovere e valorizzare la partecipazione dei cittadini;
- ✓ offrire formazione permanente agli operatori.

Nell'ottica di rendere il nuovo presidio distrettuale "*Casa della salute*" identificabile quanto l'ospedale, l'amministrazione regionale - in collaborazione e in accordo con tutti gli attori coinvolti nel progetto - ha provveduto ad ideare uno specifico logo, uguale per tutte le strutture dell'Emilia Romagna, che rafforzasse il concetto di "luogo della salute" e lo rendesse facilmente riconoscibile. Se la lettera "H" è simbolo dell'ospedale, l'elemento grafico prescelto per esprimere la familiarità, l'accoglienza e l'apertura di una "casa" non poteva che essere la stilizzazione della stessa. Il logo è stato costruito attorno a cinque punti fondamentali, che rappresentano l'essenza della *Casa della Salute* e ciò che essa deve o dovrebbe trasmettere ai singoli ed alla collettività. Questo dunque il risultato finale:



Una casa, quale luogo dove è possibile trovare agio e conforto, dove si richiama, con la croce greca disegnata dai punti rossi, il concetto di salute e che lascia aperta la porta di ingresso per accogliere i cittadini e rispondere, con servizi coordinati, alle loro esigenze di salute, cura ed assistenza.

Il progetto "*Casa della Salute*" emiliano romagnolo ha, dunque, come obiettivo generale quello di trasformare gradualmente i Nuclei di Cure Primarie in CdS e, al 31 dicembre 2010, tutte le Aziende USL della Regione aderiscono ufficialmente all'iniziativa³¹⁵ con la realizzazione di almeno una "casa" nel proprio territorio. In contemporanea viene attivata dalla Regione l'azione di monitoraggio dei lavori in corso così da misurare il grado di evoluzione dei progetti locali sotto il profilo strutturale e di

³¹⁵ I progetti presentati in quella data sono stati complessivamente ventotto di cui: quattro a Piacenza (Borgonovo, Podenzano, Carpaneto piacentino, Monticelli d'Ongina); due a Parma (Lubiana-San Lazzaro, Distretto sud-est); cinque a Reggio Emilia (Zona est, Zona ovest, Zona nord, Fabbrico, Puianello); due a Modena (Finale Emilia, Modena); quattro Bologna, di cui tre dell'Azienda Usl di Bologna (Naville, Crevalcore, Pieve di Cento) ed una dell'Azienda Ausl di Imola (Castel S.Pietro, Terme Dozza); due a Ferrara (Portomaggiore, Bondeno); tre a Ravenna (Brisighella, Cervia, Bagnacavallo); tre a Forlì-Cesena (Mercato Saraceno, Savignano) e tre a Rimini (Rimini Celle, Coriano, Santarcangelo).

funzionamento. Il primo report³¹⁶ sullo stato di attuazione delle CdS viene presentato nel 2011 nella città di Parma, che ospita il primo convegno nazionale sui percorsi di innovazione nelle cure primarie³¹⁷.

L'analisi regionale ha inteso approfondire la *tipologia* ed il *grado di funzionalità* raggiunto dalle strutture avviate tra il 2010 ed il 2011 attraverso la distribuzione, ai direttori dei Dipartimenti di cure primarie, di una scheda di approfondimento costruita "ad hoc" per raccogliere informazioni riconducibili a tre ambiti: 1) accoglienza, valutazione del bisogno, orientamento ai servizi; 2) continuità assistenziale per piccole urgenze ambulatoriali; 3) gestione integrata delle patologie croniche a più elevata prevalenza. Dall'indagine risultano programmati nella Regione 102 progetti di Case della Salute, interessando tutte le aziende sanitarie e la quasi totalità dei distretti (35 su 38); gli interventi strutturali si mostrano modesti dal momento che in molti casi si tratta di adeguare sedi pre-esistenti come ex-ospedali; le tipologie di "case" si suddividono in piccola (42 progetti), media (37 progettualità) e grande (23 progetti) e - tra le provincie interessate - Parma è senza dubbio al primo posto per il livello di investimento fatto su tale modello assistenziale.

Infatti, dei 102 progetti regionali 26 sono dell'Asl di Parma, 22 di quella di Reggio Emilia, 18 dell'Asl di Bologna e, in scala sempre più decrescente, 8 dell'azienda modenese, 5 delle Asl di Ravenna e di Forlì, 4 delle aziende di Piacenza, Ferrara, Cesena e Rimini ed, infine, 2 della sede di Imola. La provincia di Parma, inoltre, detiene anche il primato del maggior numero di CdS "grandi" (n.8), che sotto il profilo organizzativo e gestionale è senza dubbio il tipo più complesso. Accanto agli aspetti "strutturali" sono state indagate anche le "funzioni" ed il quadro che emerge è complessivamente positivo.

Nelle 42 strutture attivate tra il 2010 ed il 2011 risulta che in tutte è garantita la funzione *dell'accoglienza, della valutazione del bisogno e dell'orientamento ai servizi*; alcune differenze si registrano invece per la *continuità assistenziale*, che si mostra assicurata con una copertura di tempo oscillante tra le 24 ed almeno 10 ore (quest'ultima in 22 sedi). In 3 sedi la continuità assistenziale per h. 24 è assicurata da un punto di "primo intervento" collegato alla rete dell'emergenza ("118") e in 17 strutture vi è il servizio di guardia medica notturna e festiva con fasce orarie di attività ambulatoriale. La terza funzione analizzata, la più rilevante sotto il profilo epidemiologico e di presa in carico, è stata quella della *gestione integrata delle patologie croniche*. Al riguardo la situazione sembra essere caratterizzata dalla

³¹⁶ Il documento versione integrale è scaricabile dal sito del servizio sanitario regionale: www.saluter.it

³¹⁷ Parma 21-22 Ottobre 2011

presenza di specifici programmi di gestione delle cronicità in 33 delle 42 CdS osservate, programmi che vengono gestiti dai medici di medicina generale del Nucleo con gli specialisti territoriali e, in alcune strutture, con l'impiego della figura dell'infermiere dell'ambulatorio di Nucleo. In 18 sedi sono presenti anche sistemi di monitoraggio attivo dei pazienti ed il modello operativo applicato è quello della medicina d'iniziativa e del *Chronic Care Model*.

Complessivamente si può, quindi, sostenere che nell'ambito dell'assistenza primaria i lavori di costruzione del nuovo modello sembrano procedere di "buona lena" verso la realizzazione dell'obiettivo di evoluzione dei Nuclei di cure primarie nelle *Case della salute*, un processo di forte cambiamento nel quale, la Regione Emilia Romagna, ha intravisto uno strumento per la sostenibilità non solo del sistema sanitario locale, ma dell'intero sistema di *welfare* regionale. Nel vento del cambiamento è senz'altro paradigmatica la posizione di spicco assunta dall'azienda sanitaria di Parma, che nel 2010 decide di avviare una *programmazione specifica*, condivisa con la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (CTSS) ed i Comitati di distretto, allo scopo di attuare complessivamente - a livello provinciale - ventisei Case della salute nel biennio 2011-2013. Le linee di sviluppo della pianificazione dell'Asl di Parma vengono presentate nel corso di un convegno dedicato all'innovazione nella sanità territoriale³¹⁸, che offre l'occasione per un confronto approfondito tra i professionisti e gli operatori sanitari come pure tra le istituzioni, i cittadini e i loro rappresentanti.

La Casa della salute è un'innovazione che vede la regione Emilia Romagna tra le prime in Italia nell'affermare questo modello. In particolare la provincia di Parma è all'avanguardia perché qui, concretamente, questo modello organizzativo ha già gambe e strutture. Qui si vede la realizzazione di un cambiamento culturale organizzativo, cioè, l'idea di rendere disponibili sul territorio delle strutture dove i cittadini possono trovare tutte le risposte ai loro bisogni di tutela sanitaria, ma anche sociale, esterne all'ospedale³¹⁹.

Con queste parole l'assessore regionale delle Politiche per la salute³²⁰ pone in evidenza la peculiarità dell'Az. USL di Parma nel poter pianificare un numero così alto di strutture all'interno della provincia, strutture che nasceranno ex-novo oppure da edifici già esistenti. L'Asl di Parma, infatti, si compone di quattro distretti sanitari (Parma, Fidenza, Valli Taro-Ceno e Sud-Est) sui quali sono distribuiti 21 Nuclei di cure primarie; inoltre, dispone di tre ospedali, due a gestione diretta - che fanno capo all'area del

³¹⁸ Svolto a Parma il 15 Novembre 2010 presso l'Auditorium del Carmine.

³¹⁹ Intervento pubblicato dall'Ufficio stampa della Provincia di Parma.

³²⁰ Dottor Carlo Lusenti.

distretto di Fidenza e a quello della Valli del Taro e del Ceno - ed il terzo dell'Azienda ospedaliero-universitaria.

In tale contesto di riferimento la realizzazione delle 26 *Case della salute* non va letta come implementazione di un modello organizzativo precostituito, perché - come spiegato da Massimo Fabi, direttore generale dell'azienda sanitaria di Parma - si tratta di *“coinvolgere tutti i professionisti medico-sanitari nella condivisione progettuale della nuova organizzazione dei servizi che saranno disponibili nelle Case della salute. Non si chiede agli operatori di aumentare la quantità delle prestazioni, ma di condividere le finalità di riorganizzazione dei servizi per aumentarne qualità ed efficacia, nella consapevolezza che le Case della salute rappresentano il contesto prioritario nel quale diventeranno esigibili i diritti alla salute da parte dei cittadini”* [Saluternotizie 2010, anno VII, n.18,8].

La programmazione vede, nel dettaglio, la creazione di otto strutture assistenziali CdS nel distretto di Parma, di cui sei nell'area del capoluogo e le restanti due a Colorno e a Sorbolo-Mezzani; nel distretto sud-est si progettano sei strutture: il polo socio-sanitario di Langhirano e le “case” di Collecchio, Traversetolo, Felino, Montechiarugolo e Sala Baganza; altre sei CdS sono collocate nel distretto delle valli del Taro e Ceno: Medesano, Val Ceno, Alta Val Taro (n.2), Bassa Val Taro (n.2) e sei, infine, nel distretto di Fidenza di cui una a Fidenza stessa e le altre cinque a Salsomaggiore, San Secondo, Busseto, Fontanellato e Noceto.

L'Asl di Parma opera su una popolazione complessiva di 442.070³²¹ residenti di cui 49.717 dai 0 ai 13 anni; 277.983 dai 14 ai 64 anni; 98.002 over 64 anni; l'incidenza infantile è pari all'11% della popolazione complessiva mentre quella degli anziani è del 23%. Per quanto riguarda i servizi di assistenza primaria ed i professionisti sanitari i dati riportano che su tutto il territorio provinciale ci sono 305 medici di medicina generale, 55 pediatri di libera scelta, 136 medici della specialistica ambulatoriale e 106 équipe domiciliari che assistono 9.921 casi in ADI (Assistenza domiciliare integrata) di cui l'85,9% anziani e 7,2% malati terminali oncologici. Le forme associative della medicina generale e della pediatria risultano così organizzate:

- ✓ 31 “medicine di gruppo” per un totale di 131 medici;
- ✓ 23 “medicine di rete” che coinvolgono 112 medici;
- ✓ 2 “pediatriche di gruppo” per 7 pediatri complessivamente associati.

³²¹ I dati sono stati ricavati dall'Ufficio statistico di Parma il cui portale è: www.statistica.parma.it e dal Ministero della Salute il cui link è: www.salute.gov.it/servizio/usldb/regusl_aslspec.jsp?reg=080&usl=102.

Il terreno sul quale realizzare l'obiettivo delle ventisei *Case della salute* si connota, pertanto, per essere già molto fertile sia per la presenza di sedi da rifunzionalizzare sia per il lavoro svolto negli anni in favore dell'integrazione, di cui l'associazionismo medico parmense - coi i suoi 243 medici aderenti (80%) - è di certo una prova tangibile.

Il contesto favorevole per rendere praticabile il progetto dell'Asl di Parma si esplica anche dal punto di vista degli atti di programmazione ed, infatti, il Piano Attuativo Locale³²² (PAL) 2009-2011³²³ che fissa le priorità e gli obiettivi socio-sanitari da realizzare nel triennio, è stato il frutto di un lavoro partecipativo "dal basso" che ha coinvolto i professionisti dell'Asl e dell'Azienda ospedaliera, la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, tutti i Comuni del territorio e che ha avuto il contributo delle forze sociali, del volontariato e degli organismi di rappresentanza dei cittadini. L'asse centrale di questo PAL è l'evoluzione della sanità parmense verso la *Casa della salute*.

Un altro fattore predisponente il processo di rinnovamento intrapreso è offerto dalla "formazione" del personale di tutte le CdS programmate a partire dalle cinque che sono state attivate nel corso del 2011: Colorno, Langhirano, Busseto, San Secondo e Medesano. Entro il 2013 tutti gli operatori dovranno essere stati formati e tutte le ventisei CdS dovranno essere operative. Ad oggi (ottobre 2012) le strutture ufficialmente inaugurate sono dieci³²⁴ e tra queste ci sono le realtà di Colorno e di San Secondo, selezionate come *case study* per il nostro studio. Nel paragrafo successivo esporremo le ragioni che ci hanno portato alla loro scelta.

6.3 - La ricerca sul campo: note metodologiche

Dopo aver passato in rassegna il contesto di sfondo del nostro oggetto di studio è arrivato il momento di delineare l'impianto metodologico che ha guidato la fase empirica dell'analisi. Si tratta di un aspetto cruciale del disegno di ricerca, perché da esso dipende il risultato complessivo dell'indagine e, quindi, l'attuazione o meno degli obiettivi conoscitivi del ricercatore. È comprensibile, anche per chi è profano della materia, che la complessità dei fenomeni sociali non possa essere colta appieno dalla mente esploratrice dello studioso, ma ciò non toglie che si debba cercare di avvicinare il più possibile la meta

³²² Il P.A.L. rappresenta lo strumento di programmazione strategica dei servizi sanitari e socio-sanitari della provincia.

³²³ Il dossier completo è disponibile al link: www.ausl.pr.it

³²⁴ Le rimanenti otto sono: Busseto (media), Langhirano (grande), Medesano (media), Monticelli Terme (piccola), tutte inaugurate nel corso del 2011; Bedonia (media), Sala Baganza (piccola), Traversetolo (piccola) e Felino (piccola), inaugurate nel 2012 assieme a Colorno e San Secondo.

della *conoscenza*. Alla luce di una simile impresa “titanica” e in piena coscienza dei limiti oggettivi di qualunque opera umana, la ricerca che è stata condotta - come si sarà capito dalle pagine precedenti - consiste in due *studi di caso* (*case study*). La scelta di questo tipo di approccio è stata dettata direttamente dall’oggetto di studio prescelto, la *Casa della salute*, e dal suo contesto generale, le *cure primarie*. Come, infatti, afferma R. K. Yin³²⁵:

A case study is an empirical enquiry that investigates a contemporary phenomenon within its real-life context, especially when the boundary between phenomenon and context are not clearly evident [1994:13]³²⁶.

The case study is the method of choice when the phenomenon under study is not readily distinguishable from its context [1996:3]³²⁷.

Lo *studio di caso* è una strategia di ricerca che viene attivata quando si vuole acquisire una comprensione “adeguata” di un dato fenomeno, colto nella sua singolarità ed unicità come parte di un particolare contesto e delle sue interazioni [Patton 1985]; ciò che si cerca è una conoscenza ampia ed approfondita del “caso” piuttosto che una sua generalizzazione [Stake 2005]. Si potrebbe anche dire che lo *studio di caso* rappresenta uno strumento per approfondire la conoscenza di un “processo”, per cogliere un contesto nel suo insieme, per “scoprire” una realtà nel tempo e nello spazio in cui si realizza (*bounded system*) [Smith 1978]. In tale prospettiva, l’obiettivo del ricercatore non è quello di trovare dati che possano dimostrare la validità di una teoria, bensì quello di raccogliere il significato, il senso del fenomeno studiato a partire dalle esperienze e dalle rappresentazioni che gli attori di quel contesto maturano al suo interno, sia tra di loro che nei riguardi dello stesso.

Il “caso”, infatti, non rappresenta il vero oggetto di analisi, ma solo lo spazio entro il quale il fenomeno si mostra agli occhi del ricercatore e gli consente di comprendere molti degli aspetti che a quel particolare fenomeno sono collegati.

³²⁵ Altri autorevoli autori si sono interessati della *case study research*, pubblicando al riguardo numerose ed importanti testi; tra questi ricordiamo il libro di E. Stake (1995), *The art of case research*; gli articoli di Tellis (1997): - “Introduction to case study”. *The Qualitative Report*.

www.nova.edu/ssss/QR/QR3-2/tellis1.html

- “Application of a case study methodology”. *The Qualitative Report*.

www.nova.edu/ssss/QR/QR3-3/tellis2.html

Inoltre, il contributo di Flyvbjerg (2006), “Five Misunderstandings About Case-Study Research”. *Qualitative Inquiry*, Vol. 12., n.2, Sage Publications, 219-245.

³²⁶ “Il caso di studio è un’indagine empirica che indaga un fenomeno sociale entro il suo contesto di vita reale quando i confini fra fenomeno e contesto non sono chiaramente evidenti e nel quale vengono utilizzate molteplici fonti per ricercare delle evidenze”.

³²⁷ “Il caso di studio è un metodo di studio prescelto quando il fenomeno indagato non è facilmente distinguibile dal suo contesto”.

Il case study è “*un sistema integrato, le cui componenti non necessariamente devono funzionare bene o apparire razionali. [...] Esso ha lo scopo di facilitare la comprensione di qualcos’altro*”³²⁸ [Stake 1995: 2-3].

Oltre che dall’oggetto d’indagine la scelta dello “studio di caso” è stata determinata dalla stessa intenzione di ricerca e, cioè, verificare *se e come* la Casa della salute potesse contribuire alla ristrutturazione delle cure primarie dal punto di vista della continuità assistenziale, dell’integrazione tra ospedale e territorio, della creazione di percorsi integrati per la gestione delle cronicità, dell’integrazione professionale e dell’unitarietà dei servizi territoriali. Ed ancora: *se e come* si dovesse modificare lo stato vigente delle cose dal punto di vista organizzativo, gestionale e della cultura professionale, affinché il rinnovamento auspicato potesse tradursi in un reale ed innovativo modello assistenziale qual è la *Casa della salute*. Come letteratura insegna [Marradi 1985; Statera 1997; Cipolla 1998; Corbetta 1999], l’approccio metodologico più appropriato per indagare fenomeni sociali che sfuggono alla *quantificazione*, alla misurazione del “quanto”, è offerto dall’analisi *qualitativa* perché orientata alla raccolta di opinioni, rappresentazioni individuali o collettive attorno a specifici eventi, così da portare allo scoperto anche aspetti che difficilmente emergerebbero da uno studio di natura quantitativa. Il livello quantitativo, infatti, si caratterizza per il suo disegno di ricerca strutturato, fondato su tecniche standardizzate di analisi dei dati che trovano impiego quando la finalità è quella di individuare regolarità empiriche tra il verificarsi di un evento ed alcune caratteristiche date. Al contrario, l’indagine qualitativa si caratterizza per essere destrutturata, spesso costruita e/o revisionata “in itinere”, basata sullo studio di casi singoli o di gruppi, poiché rivolta a cogliere il senso soggettivo che emerge durante la ricerca, a comprendere il punto di vista degli attori (*prospettiva emica*)³²⁹.

La scelta dell’uno o dell’altro metodo, pertanto, è legata agli scopi conoscitivi del ricercatore, che - tuttavia - assai difficilmente potranno essere soddisfatti da uno solo dei due poli. La *conoscenza* - in senso lato - e quella delle scienze sociali - nello specifico - necessitano di punti di osservazione molteplici e differenziati, che consentano di cogliere la ricchezza dell’obiettivo piuttosto che ridurla entro specifici schemi d’analisi. La distinzione metodologica tra quantità e qualità mostra di essere artificiosa se non è connessa al fatto che tutto ciò che riguarda la comprensione del mondo umano è

³²⁸ “The case is an integrated system. The parts do not have to be working well, the purpose may be irrational, but it is a system. [...] This use of case study is to understand something else.”

³²⁹ In ambito antropologico si usa il termine “*prospettiva emica*” quando il ricercatore assume il punto di vista degli attori sociali che sta studiando; viceversa, la “*prospettiva etica*” mantiene la distanza dal punto di vista dei soggetti con lo scopo di raggiungere maggiore obiettività [Babbie 2010:332].

destinato ad essere “*mappa*” anziché a rappresentare fedelmente il “*territorio*” [Manghi 1998]. La presa di coscienza di un simile limite pone in luce, da un lato, il riduzionismo di ogni pensiero binario fondato sugli opposti: *quantitativo* vs. *qualitativo*; *soggettivo* vs. *oggettivo*; dall’altro lato, il beneficio derivante dall’integrazione e dal mix degli stessi [Ingrosso 1990].

Un approccio metodologico di tipo *integrato* mira a promuovere:

[...] il contributo di più tecniche, di più strumenti e di procedure, tutti ugualmente legittimati e funzionali a sostenere l’attività di ricerca. In una logica multidimensionale e pluralistica, l’integrazione metodologica favorisce la compatibilità, la disponibilità, l’apertura verso nuove frontiere e verso eventuali confronti originali [Cipolla 1998:26].

L’integrazione metodologica si fonda sullo scambio reciproco e funzionale di conoscenze, di strumenti tecnici, di apporti informativi finalizzati all’ottenimento di un particolare risultato euristico, spendibile immediatamente sul piano pratico. [...] Integrazione è compimento, chiusura di una circolarità prospettica; è superamento di opzioni unilaterali; è lavorare per logica sintetica come conseguenza di un ampio e frammentato scavo analitico; è interdipendenza stretta e coerente tra le parti; è definizione delle procedure e dei livelli metodologici [Cipolla 1998: 98].

Sulla base di tali premesse e degli interessi di ricerca si è, quindi, ritenuto opportuno adottare una metodologia di natura integrata ed allo scopo sono state utilizzate tecniche di ricerca afferenti sia all’approccio quantitativo (il questionario) che qualitativo (l’intervista). Nello specifico, adottando la logica della triangolazione metodologica [Denzin 1970] *di fonti molteplici e tecniche di inchiesta diverse* (Yin 1994: 23) per assicurare una maggiore validità delle evidenze, l’indagine è stata condotta sulla *raccolta ed analisi di documenti* in combinazione con *interviste semistrutturate* e la *somministrazione di un questionario*.

Per quanto riguarda la raccolta documentale la ricerca si è focalizzata sui materiali che potessero aiutare a definire un quadro di lettura generale dell’oggetto di ricerca nonché agevolare una comprensione più dettagliata dei due specifici *casi di studio*. In tale prospettiva sono stati esaminati i documenti istituzionali prodotti a livello nazionale e regionale, con particolare riguardo agli atti di programmazione interni all’Azienda sanitaria di Parma e legati alla definizione progettuale delle Case della salute.

L’ampia indagine documentale ha permesso di focalizzare alcune questioni cruciali, che sono divenute argomento di approfondimento nel corso delle interviste ad un nucleo di attori privilegiati. Al riguardo, sono state costruite due differenti griglie³³⁰ di domande, composte da quattro aree di indagine, da porre distintamente alle figure apicali dell’Az. Usl di Parma ed alle figure professionali delle Case della salute di Colorno e di San Secondo.

³³⁰ La traccia di entrambe le interviste sono state allegate all’interno della voce “Appendice”

Le interviste semistrutturate sono state complessivamente dieci e sono state realizzate tra il mese di marzo e giugno 2012³³¹; la selezione dei soggetti da intervistare è avvenuta in relazione alla volontà di indagare l'ambito della *cultura organizzativa* (dirigenti) e di quella *professionale* (medici ed operatori sanitari). In tal senso, grazie all'apporto del referente aziendale, dr. Luciano Ferrari, è stata scelta una rosa di nomi di professionisti tra coloro che avevano preso parte al primo corso di formazione per "facilitatori" del rinnovamento; per quanto concerne le figure dirigenziali sono state scelte quelle direttamente coinvolte nel progetto "Casa della salute" dell'Az. USL di Parma.

Ogni intervista è stata registrata con dittafono su consenso degli interessati e previa garanzia di anonimato a fronte del fatto che stralci di registrazioni sarebbero stati utilizzati e resi pubblici in fase di scrittura della tesi di dottorato. In tale ottica, va letta la decisione di non riportare i nomi reali dei soggetti intervistati, sostituendoli con nomi fittizi pur se nel rispetto del *genere di appartenenza*. Si è deciso, inoltre, di non specificare in quale struttura viene esercitato il proprio ruolo, né il servizio di cui si è dirigente.

L'elenco degli intervistati è così composto:

<i>Area</i>	<i>Ruolo</i>	<i>Nome</i>
<i>organizzativa-gestionale</i>	Dirigente	Leonardo
	Dirigente	Giorgia
<i>medico-sanitaria</i>	Medico MG	Pietro
	Medico MG	Francesco
	Medico Specialista	Cosimo
	Medico ospedaliero-territoriale	Biagio
	Medico Specialista	Lamberto
	Infermiere	Tania
	Infermiere	Patrizia
	Fisioterapista	Fiorenza

Le registrazioni sono state successivamente sbobinate e trascritte integralmente, ponendo attenzione a riportare il testo originale e gli aspetti del non verbale annotati nel corso dell'intervista [Montesperelli 1998]. Per non perdere la ricchezza del significato del testo inciso si è, infatti, provveduto a redigere - accanto alla trascrizione integrale - una serie di annotazioni riguardanti le pause, la sottolineatura di voce di alcune parole, l'espressione del viso in merito ad un quesito, le interruzioni volontarie, la ripetizione di determinati vocaboli ed altro ancora [Bichi 2002; 2005; Cardano 2003; 2011].

Dopo aver concluso le operazioni necessarie per la riproduzione delle interviste si è passati all'analisi dei testi in relazione ad ogni specifica area d'indagine, allo scopo di porre

³³¹ In realtà la decima ed ultima intervista è stata effettuata nel mese di settembre a fronte della necessità di sondare un aspetto rimasto latente relativo al rapporto tra *primary care* e settore riabilitativo.

in rilievo gli elementi di continuità o discontinuità, le ricorrenze o discordanze dei soggetti interpellati in funzione sia del ruolo che della cultura professionale di appartenenza.

Tale tipo di lavoro è stato svolto su materiale cartaceo³³².

Un altro campo che si è voluto indagare è stato quello dell'utenza, delle persone che concretamente fruiscono di un servizio o più servizi della Casa della salute e che per questo sviluppano attese, opinioni, percezioni e giudizi di valutazione dell'esperito. In questo caso per la raccolta dei dati è stato utilizzato il questionario³³³.

La costruzione dello strumento ha avuto come finalità prioritaria quella di esplorare l'item del "*che cosa vorrei*" o, più correttamente, le *aspettative* degli utenti nei confronti della Casa della salute, la loro *percezione* circa i cambiamenti apportati (o meno) dal nuovo modello assistenziale, la *rappresentazione* che ne danno.

La realizzazione del questionario ha richiesto diverso tempo, perché nonostante gli ineludibili difetti di produzione, si è cercato di restare il più possibile fedeli alle indicazioni da "manuale" sia nella formulazione e collocazione delle domande, che della lunghezza dello strumento come pure del formato [Corbetta 1999; Babbie 2010].

Complessivamente sono stati posti 26 interrogativi, di cui gli ultimi sei di carattere anagrafico; la tipologia dei quesiti è stata prevalentemente strutturata (es. domande filtro, domande contingenti, batterie di domande, uso di scale/termometri) con la sola eccezione di un interrogativo "aperto" posto per raccogliere le *raffigurazioni* dei fruitori attorno alla Casa della salute.

Alla fase della progettazione è seguita quella del controllo (*pretest*) per verificare se il questionario contenesse domande di difficile comprensione o formulate in modo ambiguo; tale passaggio - sempre necessario quando si crea un simile strumento di raccolta dei dati - si è reso ancora più indispensabile in considerazione del fatto che la popolazione di riferimento sarebbe stata prevalentemente composta da persone anziane con un livello di scolarità medio-basso.

Il *testing* è stato eseguito su 30 persone con più di 50 anni, reclutate dapprima sulla base delle conoscenze personali e, quindi, con il cosiddetto metodo della "palla di neve" (*snow ball*) e, cioè, su indicazione dei primi soggetti interpellati.

³³² L'intento iniziale di ricorrere ad un dispositivo *software* di supporto per l'analisi qualitativa dei testi come "ATLAS Ti" non si è potuto realizzare a causa di eventi di portata straordinaria che, per lungo tempo, hanno reso impossibile l'uso dello strumento situato presso il Laboratorio di Studi Sociali sulla Salute e il Benessere sociale "Paracelso" dell'Università degli studi di Ferrara.

³³³ Allegato in "Appendice".

A ciascuno di loro è stato chiesto di compilare il questionario, di evidenziare le domande non chiare e di raccontare³³⁴ le difficoltà eventualmente incontrate. Sulla base delle indicazioni ricevute il questionario è stato revisionato e nuovamente sottoposto al controllo di 10 persone di un centro sociale per anziani, a seguito del quale si è provveduto alla redazione definitiva ed alla somministrazione³³⁵ ufficiale nelle “case” di Colorno e San Secondo durante tutto il mese di agosto e quello di settembre 2012.

Per la distribuzione del questionario non è stato fatto alcun tipo di campionamento rappresentativo dell'intera popolazione, perché l'obiettivo principe dello strumento era quello di offrire una sorta di piccola rilevazione “pilota” sulle attese delle persone piuttosto che produrre *generalizzazioni*. La modalità di somministrazione prescelta, in accordo con i referenti delle due strutture, è stata quella di affidare la distribuzione del questionario direttamente al personale medico-sanitario, così da evitare *a priori* la diffidenza degli utenti verso una persona a loro sconosciuta quale quella della ricercatrice. Per la raccolta si è, invece, preferito adottare un metodo già sperimentato nelle strutture sanitarie come quello della “cassetta dei reclami/suggerimenti” e, quindi, sono stati dislocati nei vari servizi dei contenitori specifici. I questionari compilati sono stati complessivamente 128, i dati raccolti sono stati inseriti su fogli di calcolo elettronici attraverso cui sono state effettuate le analisi monovariate e bivariate, ovvero:

L'analisi monovariata si occupa della distribuzione dei dati di un vettore tra modalità della corrispondente variabile (detto altrimenti: della distribuzione di una variabile) e delle caratteristiche di questa distribuzione [...]. In questo tipo di analisi si considera una variabile alla volta, prescindendo dalle sue relazioni con la matrice allo scopo di ottenere una *distribuzione di frequenza*, cioè una tabella che riporta i valori in ordine numerico crescente, e accanto a ciascuna di esse l'etichetta verbale attribuita alla corrispondente modalità [Marradi 1993: 19-23].

Una tecnica di analisi si dice bivariata se si occupa della distribuzione di due variabili congiuntamente considerate (distribuzione doppia o congiunta) [Marradi 1997:12].

Quanto emerso dalla rielaborazione dei dati, sia qualitativi che quantitativi, è quanto si andrà a sviluppare nel prossimo capitolo.

³³⁴ Ogni persona che ha testato il questionario è stata incontrata *face to face* così da facilitare il compito di restituzione delle impressioni, degli errori rilevati e dei suggerimenti da dare per il suo miglioramento.

³³⁵ Tra i limiti più ricorrenti del questionario autocompilato c'è quello dell'*autoselazione* di coloro che rispondono e, quindi, di cogliere un *segmento particolare* di una data popolazione (probabilmente le persone più motivate, con buona scolarità, forse più giovani, ecc.). Si ricorda, tuttavia, che l'indagine relativa all'utenza non mirava ad essere “rappresentativa” dell'intera comunità afferente alla Casa della salute di Colorno e di San Secondo e che, pertanto, tale limite non va ad inficiare il profilo delle “attese” di *quelle* persone che hanno risposto al questionario.

6.4 - La scelta dei case studies: ragioni metodologiche e specificità ambientali

Durante il percorso di disamina delle fonti, istituzionali e non, che hanno permesso di ottenere un livello di conoscenza generale del settore delle cure primarie e del modello di rinnovamento rappresentato dalla “Casa della Salute” ci si è posti una serie di interrogativi quali: *Il modello assistenziale della Casa della salute contribuisce al miglioramento dell’assistenza primaria? Se sì, in che modo? La sua istituzione garantisce realmente l’integrazione delle attività di prevenzione, cura e riabilitazione degli utenti soprattutto per chi è affetto da una patologia cronica? L’integrazione tra i diversi professionisti, in particolare per la presa in carico e la continuità dei percorsi assistenziali come si è modificata (se si è modificata)? Rispetto ai Nuclei di cure primarie qual è il valore aggiunto di tale modello di assistenza? Quali sono i cambiamenti sottesi dal rinnovamento dal punto di vista della cultura professionale e di quello organizzativo e gestionale? Quali sono le attese degli utenti? Qual è la percezione del pubblico circa i benefici e/o le criticità della CdS? ecc.*

La genericità delle domande che sono nate dalla lettura dei documenti programmatici e delle ricerche disponibili, ha richiesto la necessità di declinarle all’interno di specifici “casi di studio”, in modo da osservare quali delle questioni esposte potessero essere illuminate dal singolo caso e trovare una qualche risposta, seppure contestualizzata.

Il passaggio conseguente, pertanto, ha riguardato la scelta di *case studies* che potessero consentire una connessione con il livello generale degli interrogativi elaborati. Dopo una prima fase di difficoltà selettiva, dovuta alla sostanziale mancanza di strutture “nuove” o “in itinere”³³⁶ da poter studiare, verso la fine del 2010 viene data dai media locali la notizia della realizzazione di 26 *Case della salute*³³⁷ da parte dell’Az. Usl di Parma nell’arco temporale di due anni: 2011-2013³³⁸. L’attenzione si focalizza, quindi, su tale contesto e l’occasione del primo contatto avviene a seguito del Convegno nazionale sull’innovazione nelle cure primarie del 21-22 ottobre 2011 tramite la figura del direttore generale dell’Asl parmense, dr. Massimo Fabi. La fase successiva all’assenso del direttore Fabi nel poter effettuare la ricerca in due “Case della salute” aziendali è consistita nell’incontro preliminare di presentazione degli obiettivi di ricerca al dr. Luciano Ferrari,

³³⁶ In merito va ricordato che lo studio DIeS-Censis sullo stato di avanzamento della *sperimentazione* ministeriale aveva preso in analisi la “Casa della salute” di Crevalcore (della tipologia “grande”) afferente all’Asl di Bologna. Inoltre, l’iniziale idea di restare nell’ambito di Ferrara, sede dell’Università presso la quale si è svolto il Dottorato di ricerca, è scemata a seguito dello stato embrionale in cui si trovava il progetto della “*Cittadella della salute*”, opera di riconversione dell’ospedale cittadino “Sant’Anna”.

³³⁷ La mappa delle “case” è consultabile tra gli allegati posti in “Appendice”.

³³⁸ Dagli ultimi documenti aziendali il termine per la realizzazione del progetto, fissato per l’anno 2013, è stato prolungato al 2014.

direttore dell'Unità Operativa Formazione Azienda USL di Parma e referente interno per lo svolgimento della nostra indagine; in tale sede sono state individuate e prescelte le strutture di Colorno e di San Secondo, perché rispondenti ai criteri individuati ai fini della selezione. Uno di questi è stato il fattore dei “tempi”, ovvero, la necessità di poter osservare nell'arco temporale del dottorato delle sedi che fossero già passate dalla *fase costituente* a quella *applicativa* di apertura al pubblico. Un secondo criterio ha riguardato l'appartenenza ad una specifica tipologia di Casa della salute, ovvero, al tipo “grande” in modo da avere un grado di complessità organizzativa e gestionale sufficiente da mostrare i punti di forza e/o di debolezza del processo di rinnovamento. Accanto a questi è stato aggiunto il criterio della “comparazione” tra *casi di studio*, di un confronto analitico tra strutture assistenziali che, pur a fronte delle peculiarità ambientali e di contesto e - quindi - delle differenze intrinseche, potessero contenere anche degli elementi di similitudine. Infine, il criterio della “territorialità” e, cioè, dell'afferenza delle “case” a differenti Dipartimenti di cure primarie e, più in generale, a diversi Distretti. Il presupposto di base di tale criterio è stato quello di voler vedere se la differenza di direzione (Distretto) e di gestione (Dipartimento) dessero vita a difformità organizzative, gestionali e/o erogative tra presidi, nonostante la comune appartenenza all'Az. Usl di Parma.

6.4.1 - Le specificità ambientali dei casi di studio prescelti

Prima di entrare nel merito dello studio effettuato, si ritiene utile offrire un profilo generale dei contesti di studio per consentire una lettura più appropriata dei dati emersi dalla rilevazione empirica in relazione alle specificità dei due territori. In tal senso, nonché in rigoroso ordine alfabetico, Colorno è un comune rurale con più di nove mila abitanti (9096) e quasi quattro mila famiglie (3850)³³⁹ che afferisce al distretto sanitario di Parma.

La distribuzione dei residenti per fasce d'età risulta essere:

- ✓ 15% dai 0 ai 13 anni;
- ✓ 66,5% dai 14 ai 64 anni;
- ✓ 18,4% over 64 anni.

L'età media dei suoi abitanti è di 41,7 anni e l'indice di vecchiaia³⁴⁰ è del 128,8%.

I cittadini stranieri residenti sul territorio comunale sono complessivamente 1.526 e rappresentano il 16,8% dell'intera popolazione, rendendo Colorno il secondo comune³⁴¹

³³⁹ I dati riportati in questa sezione sono Istat e si riferiscono al 2010.

³⁴⁰ Indicatore statistico utilizzato per descrivere il peso della popolazione anziana su una determinata popolazione. Viene ricavato dal rapporto tra il numero della popolazione con un'età eguale o maggiore ai 65 anni e la popolazione compresa tra i 0-14 anni, moltiplicato per 100.

³⁴¹ Il primo è Calestano con il 18%.

della provincia con la più alta percentuale di immigrazione; per l'intero distretto di Parma la concentrazione degli stranieri è pari all'11,8%. Il numero degli immigrati sembra influire sul tasso di natalità che si attesta al 12,5% ed è il valore più elevato della provincia.

Anche San Secondo è un comune rurale, ma con minore densità di popolazione ed, infatti, le persone che al 2010 vi risiedono sono 5.648.

La distribuzione per fascia d'età è così ripartita:

- ✓ 13,9% dai 0 ai 13 anni;
- ✓ 65,1 % dai 14 ai 64 anni;
- ✓ 20,9% over 64 anni.

In media gli abitanti di San Secondo hanno 43,4 anni e l'invecchiamento della comunità corrisponde al 161%. Il numero totale delle famiglie è di 2350 unità con un tasso di natalità dell'11,2 %, percentuale che rende San Secondo il paese con il maggior numero di nuovi nati dopo Colorno. Il distretto sanitario di riferimento è quello di Fidenza, la cui concentrazione di stranieri³⁴² è equivalente al 10,2%, valore di poco inferiore a quello di San Secondo che è dell'11,6% corrispondente a 653 immigrati residenti.

Dal confronto tra i due comuni il dato che merita di essere posto in evidenza - ai fini dei nostri interessi di ricerca - riguarda la maggior prevalenza di anziani a San Secondo (20,9%) rispetto a Colorno (18,4%), che risulta essere un territorio più giovane grazie all'aumento della natalità legata ad tasso immigratorio tra i più elevati della provincia di Parma. Anche il comune di San Secondo ha un'elevata natalità, che tuttavia non sembra incidere - come a Colorno - sul livello di invecchiamento complessivo. Tale differenza anagrafica trova conferma nei profili dei distretti sanitari di reciproca afferenza, dai quali affiora che su una popolazione di 214.054 utenti del distretto di Parma l'indice di vecchiaia è 168,14% di contro all'indice 172,91% del distretto di Fidenza³⁴³, il cui bacino di utenza equivale a circa la metà di quello parmense e cioè: 102.667 assistiti.

Allargando la prospettiva di osservazione dalle sole sedi di ubicazione delle nostre due "case" all'intero territorio che fruisce dei servizi e delle prestazioni da esse erogati, si nota che nel comune di Torrile (*Colorno*) il livello di invecchiamento della popolazione è davvero basso, avendo un indice di vecchiaia dell'83,9% ed una distribuzione per fasce d'età così caratterizzata: 16,1% (0-13 anni); 70,4% (14-64 anni) e 13,9% (> 64 anni).

³⁴² Nel distretto delle Valli del Toro e del Ceno tale concentrazione è equivalente all'8% del totale della popolazione, mentre nel distretto Sud-est è del 9,4%. I valori più alti, quindi, sono quelli dei distretti di Parma con l' 11,8% e di Fidenza con il 10,2% di concentrazione di immigrati residenti.

³⁴³ Il distretto sanitario delle Valli Taro-Ceno è quello che ha l'indice di vecchiaia più alto; 229,54; viceversa il distretto Sud-Est ha l'indice più basso: 166.

L'anagrafica dei municipi di Sissa, Trecasali e Roccabianca, serviti a loro volta dalla "casa" di *San Secondo*, si mostra in perfetta sintonia con l'identikit sia del distretto di Fidenza che dello stesso comune di San Secondo. Ed infatti, come da tabella sottostante, si può vedere che si tratta di comunità "più anziane" rispetto a Colorno e a Torrile sia in relazione all'età media che all'indice di invecchiamento.

Statistiche ISTAT al 31 Dicembre 2010

Comune	Età media	Indice di vecchiaia
SISSA: 4311 residenti	43,9	154,2%
TRE CASALI: 3679 residenti	42,0	133,4%
ROCCABIANCA: 3110 residenti	45,2	187,5%

Per quanto concerne la numerosità degli stranieri stanziali i dati, ancora una volta, confermano il quadro precedentemente disegnato, ovvero, percentuali tendenzialmente inferiori nei territori di Sissa (12,1%), Trecasali (9,5%) e Roccabianca (10,8%) rispetto al comune di Torrile, dove il tasso di concentrazione è pari al 12,2%, dato che, se associato a quello di Colorno del 16,8%, manifesta il "peso" esercitato dall'immigrazione sul minor livello d'invecchiamento di entrambe le comunità.

Ricapitolando: la *Casa della salute* di Colorno-Torrile del distretto sanitario di Parma raccoglie una popolazione di 16.898 persone con un'incidenza della "fascia anziana" inferiore rispetto alla struttura di San Secondo del distretto di Fidenza. Quest'ultima "casa", che comprende i comuni di Sissa, Trecasali e Roccabianca, fornisce prestazioni e servizi ad un bacino di utenza di 16.787 cittadini dalle caratteristiche anagrafiche "meno giovanili" dei precedenti due comuni. Un aspetto importante da evidenziare, per non creare fraintendimenti nei possibili lettori di questo lavoro, concerne il fatto che il presidio distrettuale "Casa della salute" è un modello assistenziale che non va ad annullare quanto finora esistente in materia di servizi territoriali, bensì mira ad integrarli e coordinarli.

In un certo qual modo, attraverso la "Casa della salute" viene riproposto il modello organizzativo dei servizi sanitari "*hub e spoke*" adottato dalla regione Emilia Romagna per le alte specialità³⁴⁴ ed, in tale prospettiva, la "casa" verrebbe a rappresentare il centro di riferimento (*hub*) per la rete dei servizi di assistenza primaria (*spoke*), costituita dai medici di medicina generale sparsi nei vari distretti e dagli operatori del servizio sociale

³⁴⁴ Come da atto deliberativo: DGR n. 1267/2002.

degli Enti locali. Se questa è la descrizione dei “territori” vediamo ora di illustrare le “strutture”³⁴⁵.

6.4.2. - La Casa della salute di Colorno-Torrile

La CdS di Colorno-Torrile è stata ricavata dall’adeguamento del Polo sanitario di via Suor Maria, di proprietà dell’Azienda sanitaria, che già da tempo era sede di numerosi servizi alla persona compresa la medicina di gruppo. Dal 10 settembre 2012, giorno della sua inaugurazione, tale Polo è stato ufficialmente riconvertito nel modello assistenziale *Casa della salute*, che - seppur neonata - è pienamente funzionante da almeno un anno come “casa” e da molti più anni come “Polo sanitario”. La struttura è situata a poca distanza dal centro cittadino, è facilmente accessibile anche per chi non è del luogo e dispone di una grande parcheggio interno. L’esterno dell’edificio lascia immediatamente trasparire una ristrutturazione recente confermata dall’ingresso principale del complesso, dove - all’epoca della rilevazione sul campo³⁴⁶ - vi erano ancora lavori in corso per l’allestimento di un unico punto di accoglienza per i servizi di medicina generale, quelli della specialistica, delle dipendenze patologiche (Ser.T) e del Centro di Salute Mentale (CSM). Nella medesima area, corrispondente all’*area pubblica* prevista dalla DRG. 291/2010, si trovano lo sportello-Cup, un punto ristoro, creato appositamente per trasmettere il senso della “casa che ospita”, ed un servizio di informazione garantito dai volontari dell’Auser. Il mondo del volontariato è presente nella CdS di Colorno anche con l’associazione A.vo.pro.ri.t (Associazione volontaria promozione ricerca tumori), che con l’Asl di Parma collabora attivamente per le campagne di screening e che, come vedremo, ha uffici dedicati anche nella struttura di San Secondo.

Accanto all’area pubblica, in sede contigua, si trova il plesso dedicato all’assistenza primaria, dove sono stati collocati gli ambulatori dei medici di gruppo³⁴⁷ (ai quali si può accedere anche da *uno specifico ingresso* posto poco distante da quello principale), l’assistenza infermieristica domiciliare, la figura dell’assistente sociale³⁴⁸, il punto prelievi e l’ufficio protesica. Tali servizi fanno parte dell’*area clinica*, che prosegue al primo piano con gli ambulatori della medicina specialistica, quelli della diagnostica per immagini, il consultorio familiare ed il servizio veterinario. Salendo al secondo piano si hanno: la medicina

³⁴⁵ In “Appendice” sono state inserite alcune foto dei locali di entrambe le *Casa della salute*. Il materiale fotografico è stato raccolto con l’assenso dei responsabili delle strutture e nel pieno rispetto della normativa sulla privacy. Le persone ritratte hanno dato il proprio consenso.

³⁴⁶ Mese di giugno 2012.

³⁴⁷ In totale sono sei.

³⁴⁸ Attualmente l’assistente sociale sia nella struttura di Colorno che in quella di San Secondo è presente alcuni giorni della settimana e in fasce orarie dedicate, ma dovrebbe diventare una presenza permanente.

riabilitativa con palestra, l'area materno-infantile ed il *Day Service*³⁴⁹ (DS), un modello di assistenza specialistica ambulatoriale *complessa*, successiva all'esecuzione di una visita specialistica effettuata su richiesta del medico di MG o del pediatra di libera scelta.

Il servizio affronta problemi clinici di tipo diagnostico-terapeutico che necessitano di prestazioni multiple ed integrate; il *quid* del servizio non consiste solo nell'erogare prestazioni ambulatoriali complesse, ma anche - e soprattutto - nell'organizzazione, da parte del servizio stesso, di tutti i passaggi necessari per il problema di salute del paziente: dal momento dell'ingresso in DS fino a quello dell'uscita³⁵⁰.

Con il *Day Service* sono i servizi ad andare verso il paziente e non viceversa.

Tra i fiori all'occhiello del DS della Casa della salute di Colorno vi è l'ambulatorio vulnologico per il trattamento delle ulcere cutanee degli arti inferiori³⁵¹, punto di eccellenza nazionale soprattutto in riferimento alla cura del piede diabetico e della gestione del dolore. L'ambulatorio, condotto dall'équipe del dr. Carlo Percudani³⁵² direttore del Day Service, ha ottenuto ampi riconoscimenti scientifici (anche di carattere internazionale) sulle metodiche di medicazione, che a Colorno fanno parte di un protocollo standardizzato applicato da diversi anni. Grazie all'utilizzo di queste metodiche sono stati notevolmente ridotti i tempi di guarigione e, difatti, i pazienti seguiti dall'ambulatorio di Colorno guariscono entro 6 mesi nel 91% dei casi contro il 50-70% dai dati di letteratura³⁵³.

Rimanendo nell'ambito della presa in carico della cronicità del diabete e sulla base dei principi del *Chronic Care Model*, è stato, inoltre, associato all'ambulatorio diabetologico un servizio di educazione terapeutica, a gestione esclusiva del personale infermieristico, allo scopo di rendere il paziente un componente attivo del team di cura e, di conseguenza, per migliorarne il livello di *compliance* alla terapia. Accanto ai risultati clinici, l'iniziativa ha

³⁴⁹ A livello normativo si può far risalire tale modello organizzativo ed operativo al D. Lgs. 229/1999 quanto si sottolinea la necessità di perseguire l'*appropriatezza* delle cure ed il diritto di *accesso ai servizi* più che alle prestazioni (art. 8-bis). In Emilia Romagna l'istituzione del "Day Service" è collocabile in seno alla DGR 2142/2000: "*Semplificazione dell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali*" ed alla circolare n. 8/2004: "*Linee guida per un nuovo modello organizzativo di assistenza ambulatoriale complessa ed integrata (Day service ambulatoriale: DSA)*".

³⁵⁰ La strutturazione del percorso diagnostico-terapeutico prevede la pianificazione sia delle procedure (es. prenotazione visite, esami di laboratorio, ecc.) sia dei tempi entro i quali effettuare il tutto.

³⁵¹ Nel nostro Paese sono circa 2 milioni i pazienti che soffrono di lesioni cutanee e più del 50% di essi ne soffre in maniera invalidante. Queste patologie sono al 32° posto come causa di disabilità permanente e al 14° posto tra i motivi di assenza sul posto di lavoro. Le lesioni cutanee sono, nella grande maggioranza dei casi, dovute a malattie come il diabete o da disturbi circolatori (venosi e arteriosi). Le forme più comuni sono l'ulcera venosa, che interessa il 75% di quelle dell'arto inferiore; le ulcere da piede diabetico, che portano nel 15% dei casi all'amputazione e, quindi, le ulcere da decubito, che colpiscono maggiormente gli anziani con difficoltà nella mobilitazione.

³⁵² Figura di riferimento per la realizzazione dell'indagine empirica entro la *Casa della salute* di Colorno.

³⁵³ Dato ricavato dall'archivio stampa dell'Az. USL di Parma.

permesso di consolidare l'integrazione tra infermieri e specialisti diabetologici e di creare quei percorsi di assistenza - multidimensionali e multiprofessionali - che sono posti alla base del modello assistenziale "Casa della salute". In base ai dati messi a disposizione dall'Az. USL di Parma risulta che alla fine del 2010 le attività di carattere specialistico, garantite dai servizi della "casa" di Colorno, sono state 191.538 di cui 14.904 visite; 10.900 esami diagnostici e 165.734 di vario genere (laboratorio analisi, riabilitazione, prestazioni terapeutiche); il servizio di *Day Service* ha preso in carico 202 casi ed il servizio domiciliare integrato ha seguito 122 persone.

6.4.3. - La Casa della salute di San Secondo Parmense

La struttura di San Secondo³⁵⁴ deriva dalla riconversione di un ospedale per acuti, dove già dal mese di luglio 2008 diventa operativa una medicina di gruppo, costituita da tre medici di famiglia e - in adiacenza ai loro ambulatori - trova posto anche l'attività di due pediatri di libera scelta. L'edificio, pur se ristrutturato da poco, mantiene le caratteristiche del nosocomio cittadino; la facciata principale è rivolta su Piazza Martiri della Libertà (*già Piazza dell'Ospedale*) nel cuore del paese e sede del mercato settimanale, che - nel giorno di mercoledì - assorbe la struttura nel normale svolgimento della vita delle persone del luogo.

Si arriva alla *Casa della salute* di San Secondo con grande facilità grazie ad una segnaletica ben collocata lungo l'intero percorso e alle numerose indicazioni per "l'ospedale", che nel concreto resta l'appellativo più ricorrente tramite cui i residenti fanno riferimento al nuovo plesso assistenziale. Architettonicamente la struttura si dispone su un piano rialzato, dove sono collocati, nell'ala sinistra, gli ambulatori della medicina generale ed il centro di riabilitazione con palestra; nell'ala destra gli ambulatori della specialistica e della diagnostica. Salendo ai tre piani superiori si trovano le camere della lungodegenza post-acuti con 40 posti letto più altri 5 posti di *day hospital*, dedicati prevalentemente al trattamento della patologia internistica oncologica³⁵⁵.

All'ingresso della "casa" ci sono lo sportello unico-Cup, con relativa sala di attesa, ed un punto informativo e di accoglienza.

Tra i numerosi servizi offerti dalla struttura, il cui personale medico e tecnico proviene dal distretto di Fidenza e - per l'attività specialistica - anche dalle Unità

³⁵⁴ Inaugurata ufficialmente il 28 Ottobre 2012.

³⁵⁵ Le *patologie internistiche* sono tutte quelle in cui la terapia non prevede un intervento chirurgico, ma solo un'azione dall'esterno.

Operative dell'ospedale di Vaio³⁵⁶, vanno annoverati l'ambulatorio dei disturbi cognitivi ed il servizio dialisi, che dispone di 6 posti letto all'interno di un Centro di Assistenza Limitata (CAL); altrettanto di rilievo è la presenza in loco dell'Unità di Valutazione Geriatrica (UVG), che permette una tempestiva valutazione sullo stato *complessivo* del paziente anziano sia per le dimissioni protette che per l'attivazione dei servizi della rete socio-sanitaria presente sul territorio. Come già a Colorno anche nella "casa" di San Secondo trovano spazio le sedi di alcune associazioni di volontariato come l'A.vo.pro.ri.t, il Centro per la Tutela dei Diritti del malato(CTDM) e l'associazione Amici del Cuore.

Per quanto riguarda la nota caratterizzante questa struttura, al di là degli aspetti prettamente clinico-assistenziali, c'è il forte contributo da parte della medicina generale alla nascita di un blog³⁵⁷ per l'*audit* tra i medici di famiglia. Due i suoi ideatori: il dr. Paolo Maria Rodelli, referente del Nucleo di cure primarie di San Secondo e figura di riferimento per la nostra indagine sul campo, ed il dr. Remo Piroli, referente del NCP di Fontanellato, i quali nel dicembre del 2009, mossi dall'esigenza di un confronto e di fuoriuscita dall'isolamento della categoria, creano sulla piattaforma Wordpress un blog³⁵⁸ attorno al progetto: *Riduzione dell'attività prescrittiva*.

Al progetto aderiscono tutti i 21 Nuclei di Cure primarie dell'Asl di Parma e 286 medici di famiglia dislocati sui diversi distretti. Nel blog compare una *sintesi* dell'attività prescrittiva di ogni Nucleo, costruito sulla base del prospetto che mensilmente l'azienda sanitaria produce relativamente ai farmaci prescritti da ciascun medico di ogni specifico Nucleo. Sulla base di questo riepilogo viene attivata tra i medici appartenenti al medesimo nucleo una discussione, o meglio, un confronto, allo scopo di comprendere i motivi dello scostamento dalla media aziendale e cercare soluzioni adeguate ai problemi rilevati.

Nel blog, inoltre, c'è una pagina dove i vari referenti di NCP pubblicano gli *indicatori di qualità* estratti dai profili di Nucleo, nell'ottica di un parallelo sull'appropriatezza che sia anche di carattere clinico oltre che farmacologico. Ad alcuni anni di distanza dall'ideazione e creazione dello strumento web, la cosa più rilevante del percorso intrapreso è data, senza dubbio, dal livello di confronto raggiunto tra i MMG,

³⁵⁶ È l'ospedale di riferimento per la *Casa della salute* San Secondo, in quanto struttura del distretto di Fidenza dell'Az. Usl di Parma. Il complesso ha iniziato la propria attività nel 2004 e sorge nella piana di Vaio, da cui prende il nome.

³⁵⁷ www.dcpfidenza.wordpress.com - Il blog promosso e realizzato dai due professionisti delle cure primarie del distretto di Fidenza, ha ricevuto l'approvazione della direzione generale dell'Ausl di Parma quale utile strumento atto a monitorare la variabilità e stimolare l'appropriatezza prescrittiva.

³⁵⁸ Il sito ha ricevuto la certificazione HONCode, un codice realizzato dalla fondazione Health On The Net (www.hon.ch/HONcode/Italian) e rivolto ai siti web che si occupano di medicina e salute.

segno di un cambiamento culturale notevole. Come afferma - infatti - uno dei suoi autori, il dr. Rodelli:

“Il blog non ha un valore giudicante, ma di confronto. Intanto ci vediamo, ne discutiamo, li mettiamo sul blog. Si discute e si fatica per metterli sul blog, ma le cose fatte restano. I profili di nucleo esistono da dieci anni circa, ma alcuni colleghi, più periferici, neanche ne erano a conoscenza. Ora il fatto che li si mette sul blog, il fatto dell’aggregazione, sta modificando il quadro tradizionale della medicina generale. [...] La cosa di valore secondo me di questo blog è che su oltre trecento medici la gran parte si sono aggregati per uscire dall’isolamento clinico e acquisire dal confronto un miglioramento delle prassi operative. In due anni il blog ha avuto 31.000 accessi che per una cosa così ‘rustica’ non è per nulla male”.

Un'altra iniziativa “peculiarizzante” la CdS di San Secondo riguarda gli incontri di informazione sanitaria rivolti alla popolazione denominati “*Il tè del giovedì*”³⁵⁹, che dal mese di marzo 2011 si svolgono l’ultimo giovedì di ogni mese presso la biblioteca del plesso.

L’idea nasce nell’ottica di uno dei principi ispiratori il progetto della “Casa della salute” e cioè “*promuovere ed attivare la partecipazione dei cittadini*” affinché - come da tempo sostiene l’OMS - “*le persone possano aumentare il controllo su di loro e migliorare la propria salute*”³⁶⁰. Si tratta, dunque, di incontri finalizzati all’empowerment dei singoli e della comunità durante i quali sono illustrati, di volta in volta, i servizi e le risorse di cui le persone possono fruire all’interno della struttura.

Due le frasi chiave che hanno guidato gli organizzatori:

1. “Informare è prevenire”;
2. “Sanità è partecipazione”.

Key-words che hanno facilitato e consentito di non cadere nella consueta formula dell’informazione sanitaria di natura clinica, focalizzata su una specifica patologia e sulle connesse terapie d’avanguardia, bensì di perseguire l’obiettivo di un cittadino “empowered” conoscitore delle opportunità di cui ha diritto. Il nome prescelto, “*Il tè del giovedì*”, rinvia immediatamente agli elementi posti alla base dei diversi incontri, tra cui spiccano quello dell’accoglienza e della convivialità - arricchiti dal nutrito banchetto di dolci e pasticcini offerti assieme al tè - e quello dell’uso di un linguaggio semplice ed accessibile che rende più familiare la relazione tra gli “esperti” e la comunità.

³⁵⁹ Per un approfondimento dell’iniziativa e degli appuntamenti effettuati si rinvia al link specifico: www.ausl.pr.it/page.asp?IDCategoria=625&IDSezione=3662&ID=416134

Oltre ai materiali consultabili sul sito dell’Asl di Parma, ulteriori e preziosi documenti (cartacei e su CD) sono stati messi a disposizione dall’infermiera Paola Cavalli, coordinatrice professionale di nucleo e figura promotrice dell’iniziativa assieme al dr. Paolo Maria Rodelli ed al dr. Bruno Bocchi, direttore della struttura ospedaliera integrata di San Secondo.

³⁶⁰ Carta di Ottawa del 1986.

Da non sottovalutare la ricaduta che, a livello di integrazione e multi-professionalità/disciplinarietà, l'idea del “*tè del giovedì*” ha sugli operatori stessi della “casa”, tutti attivamente coinvolti nell'organizzare gli incontri e nel condividere le proprie esperienze. Ad oggi gli appuntamenti svolti sono stati complessivamente sedici³⁶¹, di cui sette nel corso del 2011 e nove nel 2012, tutti con grande partecipazione di pubblico. Per quanto concerne, infine, i dati³⁶² delle attività svolte dalla CdS di San Secondo risulta che al 31 dicembre 2010 le prestazioni specialistiche erogate sono state 189.212, distinte in 13.334 visite, 21.955 esami diagnostici e 189.212 attività di laboratorio analisi, riabilitative e terapeutiche. Il servizio di *Day Service*, soprattutto per la presa in carico dello scompenso cardiaco, ha seguito 42 pazienti; tra i percorsi assistenziali integrati vengono posti in rilievo i numeri raggiunti dal servizio ADI con 191 persone seguite e dal servizio di gestione integrata del diabete con 222 pazienti in carico.

A questo punto è arrivato il momento di passare alla disamina di quanto emerso dallo studio sul campo.

³⁶¹ Numero destinato a crescere nei mesi prossimi venturi.

³⁶² Messa a disposizione dall'Az. USL di Parma.

Cap. 7 - Organizzazione e integrazione: un'analisi delle interviste allo staff

Come illustrato precedentemente nelle note metodologiche l'indagine sul campo, basata su un approccio di natura integrata *quali-quantitativa*, è stata condotta utilizzando due modalità di raccolta dei dati e, cioè, l'intervista semi-strutturata ed il questionario. La scelta dei due strumenti di rilevazione è stata contestuale agli interessi di ricerca, che - in senso generale - hanno inteso far luce attorno a due principali dimensioni della Casa della Salute:

- 1) quella *organizzativa e culturale*, connessa alle figure dei professionisti sanitari e della dirigenza coinvolte nel progetto;
- 2) quella delle *attese e delle aspettative* per il nuovo, legata all'utenza.

L'analisi interpretativa proposta si articola, pertanto, su livelli di approfondimento differenziati in merito alle dimensioni considerate allo scopo di cogliere gli elementi caratterizzanti l'elaborazione percettiva ed esperienziale dei soggetti interpellati.

Più dettagliatamente, circa il primo punto, si è cercato di leggere il materiale raccolto da un duplice punto di osservazione: quello specifico del "ruolo" professionale (dirigenza o operatore sanitario) e quello "ecologico" delle relazioni con l'ambiente in cui si opera e di cui si è parte. Ciò nell'ottica di cogliere *comparativamente* i fattori in sintonia o in dissonanza tra il livello apicale ed operativo - come pure tra i differenti professionisti - circa il modello assistenziale della Casa della Salute e gli obiettivi da questo sottesi.

Relativamente al secondo punto, ovvero, gli *utenti* e le *speranze* riposte sulla "casa", si è proceduto analiticamente ponendo in evidenza le specificità dei due contesti, Colorno e San Secondo, sulla base delle quali si è cercato di focalizzare l'attenzione sugli elementi di maggior significatività per operare confronti e riflettere sulle analogie o dissomiglianze rilevate.

7.1 - L'indagine qualitativa

Le tracce di intervista utilizzate nelle due fasi - figure apicali e figure professionali - presentano una matrice sostanzialmente analoga composta da quattro aree di indagine, tese ad esplorare i temi fondamentali del rinnovamento assistenziale rappresentato dalla Casa della Salute: il ripensamento del territorio e il ri-equilibrio del rapporto con

l'ospedale, la centralità della presa in carico e della continuità assistenziale, l'attenzione all'emergenza epidemiologica delle cronicità e l'integrazione tra discipline e professioni, la partecipazione dei cittadini e la promozione della salute ed altro ancora. La vastità degli argomenti è stata raccolta in una griglia di domande suddivisa, come detto, in quattro aree e cioè:

- 1) il contesto di partenza e la sua evoluzione;
- 2) le azioni preliminari per l'attivazione del progetto;
- 3) le innovazioni organizzative e professionali;
- 4) la valutazione.

Per ciascuna di queste aree è stato delineato un canovaccio di quesiti che sono stati individuati in relazione alle figure da intervistare e, in tal senso, le tracce seguite - pur se simili nella struttura - presentano alcune differenze. Tra queste il primo settore di indagine, che nel caso degli apicali è stato costruito attorno al tema del cambiamento *organizzativo e gestionale* mentre per gli operatori è stato focalizzato sul quello del *contesto professionale*.

L'impianto delle due griglie ha facilitato il passaggio dalla genericità degli interrogativi di ricerca alla specificità dei "casi di studio" selezionati, che di fatto hanno rappresentato la nostra lente di ingrandimento per la comprensione dei temi da indagare. Ciò nonostante le risultanze delle interviste effettuate³⁶³ non hanno - né possono avere - la pretesa di essere *universalmente* valide, ma intendono esserlo in stretto riferimento alle "case" di Colorno e di San Secondo. Inoltre, come si avrà modo di verificare dalla lettura dell'elaborato, non per tutte le tematiche esplorate è stato possibile ricavare la stessa intensità di illuminazione e, pertanto, alcuni interrogativi di ricerca sono rimasti più sullo sfondo.

Ed ora il *core* della ricerca.

7.1.1. - Il filo rosso del divenire: dal "Nucleo" alla "Casa"

Le prime domande poste ai dirigenti dell'Azienda Usl di Parma hanno riguardato la situazione di partenza rispetto al progetto della "Casa della Salute" nell'ottica di cogliere i fattori *qualificanti* il cambiamento intrapreso. Sostanzialmente le risposte ricavate dai nostri interlocutori concordano sul fatto della *continuità* del passaggio avviato, dal Nucleo di cure

³⁶³ Le interviste sono state svolte in considerazione delle attività erogate dalla Casa della Salute, ovvero, in orario di normale svolgimento delle prestazioni da parte degli operatori. Per tale motivo alcune di queste interviste sono state "individuali" mentre in altri casi sono state svolte in co-presenza di più professionisti.

primarie al modello della Casa della Salute, vissuto come forma più *evoluta* e *strutturata* di organizzazione dell'assistenza primaria.

Giorgia (dirigente): Noi stavamo lavorando sul Nucleo di cure primarie previsto in Emilia Romagna, un'aggregazione funzionale di professionisti in cui condividere determinate linee di cura e di assistenza da parte di figure professionali che sono note: il medico di medicina generale, il pediatra di libera scelta, i medici della continuità assistenziale, gli specialistici, le professioni sanitarie e quelli del settore sociale. *E quindi la Casa della Salute (CdS) rappresenta l'obiettivo di arrivare ad una forma strutturata anche del Nucleo, di definire una struttura certa di riferimento che fosse non solo sede di integrazione professionale ma anche sede di continuità dell'assistenza.* [...]. Chiaramente quello che è l'impatto della casa è quello di *avere questa forma strutturata* e di lavorare soprattutto su quella che è l'intercettazione della domanda, quindi, il governo dell'assistenza nell'ambito delle cure primarie.

Leonardo (dirigente): *La storia della Casa della salute è in un certo senso quella del Nucleo di cure primarie* è da qui che siamo partiti circa sette-otto anni fa. *Oggi la casa rappresenta l'evoluzione di un viaggio di rinnovamento* che tuttavia non è all'anno zero nella nostra Regione, anzi! In qualche modo il progetto di costituire 26 Case della salute nasce su un terreno già fertile e coltivato, che non significa che non ci siamo dovuti impegnare oltre o in maniera differente, perché il lavoro c'è stato, c'è e ci dovrà essere ancora, però i Nuclei di cure primarie ci hanno aiutato molto nella decisione da prendere.

Simile l'opinione delle figure professionali come dimostrano le seguenti asserzioni:

Pietro (medico di famiglia): *Non è che la Casa della Salute abbia rivoluzionato il mondo, però il fatto stesso di aver concentrato in un unico luogo tutte le professioni inerenti la sanità e la salute - dagli assistenti sociali, al medico di famiglia, agli infermieri, agli operatori sanitari, eccetera, - lo ha migliorato.* Ovviamente l'iter della fruizione della salute è sempre lo stesso, sia dentro il Nucleo di cure primarie che alla Casa della Salute, *però all'interno della casa il percorso è già tutto strutturato, il cittadino trova la strada già fatta, non deve peregrinare tra i vari servizi perdendo anche del tempo.*

Cosimo (medico specialista): [...] *per noi operatori si è trattato di un processo iniziato nel 1993, che ha portato a questo attuale risultato, che non è un diverso, ma una continuazione, una maturazione di ciò per cui si è lavorato da tempo.* Nel tempo ci siamo inventati, magari all'inizio in modo un po' spartano e poi sempre più sofisticato, forme di integrazione che oggi per noi non sono così nuove o così diverse, perché appunto hai partecipato al processo di costruzione. *Per noi si tratta più di un "durante" che non di un "prima" e di un "dopo". Certo ora c'è un'etichetta, la cosa è strutturata, formalizzata ed abbiamo l'ingresso dei servizi sociali che prima non avevamo, però è un processo di maturazione.*

La storia della Casa della Salute è quindi una storia dalle radici abbastanza robuste, seminate con l'istituzione dei Nuclei di cure primarie attraverso i quali la Regione Emilia Romagna inaugura la stagione del rinnovamento dell'assistenza territoriale. L'assenza di fratture e/o di discontinuità rispetto all'immediato ieri appare essere il fattore facilitante e predisponente l'avvio del progetto delle "case", narrato dai nostri testimoni come meta di un processo affatto novello. Eppure, tenuto conto di quelle che abbiamo visto³⁶⁴ essere le

³⁶⁴ Si veda in merito il capitolo quarto, paragrafo 4.4.1.

finalità fondative i nuclei e, cioè, l'*integrazione* ed il *coordinamento* tra professionisti e discipline per assicurare una presa in carico efficace ed adatta alle nuove esigenze epidemiologiche, il proposito logico che matura nella mente di un ricercatore è quello di riuscire a cogliere il valore *aggiunto* e *distintivo* il modello della CdS rispetto a quello del Nucleo di cure primarie.

Interpellati al riguardo le opinioni che si ricavano, sia da parte degli apicali che degli operatori, si mostrano ancora una volta coincidenti: la strutturazione dei servizi territoriali e dei professionisti in un *unico luogo* è un anello di svolta rispetto al Nucleo per l'obiettivo della presa in carico integrata e continuità assistenziale del cittadino/utente. L'unicità della struttura, percepita come punto di riferimento *certo* per l'erogazione dei servizi territoriali, promuove un agire di tipo *collegiale* che migliora non solo il lavoro dei singoli operatori, ma anche la qualità delle prestazioni erogate sia in termini di efficacia che di organizzazione unitaria dei percorsi di assistenza e di cura. Viene, infatti, detto:

Giorgia: *Il focus è la presa in carico complessiva del cittadino. La Casa della Salute è una struttura di riferimento certa, si supera la frammentarietà del percorso di cura mentre il Nucleo di cure primarie è una struttura dove di fatto, diciamo, il mondo avveniva all'interno del dipartimento di cure primarie.. Quello che la CdS vuole è proprio il perseguire questo concetto di unicità del percorso di cura ed assistenza e, quindi, garantire l'integrazione sia professionale che di tutto il percorso.*

Pietro: *[...] la Casa della Salute unifica i percorsi ed il cittadino trova lì dentro tutto ciò che serve al suo bisogno, non deve muoversi all'interno della città. Dentro la casa sono riuniti tutti i professionisti e i servizi di base del territorio e la presa in carico del paziente è a 360 gradi, per cui il cittadino non solo non fa più tanta strada per la sua salute, ma ha una qualità migliore delle prestazioni, gode di una sanità più efficace proprio perché si lavora tutti assieme e si discute sui vari casi..*

Patrizia (infermiera): *Secondo me nella Casa della Salute rispetto al Nucleo il paziente si sente al centro del sistema di cura, si sente più protetto, più tutelato per la sua salute perché la casa è strutturata in modo che tutto possa essere dato dentro la struttura. Con il Nucleo il paziente doveva organizzare da solo il percorso, andare al cup, prenotare una visita, cercare il servizio ora, invece, siamo noi della casa a pensare a tutto quanto.*

Cosimo: *Che cosa c'è di più rispetto al Nucleo? Ecco, c'è di più tutto il mondo che c'è attorno, il fatto che tu non sei da solo con la tua infermiera, ma se hai un dubbio cardiologico c'hai lo specialista lì, che ti consiglia e supporta; c'è il fatto che hai una signora con intervento ortopedico che esce dall'ospedale per la quale tu devi impiantare tutto il percorso riabilitativo per cui hai il fisiatra ed il fisioterapista, ma poi devi chiederti anche: "ma c'è qualcuno che le porta da mangiare?". La figura dell'assistente sociale diventa, come vede, altrettanto importante.*

Come si evince dalle citazioni riprodotte il quadro dei fattori qualificanti l'istituzione delle Case della Salute si delinea in relazione al nesso "*sistema cure primarie e cittadino*", la cui costruzione e praticabilità si compone di numerosi elementi quali la centralità del paziente, la facilità di accesso ai servizi, l'integrazione delle attività di presa in

carico dell'utente, l'unitarietà dei percorsi di cura/assistenza, l'interazione e cooperazione tra professionisti ed altro ancora. A dare valore aggiunto al modello concorre anche un'elaborazione percettiva delle potenzialità che esso racchiude sia per l'utenza - soprattutto per quella più fragile - sia per le figure professionali coinvolte. Circa il primo aspetto viene posto in evidenza la capacità della "casa" di garantire il diritto alla cura, *certa ed adeguata*, anche per quelle persone che rientrano nel novero delle cosiddette nuove povertà e le cui condizioni di vita sono peggiorate dalla presenza di una patologia cronico-degenerativa.

Cosimo: [...] Io da come vedo la Casa della Salute è questo: è una sfida davanti alla quale o fuggire o accettarla come opportunità. *Soprattutto nel caso delle cronicità, dove spesso si ha a che fare con gruppi familiari o persone che per motivi culturali o sociali si trovano un pochino ai margini, sono fragili e meno ricchi dal punto di vista relazionale, per cui l'accoglienza e la guida attraverso percorsi definiti diventa ricchezza e certezza delle cure necessarie. La CdS costituisce una svolta significativa.* [...]

Sotto il profilo delle opportunità per gli operatori, la "casa" viene avvertita quale strumento per la nascita di un senso di appartenenza ad un *noi* generalizzato, dove le differenze tra settori d'intervento e professionalità confluiscono nell'unica identità rappresentata - per l'appunto - dalla Casa della Salute. Si potrebbe sostenere che *l'unitarietà di approccio* ai nuovi bisogni di salute caratterizzante la modalità operativa della struttura influisca positivamente sul grado di coesione interprofessionale generando un senso di appartenenza unitario.

Tania (infermiera): La CdS *ci sta portando a dare il meglio e ad integrarci*, anche perché noi siamo ancora abbastanza giovani e distanti dalla pensione, per cui *c'è tutta la voglia e l'interesse di partecipare al rinnovamento che spinge verso la valorizzazione delle singole professionalità e verso la loro integrazione, cosa ancora migliore. Il processo avviato amplifica anche il senso di appartenenza ad un tutto, che prima era frammentato per cui c'era la medicina generale lì, il SIAN (nda: servizio igiene alimenti e nutrizione) là, il Sert al II piano, ecc. Adesso quando si fa riferimento a questa struttura anche noi colleghi ci percepiamo come parte di un'unica famiglia dove non ci sono più i settori specifici, ma la Casa della Salute.*

Cosimo: Sono d'accordo. Io sostengo, quando ci incontriamo nei vari corsi di formazioni o riunioni o altro, che non si debba più usare il pronome "noi", nel senso noi di medicina generale, noi della specialistica, noi dell'infermieristica e via dicendo. *Il noi va necessariamente allargato. E poi ci sono i pazienti, che fino adesso sono stati il "mio" paziente. Oggi - anche in questo senso - le vedute vanno ampliate, perché la complessità dei bisogni fa sì che ogni malato sia contemporaneamente paziente di professionisti diversi, quindi, deve esistere solo la figura del "paziente" in quanto tale, senza appartenenze di settore o professionista.*

In merito alla considerazione del paziente non più come ammalato di competenza esclusiva di *un* medico, ma di *tutte* le competenze professionali necessarie alla complessità del suo problema di salute viene altrimenti detto:

Biagio (medico ospedaliero): Però non raccontiamoci solo le favole, qui c'è un muro che soprattutto in alcune aree è difficile da superare. *Noi tutti sappiamo di quanto spesso lo specialista sia geloso, anche comprensibilmente, del suo rapporto con il paziente, perché dà soddisfazione, perché gli dà prestigio, perché dà remunerazione e poi è un mix di tantissime cose. Nel momento in cui questo rapporto si sostituisce o entra in gioco, senza sostituirsi completamente, un altro soggetto bisogna capire che ci sono tanti problemi da superare soprattutto se si tratta di professionisti della vecchia scuola. Siamo in corso d'opera.*

Dalla testimonianza di Biagio trapela, dunque, una zona d'ombra rispetto alla quale il lavoro di superamento delle resistenze è appena iniziato: l'integrazione. Tale fattore, come si vedrà successivamente, appare come uno degli aspetti di maggior criticità per la piena realizzazione del modello di *innovazione* delle cure primarie anche se con gradi di resistenza decisamente differenti se intesa come integrazione interprofessionale o, invece, tra livelli di assistenza (territorio ed ospedale). Prima di concludere questo iniziale step analitico si vuole porre in evidenza un ultimo elemento di qualificazione della “casa” raccolto come “fuori onda” in attesa di fare l'intervista. Da principio la testimonianza *indirettamente* ottenuta era sembrata espressione di un percepito soggettivo ed intimo, ma nel corso dell'analisi delle risultanze si è connotata di un valore del tutto differente ed originale.

L'elemento in questione è quello della “creatività”.

Pietro: una cosa che mi ha colpito molto durante il corso di formazione sono state due slides che trattavano lo stesso argomento e cioè *della necessità richiesta dalla Casa della Salute che è la creatività. Sono convinto che la creatività rappresenti il fulcro dell'innovazione e del cambiamento, che di certo non può essere lasciata “a cane sciolto”, ma che deve essere ricercata e fatta per fare la svolta delle cure primarie. [...]*

L'argomento della creatività, pur se non esplicitamente discusso, si ritrova in altre interviste con lo stesso valore semantico di “*quid pluris*”, di tratto distintivo il processo di compimento della CdS. La cosa che emerge con evidenza dalle narrazioni analizzate è la creatività intesa come realizzazione di iniziative che precorrono i tempi ed agevolano i cambiamenti. Così ad esempio la nascita del *blog*³⁶⁵ per l'audit tra medici di medicina generale:

Leonardo: [...] la cosa fondamentale in tutto questo (*nda: organizzazione del blog*) è che in questi sette/otto anni di collaborazione entro i Nuclei si è arrivati a tale livello di confronto per cui dietro la sintesi che si ha da questi fogli excel *c'è un cambiamento culturale notevole.*

La creatività umana è ciò che consente di riempire di contenuti la “casa”, di dare forma concreta alle idee che nascono dall'esperienza e dal confronto con gli altri.

³⁶⁵ Cfr. Capitolo sesto, paragrafo 6.4.3

Pietro: [...] vorrei dire che il vero spirito della CdS in realtà non sono le mura, la struttura stessa della casa, ma la creatività, come dicevo prima, *sono le idee che ci sono dentro la casa. Le idee però nascono secondo me proprio dalla convivenza coi vari operatori che ci sono dentro: medici di famiglia, fisioterapisti, medici ambulatoriali, infermieri, eccetera.*

Sempre nell'ottica del "quid pluris" connesso alla capacità di ideare ex-novo ciò che è parte costitutiva la Casa della Salute viene detto da altri testimoni:

Leonardo: Lui (nda: riferito a Cosimo) ha fatto un'esperienza cinque-sei anni fa in cui *per primo ha costruito in azienda il Day Service, cosa vuol dire, ha provato a profilare rispetto a problemi di salute, accessi d'intenti ambulatoriali complessi di cui faceva, diciamo, il coordinatore, sviluppando all'interno del percorso le prestazioni necessarie, ma questo voleva dire costruire non soltanto un pacchetto di prestazioni dal punto di vista clinico, ma mettere in rete tutti i professionisti necessari.*

Cosimo: *Noi in effetti siamo stati la Casa della Salute prima delle CdS, perché io ho iniziato a lavorare, in nuce, a questo progetto nel 2003 quando sono arrivato qui, dove ho trovato una situazione per molti aspetti di vantaggio, perché c'era già la presenza fisica dei colleghi del Nucleo di cure primarie. E all'epoca avevamo l'opportunità per la gestione dei casi con livelli di problematicità superiore a quella media di accesso ambulatoriale semplice di inventarci qualcosa. Abbiamo inventato un modulo cartaceo, come sempre quando si comincia, che permettesse in primis di comunicare tra noi, specialisti ed operatori del Nucleo, e quindi di confrontarci sul caso [...].*

Ed ancora Cosimo, il cui campo di interesse specifico è quello della vulnologia³⁶⁶, sottolinea l'importanza delle idee che nascono dall'esperienza e che generano nel tempo servizi di alto livello:

Il mio campo di interesse, la vulnologia, è un settore emblematico perché nasce infermieristico e nel quale il medico deve entrare in punta di piedi. E del resto io ho ereditato l'ambulatorio che era stato aperto ed attivato dalla mia capo sala da sola ed io sono arrivato lì ho iniziato a curiosare [...] Oggi la nostra Casa è all'avanguardia in questo campo. [...] E così intanto abbiamo iniziato a diffondere la cultura vulnologica, per cui adesso i servizi domiciliari di tutti quelli che sono passati tramite il nostro corso ci prendono come riferimento, noi facciamo come si dice ora da Hub-spoke, facciamo da base. Tutto questo in qualche modo è iniziato dall'ambulatorio creato della mia caposala, che io ho curiosato per carpirne un pochino i segreti [sorride]...

L'originalità che si può trarre da questi narrati, sui quali si è inteso appositamente indugiare, è ravvisabile nel fatto che accanto alla tradizionale visione *prestativa* del sistema curante, manifestata dalla strutturazione dei protocolli terapeutici, dalle strumentazioni diagnostiche e curative sempre più tecnologiche, dalle *iper-specialistiche* mediche e molto altro ancora, si fa strada un pensiero spesso sottostimato, se non addirittura celato, in base al quale è *anche e soprattutto* la creatività umana che può diventare un veicolo straordinario per la "cura" delle persone e la promozione della salute e del benessere dell'Uomo.

³⁶⁶ Disciplina relativa al trattamento delle ulcere.

La stessa denominazione “*Casa della Salute*” lascia d'altronde presagire un disegno di rinnovamento dell'assistenza territoriale la cui finalità sembra mirare ad un concetto di *cura* proteso verso il “prenderci cura” (to care) di qualcuno, di qualcosa nonché di se stessi. In questo caso il contesto di azione non è tanto quello terapeutico-prestativo del curare (to cure) quanto piuttosto quello quotidiano di ciò che ci è “caro” come la famiglia, la vita affettiva, il lavoro, il tempo libero, ecc. Rispetto al focus del *ri-sanamento* degli individui, senz'altro importante, la “casa” appare invece orientata alla dimensione dello *star bene*, del *ben-essere* delle persone nella loro globalità. Ecco allora che alla luce di simili considerazioni il fatto di aver indicato l'elemento creativo quale *condizione necessaria* del progetto della Casa della Salute può essere considerata, per i nostri casi di studio, una buona base di partenza per l'*innovazione* delle cure primarie.

7.1.2. - La pianificazione del processo di rinnovamento

Nell'ambito della progettazione un ruolo irrinunciabile per la concretizzazione degli obiettivi programmatici è riconosciuto al cosiddetto approccio partecipativo, conosciuto anche come *bottom-up*, fondato sul coinvolgimento attivo - fin dalla sua ideazione - di tutti gli attori direttamente interessati dal progetto, compresi i beneficiari finali. Tale approccio, proprio perché caratterizzato dalla creazione di *consenso* e di *senso di appartenenza* al piano progettuale tra tutti i soggetti implicati, si dimostra particolarmente efficace nel migliorare la qualità dei progetti di sviluppo locale e di innovazione qual è appunto il progetto della Casa della Salute. In tale ottica si è inteso esplorare il nostro campo d'osservazione per comprendere le strategie di programmazione individuate dall'azienda sanitaria di Parma e come queste siano state accolte e percepite dalla base operativa.

Dalle interviste raccolte è venuta emergendo una sostanziale eguaglianza di visione delle cose tra dirigenza e figure professionali, in base alla quale l'avvio del piano di lavoro per il progresso dell'assistenza territoriale parmense risulta essere il frutto di un'apparente contrapposizione di elementi: da un lato il recepimento delle linee di indirizzo regionali (*up*) e, dall'altro, l'esigenza di cambiamento avvertita da tempo “dal basso” (*bottom*). E difatti:

Giorgia: [...] *le linee di indirizzo varate dalla nostra Regione sulla Casa della Salute ci hanno portato, gioco forza, a riflettere sul da farsi nell'immediato futuro e così ci siamo ritrovati a dover far coincidere l'esistente, i Nuclei, con queste linee regionali. Però c'era già l'esigenza di cambiare e, quindi, si sono trovate sulla medesima strada e nel medesimo tempo, o quasi, la volontà regionale con quella aziendale, con la nostra.*

Biagio: *Quanto mi sono sentito coinvolto nel progetto o quanto costretto ad innovare? Beh.. io direi, tutto sommato, costretto ad innovare, però, allo stesso tempo ho aderito a*

quelle che erano delle idee che ho condiviso. Però ho condiviso questa evoluzione del sistema anche perché tutte le difficoltà, le contraddizioni, soprattutto quello che nel tempo si sono evidenziati come punti deboli, quella che è stata la critica del vecchio sistema della medicina di attesa, da tempo si avvertivano e da tempo c'era la necessità di cambiare. Questa proposta, quindi, è venuta in un momento favorevole anche se siamo stati costretti a rinnovarci, perché ha dato una soluzione a chi lavorava in sanità, che comunque aveva di queste perplessità, che comunque leggeva di altre organizzazioni che venivano avanti in altri paesi, che venivano ipotizzate in altri paesi (nda: Chronic Care Model).

Probabilmente la perfetta sincronia tra le componenti della piramide “sanitaria” o, meglio, tra il *vertice decisionale* (Regione, ma anche Direzione generale dell'azienda) e la *base operativa* (professionisti) ha creato le condizioni migliori per una percezione del progetto in senso non impositivo, ovvero, come qualcosa di cui si avvertiva il “comune” bisogno. Da qui, il consenso ampio e *trasversale* nei confronti di una sperimentazione decisa, comunque ed inevitabilmente, a livello apicale.

Francesco (medico di famiglia): Io credo che se a livello nazionale siamo una delle poche Regioni e, meglio ancora, Asl che stanno sperimentando il modello delle Case della Salute - e speriamo di non farci male! - è anche perché rispetto ad altre Asl della stessa regione c'è una dirigenza che ha una “vision” più sensibile al progetto. Esistono anche altri punti di vista, però. E quindi è una cosa interessante comunque, ... che questo ha fatto sì che a livello nazionale e regionale siamo una delle poche Asl che ha investito molto sulla CdS.

E sempre Francesco:

[...] perché c'è gente che in questo progetto ci sta credendo in maniera pesante e sono le persone che operano cambiamenti da qui non si scappa!

Tania: Noi professionisti abbiamo accettato la sfida del cambiamento perché ci abbiamo creduto e ci crediamo ancora. È una sfida che però per primo ha accettato la nostra dirigenza, perché penso che se non c'è, come invece c'è stata, una grossa motivazione nella direzione aziendale è difficile che le cose abbiano buon corso, mentre se dalla direzione c'è questa grande motivazione va da sé che a cascata coinvolge tutti.

Il ruolo della dirigenza quale polo focale per la *condivisione* degli atti programmatici e per la creazione di un *sentimento favorevole* al cambiamento da parte di tutti gli attori implicati trova conferma anche in queste testimonianze, dove - in aggiunta - viene riaffermato il valore positivo del “pregresso”, ovvero, il lavoro dei Nuclei di cure primarie.

Giorgia: [...] devo dire che c'è stata grande curiosità e grande interesse da parte di tutti senza evidenti difficoltà. Prima c'era stato il passaggio con la direzione generale nei vari tavoli locali. La forte motivazione della direzione generale ha portato ad un altrettanto coinvolgimento di tutti gli attori, ecco questo è stato senz'altro un fattore di notevole importanza per la buona riuscita del lavoro intrapreso nella direzione della Casa della Salute.

Leonardo: Io credo anche che parte del merito dell'attuale successo di partecipazione vada al lavoro svolto negli ultimi sette anni con i nuclei.

Giorgia: Sì, certo! Il lavoro fatto sui nuclei, sui profili di nucleo ha permesso questa partecipazione dei professionisti di mettersi in gioco, insomma, di mettersi in discussione, di leggersi in maniera macro, ma comunque critica, per stimolare il cambiamento ed il miglioramento della qualità delle cure.

Il livello d'indagine successivo ha riguardato le relazioni instaurate tra l'Az. Usl di Parma ed il mondo esterno, così da rilevare il grado di coinvolgimento nel progetto della "Casa della salute" delle istituzioni locali e degli organismi operanti sul territorio.

Il narrato raccolto sembra ratificare una modalità di lavoro di natura *partecipativa* che, tuttavia, va accolto necessariamente come visione della *sola* controparte (azienda sanitaria) intervistata. Ciò detto i rapporti di collaborazione con il contesto esterno vengono descritti dalla dirigenza in termini decisamente favorevoli sia nei confronti degli Enti locali, che del mondo del volontariato che della comunità.

Giorgia: Il coinvolgimento dell'Ente locale nel progetto è fortissimo. Veramente noi abbiamo avuto i sindaci dei vari comuni interessati dall'istituzione delle Case della Salute che hanno ampiamente promosso, sostenuto e vissuto con la comunità il progetto [...]. Queste sono cose che dipendono dalle amministrazioni locali e che denotano l'interessamento affinché la CdS diventi un elemento facilmente riconoscibile e raggiungibile da tutti i cittadini. Secondo me una cosa importante da sottolineare è il fatto della riconoscibilità della struttura e dell'accesso ad essa; questo è un elemento caratterizzante il rapporto di condivisione del progetto con le amministrazioni locali, che al riguardo si sono appunto attivate.

Intervistatrice: quindi nei tavoli di concertazione [...]

Giorgia: Oh sì, eh! Tenga presente che noi abbiamo fatto un piano di costruzione delle case che è stato approvato nella Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria. È stata un'attivazione di tutti da subito e poi c'è anche un controllo sociale per cui gli obiettivi vanno perseguiti fino in fondo. Noi abbiamo fatto incontri anche con le organizzazioni sindacali, perché il nuovo modello organizzativo della CdS richiedeva e richiede un mutamento culturale che necessitava della condivisione con le rappresentanze sindacali di categoria.

Leonardo: Quest'ultimo aspetto è di grande importanza perché il progetto delle case richiede un passaggio culturale notevole. Si tratta di avere una cultura più di sviluppo superando la logica tradizionale, molto sindacale, che si poteva avere in passato. Ci sono ancora retaggi sindacali, però il mettersi in gioco da parte di molti che erano sindacalisti c'è e noi con la formazione dei facilitatori di processo questo l'abbiamo toccato con mano.

Tralasciando per il momento l'argomento della "formazione dei facilitatori", che si avrà modo di approfondire in seguito, la *progettazione partecipata* sembra essere un elemento su cui l'azienda di Parma ha investito parecchio sia al suo interno che all'esterno. Difatti, dalle testimonianze raccolte emerge un quadro sostanzialmente connotato dalla ricerca di una *mobilitazione attiva* dei vari "portatori di interesse" (*stakeholder*), che tuttavia presenta sfumature diverse di partecipazione al processo di rinnovamento in relazione all'identità dello *stakeholder*, come nel caso delle associazioni di volontariato o dei cittadini.

Vediamole.

7.1.3 - La “partecipazione” ricercata

In riferimento alla proposta ministeriale del 2006 la “Casa della Salute” è intesa come il *presidio della comunità locale*, tramite cui portare i servizi socio-sanitari il più vicino possibile alle persone e - aspetto ancor più peculiare - tramite cui agevolare i cittadini, singoli o in associazione, a prender parte al *governo* della propria salute. Per mandato, dunque, la Casa della Salute rappresenta il luogo dove sviluppare le relazioni tra i cittadini ed il servizio sanitario pubblico allo scopo di attivare progetti che partono dai bisogni e dalle sensibilità della cittadinanza. Tutte le forme di partecipazione/di autogoverno che la comunità locale intende realizzare al fine della salute dovrebbero trovare spazio nella “casa”, ma è davvero così?

Intervistatrice: siamo ancora alla fase iniziale del progetto, ma rispetto alla partecipazione al governo della salute dei cittadini, dei beneficiari della “casa” che cosa si è fatto o si sta facendo per facilitare, per consentire la partecipazione dell’utenza al progetto e ai percorsi di cura?

Giorgia: *Questo è un aspetto a cui noi teniamo molto perché è un punto focale della Casa della Salute quella della partecipazione dei cittadini per far sì che il cittadino sia coinvolto in tutto il suo percorso di cura/assistenza. [...] C’è da dire che nel contesto del “paese” il senso di comunità e di partecipazione è più sviluppato e praticato ed il legame con la struttura della CdS, che in diversi casi è un ex-ospedale o poliambulatorio, è sempre stato forte, c’è una dipendenza reciproca tra cittadini e struttura. In città è più difficile la partecipazione della comunità, ci sono i quartieri [...] quest’identità si perde un pochino e la partecipazione è più difficile.*

Leonardo: A San Secondo, ad esempio, la “casa” nasce dalla ri-funionalizzazione dell’ospedale, che è dentro il paese, quindi non decentrato o periferico, ma centrale. È nel cuore del paese e la comunità è molto legata alla struttura e partecipa attivamente a tutte le cose che la riguardano.

Giorgia: [...] ogni Casa della Salute ha un suo *contesto di riferimento*, che è fondamentale per lo sviluppo e l’evoluzione del modello stesso, quindi, *va valorizzato, reso partecipe per favorire la piena integrazione tra casa e cittadini, tra casa e utenti*, anche andando verso l’*empowerment* insomma. Ci sono realtà che sono molto avanti rispetto a questa cosa qua, perché c’è un contesto di base molto favorevole.

La *partecipazione* della comunità, senza dubbio, è dichiarata essere una finalità da perseguire all’interno del nuovo modello assistenziale anche se sembra dipendere, più che dalla sola volontà di coinvolgimento e di apertura verso l’esterno dell’azienda sanitaria, anche da *fattori contestuali* come quello della localizzazione. Ed infatti, il fatto di insistere in un territorio a *vocazione rurale*, come sottolineato dalle figure apicali, costituisce un elemento di forza rispetto agli ambiti metropolitani per l’interessamento diretto della cittadinanza alle questioni che concernono la gestione della salute personale e comunitaria. I confini del “paese” facilitano la nascita di legami più stretti con la struttura,

rispetto alla quale si sviluppa un rapporto di forte sinergia da parte della comunità come sostenuto anche dalle figure professionali delle “case” di Colorno e San Secondo.

Lamberto (medico specialista): Nel nostro caso io credo che *la partecipazione e la collaborazione dei cittadini* verso la Casa della Salute, che prima era un polo sanitario, *dipenda anche da questa realtà rurale, dalla cultura che la contraddistingue dove in pratica c'è bisogno di tutto e di tutti [...]*

Pietro: [...] da noi i cittadini in senso generale, ma soprattutto i pazienti, sono stati sempre presenti, partecipativi perché l'ospedale, oggi Casa della Salute, è un punto di riferimento sanitario che fa parte del paese, della comunità. *La mentalità del paese aiuta a far sentire le cose pubbliche come proprie, quindi, la gente partecipa alle iniziative e si fa sentire quando c'è qualcosa che non va.*

Se il contesto rurale favorisce il coinvolgimento e l'attenzione della comunità per la “*res publica*”, compreso il tema della tutela della salute, dalle testimonianze ottenute dai professionisti si evince, tuttavia, una diversa gradualità di partecipazione da parte dei singoli rispetto ai gruppi. In merito appare più corretto sostenere che nel caso della singola unità, cittadino o utente che sia, la tendenza del “prendere parte” propende maggiormente nella direzione dell'informazione, del rendere noti i servizi - nonché gli operatori - con l'intento di far riconoscere la Casa della Salute quale *punto di riferimento* per l'accesso e la fruizione delle prestazioni socio-sanitarie primarie.

Patrizia: [...] gli incontri di informazione coi cittadini sono realizzati direttamente da noi operatori della casa e questo per fare in modo che il cittadino trovi *in quel servizio l'operatore che ha conosciuto, visto ed ascoltato* durante l'incontro di presentazione. *L'ottica è quella di creare dei momenti in cui i servizi e gli operatori diventino punti di riferimento, che è poi quello che deve diventare la Casa della Salute nel prossimo periodo.* Un po' lo siamo già. La partecipazione dei cittadini ai nostri incontri d'informazione ha fatto sì che il *riconoscimento della struttura e degli operatori* aumentasse e questa è una cosa molto bella, è un'opportunità per il cittadino che noi abbiamo voluto dare.

Pietro: Del resto il riconoscimento è un punto fondante, ispiratore la Casa della Salute: *informazione del cittadino, un cittadino che poi comincia a voler essere lui a gestire, ad essere protagonista della propria salute.* Va precisato che i nostri incontri di presentazione dei servizi non sono per nulla sul tipo di “Elisir” (!); noi diamo informazioni minime, anzi, minimissime di tipo medico, molte, mol-ti-ssi-me (*nda: scandito*) sui servizi che ci sono a mano a mano nella CdS, sulle attività dei servizi e che cosa possono offrire al cittadino.

All'informazione del cittadino vengono dunque associati obiettivi niente affatto secondari come quello della *familiarità*, del voler dare un *volto umano reale* ai servizi erogati attraverso quello dei professionisti che li hanno presentati al pubblico e che vi lavorano ogni giorno; inoltre, come si evince dalle asserzioni successive, si persegue l'obiettivo dell'*empowerment*, dello sviluppo delle competenze/capacità necessarie per rendere le

persone protagoniste del loro “ben-essere” ed infine quello dell’*integrazione* della struttura e dei suoi operatori con la comunità di afferenza, da cui l’arricchimento reciproco.

Giorgia: Gli incontri di informazione coi cittadini sono importanti per far conoscere ai cittadini quali servizi ci sono sul territorio, come possono accedervi, quando possono accedervi eccetera, eccetera. Però sono anche importanti perché spesso diventano, come per “Il tè del giovedì” di San Secondo³⁶⁷, *una buona esperienza di coinvolgimento e di empowerment dei cittadini, ma anche degli operatori stessi. Si tratta di un percorso di crescita comune.*

Cosimo: Quando presentiamo i nostri servizi, *presentiamo noi stessi e quello che facciamo alla nostra comunità. È un modo per integrarci con loro, con i nostri utenti.*

Ed ancora Cosimo:

Da noi è molto presente il *mondo del volontariato locale*, che spesso si attiva per migliorare l’offerta della nostra Casa della Salute con iniziative come la raccolta di fondi per acquistare strumentazione. Non è una cosa da poco questa, perché non è sempre stato così! [...] *Questo secondo me rappresenta sia il farsi voce dei bisogni della comunità, ma anche una forma di apprezzamento di quanto da noi come Casa della Salute viene dato al cittadino. Inoltre, sempre con il supporto del volontariato qui si gestisce il punto di informazione, che nonostante sia una cosa specifica, tuttavia, è un rapporto di collaborazione e di condivisione nonché di ricaduta positiva all’esterno visto che si tratta di persone volontarie che possono trasmettere l’operato della nostra Casa. Volontari che alla lunga poi iniziano a sentirsi parte integrante della struttura.*

Similmente Patrizia:

Anche il *volontariato* fa parte della nostra realtà. Questo mese ad esempio c’è un incontro importantissimo, *un’opportunità per le famiglie e le persone, parlerà un gruppo di volontariato sul “gruppo sostegno Alzheimer”, formato da familiari di pazienti che nel nostro territorio non c’era e che è di nuova formazione, diciamo che è neonato. Qualche tempo fa invece è stato affrontato il tema della domiciliarità ed è stata un’esperienza molto toccante; abbiamo presentato il servizio ed abbiamo portato anche il vissuto della malattia di una signora, paraplegica, che l’ha scritto e letto, noi l’abbiamo filmata a casa e durante l’incontro abbiamo fatto vedere le riprese e la signora è venuta all’incontro di presentazione con suo marito e la badante.*

Dalle testimonianze sopra riportate l’integrazione della “casa” con la comunità di riferimento appare tingersi di due sfumature differenti: la prima, *emotiva-affettiva*, legata all’utenza che diventa testimone della propria esperienza di malattia e si fa portavoce di un servizio vissuto dal di dentro; la seconda, *razionale-propositiva*, legata ai gruppi locali di volontariato che si fanno promotori di iniziative “ad hoc” per il miglioramento dell’offerta. In quest’ultima ottica la partecipazione del volontariato si può dire che propenda nella direzione del “fare” anziché dell’ “ascoltare” (incontri di informazione) o del “narrare” (testimonianza), attribuibili - in modo prevalente ma non esclusivo - al singolo cittadino o utente. Inoltre, sempre ai gruppi di volontariato è riconosciuto il ruolo

³⁶⁷ In merito di rimanda al capitolo sesto, paragrafo 6.4.3

strategico di fungere da “anello di congiunzione” tra la cittadinanza ed i servizi, un anello di particolare valore perché *parte integrante* della CdS (gestione del punto informativo) ed allo stesso tempo della comunità (cittadini ed anche volontari). Il duplice senso di appartenenza dei volontari - alla casa ed al territorio - agisce così da canale di comunicazione bidirezionale: verso l'*esterno*, come “cassa di risonanza” di quanto agito all'interno della struttura sanitaria, e verso l'*interno*, come “strumento” per l'individuazione dei bisogni - spesso inespressi - della collettività così come “cartina di tornasole” per l'apprezzamento dei cittadini nei confronti della CdS e dell'operato dei suoi professionisti.

Un altro aspetto su cui si è inteso fare luce, perché strettamente connesso al tema della partecipazione e più specificatamente dell'*empowerment* del cittadino - più volte citato dai nostri interlocutori - è stato quello della *promozione della salute* che, stando agli atti di programmazione nazionale e locale, dovrebbe rappresentare un punto di forza del nuovo modello. L'area della promozione/prevenzione è, infatti, uno spazio strategico della Casa della Salute, all'interno del quale perseguire l'obiettivo della *cittadinanza attiva* e, quindi, della *partecipazione consapevole* del cittadino e della comunità alla gestione della sanità e della salute. In tal senso l'*empowerment*, ovvero, la capacità individuale e collettiva di agire per il miglioramento dell'equità e della qualità della vita, costituisce uno *strumento* e al tempo stesso un *fine* della promozione della salute. Dalle interviste raccolte in merito lo scenario che emerge presenta sfaccettature differenti: da un lato, infatti, si ha la posizione del “*disincanto*” di coloro che ritengono la partecipazione diretta dei cittadini ai temi della salute un traguardo di complessa attuazione; dall'altro lato, invece, si ha la posizione di coloro che avvertono nel nuovo modello della Casa la possibilità sia di rendere più efficace il *processo di consapevolezza* della cittadinanza a fronte di un'azione promozionale non più individuale ma collegiale, sia d'implementare quanto già precedentemente avviato in alcuni servizi, come nel caso dell'assistenza domiciliare.

Intervistatrice: restando sul tema della partecipazione dei cittadini in fatto di salute, il modello della Casa individua nella promozione della salute uno strumento strategico nell'ottica dell'*empowerment*, dello sviluppo delle capacità per poter incidere sulla qualità della propria vita e di quella degli altri. Qual è la vostra esperienza ed opinione al riguardo?

Francesco: Allora, già nel 1994, ma parlo a titolo personale, *ci si stava attivando per cercare di mettere in pratica tale obiettivo, tuttavia, sono venuti emergendo, posso farle anche nomi e cognomi, degli opinion makers, molto “opinion” per loro e molto “makers” per noi, che pur se non rappresentativi hanno di fatto bloccato il percorso iniziato, che poi onestamente non si sapeva neppure come realizzare nel concreto.*

Pietro: Intanto nella Casa della Salute i servizi sono tanti e se è strutturata come “grande”, come appunto la nostra, dove accanto al territorio c'è anche l'ospedale

(nda: lungo degenza interna), che si sono ben integrati tra loro, ovviamente l'informazione che si dà, secondo il concetto della saggezza collettiva, l'informazione è più validante, prodotta da più opinioni, prodotta da strati diversi, da più direzioni diverse, quindi, sicuramente la CdS in tal senso dà molto di più che non il singolo che produce l'informazione.

Patrizia: Quando il servizio infermieristico domiciliare prende in carico un paziente non solo interviene su di lui e le sue esigenze sanitarie, ma si relaziona anche con la famiglia e già lì l'intervento diventa di tipo educativo. [...] Dentro la CdS inoltre c'è l'ambulatorio infermieristico che affronta questi aspetti di educazione sanitaria. Sono tutti aspetti da approfondire e migliorare, perché siamo sono all'inizio, però, dei passi in avanti con la CdS sono stati fatti anche sotto questo aspetto educativo.

Dalle testimonianze riportate ciò che emerge è una concezione della *promozione della salute* associata fondamentalmente alle attività di educazione sanitaria piuttosto che sulla finalità dell'*empowerment*. Si tratta di due aspetti costitutivi la promozione della salute, spesso associati a livello d'intervento su target di popolazione o sulla popolazione in generale, tuttavia, sono aspetti che si collocano su piani d'azione differenti. L'educazione sanitaria, infatti, mira all'aumento delle conoscenze di carattere preventivo e di salute circa la scelta di abitudini e stili di vita salutari attraverso messaggi chiari, corretti e non contraddittori. La promozione della salute, invece, è un processo che investe non solo le azioni finalizzate al rafforzamento delle capacità e competenze individuali, ma anche l'azione volta a modificare le condizioni sociali, ambientali ed economiche che impattano sulla salute del singolo e della collettività. In tal senso la sua finalità primaria consiste nell'*empowerment*, ovvero, nel consentire alle persone di acquisire un controllo competente dei fattori determinanti il proprio stato di benessere e, quindi, di migliorarlo.

Rispetto a tale obiettivo le prassi operate all'interno delle nostre due case sembrano prediligere l'aspetto "istituzionale" dell'informazione di natura preventiva e/o di family learning, mentre poco o nulla emerge circa gli altri aspetti della promozione della salute quali il lavoro *su e con* la comunità, le misure di salute dell'ambiente, i progetti all'interno delle scuole, la rete HPH³⁶⁸ - nel caso in cui la "casa" abbia al suo interno la lungo degenza come San Secondo - (es. gli ospedali senza dolore). Ad oggi tutto questo non sembra ancora caratterizzare le nostre realtà, che dichiarano di operare prevalentemente sul versante *educativo* ed, in tal senso, il coinvolgimento della cittadinanza assume la forma di un coinvolgimento sostanzialmente indiretto.

Probabilmente quanto fin qui descritto non capovolge radicalmente la situazione della partecipazione dei cittadini nel Servizio Sanitario Nazionale, che com'è noto è ancora limitata in quantità e qualità nonostante la Costituzione chieda alle istituzioni di *"favorire l'autonoma iniziativa dei cittadini, singoli o associati, per lo svolgimento di attività di interesse*

³⁶⁸ Rete italiana degli Ospedali per la Promozione della Salute (Health Promotion Hospital).

generale, sulla base del principio di sussidiarietà” [art.118]. È anche possibile che il modello della Casa della Salute non operi al riguardo alcun cambiamento consistente e che le iniziative di partecipazione continuino ad influire in modo puntiforme nella programmazione delle scelte. Dai nostri contesti di studio, tuttavia, traspare una *sensibilità* del sistema - apicale ed operativo - verso tale questione, che a sua volta sembra sostenuta da un tessuto sociale di tipo rurale, incline per sua natura a *prender parte attivamente* alla vita della “cosa pubblica”.

L’esistenza di questi due elementi assieme per le realtà specifiche di Colorno e San Secondo sembrano poter fungere da leve di partecipazione cittadina pur in considerazione delle differenze evidenziate rispetto all’essere cittadino singolo o associato.

7.1.4 - La formazione dei “facilitatori di processo”

Tra le azioni preliminari individuate dall’Azienda sanitaria di Parma per l’attivazione del progetto delle *Casa della salute* vi è quella connessa alla formazione degli operatori. Alla primaria fase della valutazione strutturale, imprescindibile per l’individuazione delle sedi più idonee al cambio d’uso verso il modello della “casa”, è infatti seguita quella formativa delle figure *facilitanti* il percorso di rinnovamento delle cure primarie.

Giorgia: Tra le prime cose che l’azienda ha fatto per l’avvio del progetto c’è stata quella del rinnovamento strutturale [...].Quindi, *questo primo aspetto valutativo dopo di che il percorso di formazione è stato quello che ci ha consentito di coinvolgere i professionisti. Noi siamo partiti, appunto, dai facilitatori, perché erano proprio queste figure, appartenenti alle differenti aree dipartimentali, con delle caratteristiche proprie di leadership e di motivazione, proprio perché poi queste figure sono quelle che devono un po’ proseguire nella diffusione/contaminazione diciamo di tutta questa formazione che è stata fatta per loro.*

Intervistatrice: i facilitatori sono stati scelti sulla base del criterio della leadership e della motivazione o c’è stata anche una sorta di autovalutazione/autocandidatura?

Giorgia: Allora. La Casa della Salute è un presidio del distretto, che è l’aggregazione funzionale di decentramento, di un po’ di tutto del governo e della direzione centrale. *È chiaro che il committente su tutto questo percorso e su tutta quella che è poi la CdS sono i direttori di distretto, quindi, noi abbiamo chiesto ai direttori di distretto di scegliere queste figure, dando quelle che dovevano essere un po’ le caratteristiche dei facilitatori, poi, chiaramente, i contesti si conoscono ed avevamo in mente anche noi quelli che potevano essere le figure più coinvolgenti, pertanto, ad una prima proposta è poi seguita una revisione critica da parte della direzione aziendale sulle figure che erano state scelte per integrarle rispetto a quelli che per noi potevano essere degli aspetti un po’ cruciali.*

Dalle affermazioni citate ciò che, in un primo momento, colpisce l’attenzione è la discrepanza tra la modalità di selezione dei facilitatori di processo rispetto all’approccio partecipativo trapelato durante le prime battute delle nostre interviste. Sembra emergere, infatti, una scelta in qualche modo “calata dall’alto” piuttosto che nata o, comunque,

condivisa dalla base. L'impressione ricavata trova una qualche conferma in questa seconda dichiarazione:

Leonardo: [...] il percorso di formazione è stato organizzato attorno a logiche molto più interattive rispetto alle tradizionali modalità di aula. Per fare questo, nella prima giornata, oltre a spiegare tutto il percorso formativo ed avere da loro un ingaggio della serie: *“potete partecipare ma se qualcuno di voi non se la sente di intraprendere questo percorso c'è la piena libertà di decidere in quel senso”* [...].

La decisione lasciata agli operatori, dunque, è più una decisione “ex-post” di adesione o meno all'iniziativa formativa mentre - nell'ottica dell'approccio “bottom-up” - sarebbe stato forse più appropriato che fosse “ex-ante”, contemplando l'ipotesi di un'auto candidatura al ruolo di facilitatore. Una selezione operata anche dal basso - attraverso una procedura basata ad esempio sulla promozione della propria candidatura, la scelta tra *pari* dei candidati all'incarico, da cui l'investitura per opera della dirigenza - potrebbe avere il beneficio di contenere le possibili tensioni e rivalità “professionali” che spesso si generano all'interno di un qualunque tipo di organizzazione. Quanto detto va assunto non come valore giudicante, bensì come *riflessione teorica* legata alla valutazione d'impatto dei facilitatori di processo nella “fase di ricaduta”. Come tale, pertanto, potrebbe avere la qualità di essere un'*idea* o nell'eventualità in cui fosse rilevato un qualche effetto distorsivo rispetto agli obiettivi individuati per l'operato dei “facilitatori di processo” o per attività future.

Comunque, nell'ottica di voler comprendere il contesto di studio in relazione a quello che è il *suo* punto di vista anziché di chi lo osserva, la cernita dei facilitatori è stata letta in modo disgiunto rispetto alle finalità dell'approccio partecipativo. In tal senso partendo da quello che ha rappresentato, in questa fase, il principale obiettivo dell'azienda e cioè:

Leonardo: [...] dopo il primo step relativo a: “Partiamo da una casa, oppure? Ce la facciamo?”. È stata un scommessa. Abbiamo deciso di mettere in aula cinque facilitatori per ogni struttura, quindi, venticinque persone da formare e questo è stato un elemento vincente accanto ai criteri di selezione. Avevamo la necessità di *individuare operatori motivati, che ci credessero e che fossero anche delle persone carismatiche, leader, capaci di essere dei trascinatori.*

si riesce a comprendere il senso della selezione agita a livello apicale.

Tale livello infatti ha - o dovrebbe avere - la “*visione d'insieme*” dei punti di forza e di debolezza dei contesti di partenza, in base a cui è più facile distinguere gli operatori con le caratteristiche utili per coinvolgere i colleghi nella direzione del cambiamento da compiere.

È in questa visione complessiva del contesto che l'intervento selettivo della dirigenza trova il suo significato più profondo.

Giorgia: [...] c'era bisogno di reclutare figure carismatiche, propositive e trascinatrici. E questo, l'aver ingaggiato *anche per via della conoscenza del contesto* le figure giuste, più motivate, è servito molto.

Intervento che si dimostra sostanzialmente *efficace*. Da parte dei professionisti, infatti, si manifesta una forte motivazione rispetto al loro ruolo di facilitatori di processo³⁶⁹ ed, al contempo, viene espresso un elevato livello di *gradimento* ed *utilità* circa la formazione ricevuta.

Patrizia: [...] *per me il corso fatto per la creazione dei facilitatori la CdS è stato molto utile per molti aspetti, di sicuro ha permesso di conoscere meglio altri professionisti coi quali magari ci si salutava in maniera formale mentre ora quando ci incontriamo ci fermiamo per scambiarci pareri, opinioni, idee. Quindi ha stimolato in qualche modo la relazione. Io ad esempio quando arrivano delle comunicazioni importanti per il mio settore, quello infermieristico, dal distretto o dal dipartimento le giro anche agli altri facilitatori così che inizino a circolare.*

Biagio: Dunque [...] noi siamo operatori di questa Casa della Salute, stiamo sotto lo stesso tetto però non ci parliamo se non davanti alla macchinetta del caffè, noh! *Per cui nel corso abbiamo affrontato dei momenti formativi, tra virgolette apparentemente molto semplici, in realtà secondo me piuttosto efficaci, con la ricaduta ed il riconoscimento da parte dei partecipanti di avere affrontato un'esigenza, un bisogno che avevamo.*

Tania: [...] *io ho visto che in questa fase di preparazione della nascita della CdS, dove il fatto stesso di parlarne, dove esiste questo corso di formazione, è stato molto positivo perché di fatto gli operatori dei vari servizi collaborano di più, sono più partecipi alle iniziative e qualsiasi iniziativa viene promossa da un servizio specifico vede l'adesione di operatori di altri servizi in cui questa iniziativa può avere delle ricadute[...]. Questo è un elemento positivo, perché da incontri pluricondivisi nascono poi momenti di diffusione di buone pratiche, di progetti che possono andare bene in servizi differenti.*

Sul gradimento e l'efficacia della formazione similmente sostiene la dirigenza:

Giorgia: Tra l'altro c'è una grande aspettativa anche da parte dei facilitatori che sono stati individuati per il 2012 per le strutture che saranno attivate quest'anno, che attendono di intraprendere ed iniziare il percorso di formazione, al contempo i facilitatori del primo ciclo, quelli già formati, ci chiedono *“ma quando ci riconvolgete?”*.

Leonardo: Sì, proprio così. C'è stato e c'è un grande interesse per quello che abbiamo proposto per la formazione dei facilitatori. Il gradimento si tocca ancora con mano. Addirittura il *“non lasciateci soli, dateci una mano a proseguire e ad andare avanti”* oppure *“ma quando ci richiamate?”*.

Gli assi portanti della formazione proposta - quello relazionale, organizzativo e manageriale - sono stati affrontati in sequenza a partire dal mese di giugno 2010. Il primo

³⁶⁹ Si ricorda che gli operatori intervistati hanno tutti preso parte al primo Corso di formazione per i *facilitatori di processo*.

argomento trattato è stato quello delle *competenze relazionali* nell'ottica di far apprendere ai facilitatori gli elementi implicati dalla presa in carico “integrata” sia di natura tecnico-organizzativa che di gestione dei rapporti all'interno di un team “*multiprofessionale*.”

Leonardo: [...] Col corso siamo partiti nel mese di giugno utilizzando la tecnica del “*Problem basic learning*” e costruendo, discutendo “casi” soprattutto *in ambito relazionale*, perché la cosa fondamentale era quella di far capire a queste figure cosa volesse dire la presa in carico integrata in un determinato paziente, perché in molti casi questi professionisti sono degli ottimi clinici ma con scarse conoscenze sul che cosa significhi lavorare dentro un'organizzazione, dove si devono gestire, appunto, le relazioni [...].

La dimensione relazionale ha - quindi - rappresentato lo “start-up” formativo degli operatori a dimostrazione della priorità d'intervento su quello che può essere segnalato, come già sostenuto, il fattore di più ampia debolezza del *sistema curante*: la scarsa integrazione tra servizi e figure professionali e - di conseguenza - la frammentarietà e separatezza dell'assistenza. L'esigenza di lavorare sulle relazioni per potersi dirigere verso gli obiettivi della Casa della Salute è un aspetto che viene avvertito e condiviso da molti dei professionisti intervistati.

Biagio: [...] sicuramente credo che ci voglia molto più spazio agli aspetti relazionali. [...] Quindi soprattutto relazione e d'altra parte, nel nostro piccolo contesto locale, la nostra azienda ha pensato anche a delle attività formative per chi veniva coinvolto nella crescita e sviluppo delle Case della Salute ed io ritengo che le attività formative che abbiamo svolto, attraverso le quali siamo passati, siano state centrate soprattutto su un aspetto relazionale. Abbiamo bisogno di lavorare sugli aspetti relazionali, potremmo dire in primis coi cittadini, ma appunto anche tra operatori, le due cose vanno poi di pari passo.

Cosimo: Gran parte delle figure che operano nella struttura che oggi è una CdS ha lavorato fino poco tempo fa in un modo molto diverso rispetto allo spirito di gruppo che invece è necessario per dare un'assistenza più adeguata ai problemi della gente [...]. La formazione ha insistito molto sulle relazioni da sviluppare dentro al gruppo, sulle modalità di lavoro tra più professionisti, sul confronto, la gestione dei conflitti, la condivisione dei percorsi. Era necessario farlo ed è stato davvero utile perché già adesso mi sembra che ci sia una maggiore apertura tra di noi.

Pietro: [...] la formazione che ci è stata proposta, molto utile devo dire, ci ha permesso di lavorare con diversi professionisti, di vari servizi e di case diverse. C'è stato un confronto su “casi specifici” sui quali abbiamo discusso e lavorato assieme pensandoci come un team. È stato curato tantissimo l'aspetto delle relazioni, importantissimo per la “casa” sia per l'utenza che per noi operatori, abituati, parlo per me come medico di famiglia, a lavorare da soli e a comunicare poco o per niente coi colleghi della specialistica e tutti gli altri.

E per quanto concerne l'opinione della dirigenza:

Leonardo: il modulo dello sviluppo delle competenze relazioni è stato particolarmente seguito, perché ha risposto ad una necessità trasversale a tutte le varie professioni. A livello di risultati ottenuti credo che, indirettamente, noi li possiamo anche leggere attraverso la curiosità e l'interessamento di altre aziende che ci sono venute a chiedere [...], ultimamente il dott. Ripa di Meana ci ha chiesto in due giornate di illustrargli il

nostro percorso e si era particolarmente incuriosito, più che sulla parte organizzativa in sé, come abbiamo gestito il tema dello sviluppo delle competenze relazionali all'interno della CdS. Competenze che abbiamo iniziato a trasmettere, ma che chiaramente non è che con un corso di formazione si cambiano le cose, però si comincia a seminare in questo senso.

Dalle testimonianze riprodotte si evince una diffusa “*coscientizzazione*” della necessità di fuoriuscita dall’*autoreferenzialità* che per lungo tempo ha modellato l’erogazione dei servizi sanitari ed il comportamento degli operatori a vari livelli. La cultura dell’aggregazione e della condivisione di buone prassi e di percorsi assistenziali integrati sembra essere la meta a cui volgere lo sguardo per una tutela della salute più efficace ed efficiente. Da tale punto di vista il corso di formazione si svela in duplice modo: come una sorta di “*catalizzatore*” della presa di coscienza, sia delle figure apicali che di quelle professionali, di un mutamento non più rimandabile e come “*occasione favorevole*” per strutturare modalità relazionali cooperative, condivise ed interconnesse. Circa questo secondo aspetto emerge, infatti, dai nostri interlocutori una desiderabilità ampiamente vissuta di entrare in relazione, di integrarsi con i colleghi della struttura e non solo; tale desiderabilità - però - difficilmente si è tradotta in “*presa d’iniziativa*” perché tale aspirazione accadesse, come ben sintetizzato da questa dichiarazione:

Pietro: Diciamola così. È come nel condominio. *Spesso le persone che abitano dentro lo stesso condominio si parlano poco, qualche saluto, una chiacchiera in più con chi è del tuo pianerottolo e così via dicendo. Magari poi tutti avrebbero piacere di conoscersi meglio, però le cose stanno così da sempre e nessuno in sostanza prende l’iniziativa per far cambiare qualcosa.*

La nota di accordo per gli strumenti dell’orchestra è stata fornita dal corso di formazione grazie al quale sembra prendere corpo, in *maniera sistematica* anziché sporadica, una modalità di relazione fondata sull’agire condiviso e comunicato sia in merito alle relazioni interprofessionali che alla gestione dei casi. Accanto all’asse delle competenze relazionali, infatti, la formazione ha inteso fornire strumenti per lo sviluppo dei percorsi diagnostici terapeutici (PDT) integrati e la revisione del processo globale della presa in carico nell’intento di creare un approccio operativo volto al superamento delle differenze.

Leonardo: Ad ottobre ed è iniziato il modulo più sull’analisi organizzativa, più manageriale. Oltre a questo abbiamo lavorato sulla costruzione dei percorsi diagnostici terapeutici (PDT), come da un punto di vista organizzativo, si fa un’analisi dei processi e si arriva alla costruzione dei PDT. Adesso (*nda: mese di marzo 2012*) stiamo lavorando su due profilature centrate sulla ricaduta che faranno i facilitatori nelle varie Case e ragioneremo nelle varie Case a due livelli: *uno andando a strutturare percorsi per tutti coloro che non abbiamo coinvolto, soprattutto sul relazionale e, quindi, avere chiaro non tanto protocolli, ma soprattutto connettere i vari nodi della rete e delle situazioni tra le persone.* Ragioneremo a breve proprio sull’accoglienza che rappresenta non tanto l’accoglienza come funzione di indirizzo ai servizi quanto piuttosto *un’accoglienza come sistema di gestione di tutte quelle che possono essere le diversità* rispetto a ciò che si sta

configurando nella CdS, che è ancora un organismo in divenire perché al di là dell'aspetto fisico, della struttura, *il tema ora è realizzare un forte mutamento culturale.*

Nella prospettiva dei mutamenti culturali, professionali ed organizzativi sottesi dal progetto della Casa della Salute si è inteso indagare anche in merito alle possibili resistenze e/o criticità emerse durante la formazione. Al riguardo le risposte ottenute dalla dirigenza lasciano trasparire un clima d'aula e di lavoro quasi del tutto esente da opposizioni ed ostilità, che esprime la sostanziale adesione dei partecipanti al corso, nello specifico, ed al piano di programmazione aziendale, in generale. Altro aspetto significativo è l'assunzione del ruolo di "facilitatore di processo", rispetto al quale sembra ci sia stata una profonda identificazione degli attori prescelti come sostenuto da Leonardo.

Leonardo: Rispetto agli attori che hanno partecipato alla formazione *non ho rilevato particolari vulnerabilità o criticità, c'è sempre stata una partecipazione molto forte ai temi proposti.* Dal rimando che abbiamo avuto il percorso formativo non è stato vissuto come qualcosa che si è dovuto fare, ma nel quale hanno creduto e *credono nel fatto di essere degli attori del cambiamento, questo sì.*

Giorgia: Ciò non toglie, tuttavia, che ci sono state delle difficoltà [...]. *C'è da dire comunque che con questo percorso formativo si è ottenuto sicuramente un risultato nel modo di porsi, c'erano delle posizioni molto aperte e molto favorevoli, altrettanto, c'erano delle posizioni abbastanza rigide che, però, sono rimaste coinvolte e che sono state messe, gioco forza, a rivedere il loro modo di vedere le cose [...]. Però noi abbiamo avuto la fortuna che i diversi gruppi di lavoro coincidevano con le varie case, dove c'erano delle figure più ostiche ma anche altre decisamente aperte e favorevoli, che poi di fatto hanno trascinato tutto il resto. È chiaro che ci sono contesti un po' più poveri e contesti un po' più ricchi.*

Dalle dichiarazioni citate emerge nuovamente l'elemento del *contesto* quale strumento *favorente* l'avvio e lo sviluppo dell'impresa del rinnovamento. Nel corso dell'analisi finora proposta tale contesto è raffigurato dapprima dalla *vision* aziendale, in base alla quale viene delineato dalla dirigenza generale lo scenario futuro della sanità parmense: *l'innovazione* dell'assistenza primaria tramite il modello della "casa". Successivamente il contesto è declinato nel tessuto sociale di riferimento, quale quello *rurale* delle realtà di Colorno e San Secondo, *facilitante* il legame affettivo con la struttura della CdS. Da ultimo, ma non meno rilevante, il contesto delle risorse umane, o meglio, dei *facilitatori di processo*, il cui sentimento di "benevolenza" nei riguardi della formazione ricevuta, la qualità personale del "carisma" ed il grado di "interiorizzazione" del ruolo sembrano aver agevolato l'abbassamento delle resistenze degli attori da coinvolgere.

Si può, dunque, convenire con quanto sostenuto dalla dirigente:

Giorgia: C'è da dire che si ha avuto la fortuna di avere a che fare *con realtà privilegiate* rispetto ad altri colleghi di altre Aziende UsI regionali, che ha aiutato molto il lavoro di rinnovamento e di insediamento del nuovo modello organizzativo.

7.1.5 - Il “nuovo volto” della medicina generale

Il tema della medicina generale, diffusamente argomentato nel capitolo quinto del nostro elaborato, rappresenta uno dei pilastri portanti dell'innovazione delle cure primarie. A livello normativo infatti essa viene indicata - nella *forma associativa* - come lo strumento attuativo della programmazione sanitaria territoriale per l'erogazione dei livelli essenziali ed appropriati di assistenza (LEA). A fronte di tale investitura e dei risvolti sottesi in relazione alla ridefinizione del ruolo e delle funzioni del medico di famiglia (ma non solo) rispetto al modello della “casa”, l'approfondimento del tema è stato svolto con l'intento di cogliere, *in primis*, il vissuto da parte della categoria (attese, preoccupazioni, rischi percepiti, ecc.), *in secundis* l'elaborazione esperienziale da parte delle figure interagenti con il “nuovo profilo” del medico di MG. Il doppio sguardo, *auto ed etero-referenziale*, ha permesso di comprendere il rinnovamento della medicina generale da angolature differenti ed allo stesso tempo ha rappresentato il trampolino di lancio per affrontare l'annosa questione dell'integrazione *inter-professionale* ed *inter-assistenziale*.

Tra i primi aspetti posti in rilievo c'è quello della *centralità* dell'associazionismo della medicina generale per l'essenza stessa della Casa della Salute.

Giorgia: Nelle Case della Salute l'elemento *trainante e vitale, comunque, è la forma associativa della medicina generale*, in tutti questi contesti dove siamo partiti avevamo la medicina di gruppo e da lì siamo partiti. *Questo è un punto nevralgico, centrale, perché se non c'è la volontà della medicina generale a far parte del nuovo modello è difficile perseguire nel rinnovamento, perché il medico di famiglia è davvero la figura d'interazione più importante tra cittadino e servizi sanitari e resta il punto di riferimento del paziente nel bene e nel male, ecco.*

Cosimo: In base al mio punto di vista di medico specialista credo che il progetto della casa non sia possibile senza avere dentro *i colleghi della medicina generale che sono il collante di tutto il lavoro attorno ad un paziente, soprattutto, quanto è un malato complesso, cronico.*

Leonardo: *Qui a Parma abbiamo avuto una grande richiesta da parte dei medici di Mg di voler entrare nelle ventisei case previste e questo è quello che sostiene tutto il progetto delle CdS.* Però ci sono altre realtà regionali, altre aziende sanitarie che pur avendo magnifiche strutture non hanno medici che ci vogliono confluire e lì puoi far poco.

Pietro: [...] ritengo che *noi medici di famiglia in associazione siamo il cuore pulsante della Casa della Salute* che è qualcosa di diverso da quello che poteva essere per esempio il Poliambulatorio. Qui nella casa deve esserci la visione complessiva, olistica come si dice, del paziente che non è frammentato in tanti pezzetti che non funzionano e per cui c'è il cardiologo, lo pneumologo, eccetera, eccetera. Nel Poliambulatorio, importante per carità (!), le cose stanno un po' così per intenderci. *Il rinnovamento qual è? Fare del medico di famiglia il centro unificatore di tutto il percorso di assistenza e poi, non dimentichiamocelo, c'è tutto l'ambito della salute del paziente. Il medico di famiglia cura anche la salute (!).*

Senza la medicina generale associata, dunque, la Casa della Salute resta un modello dimezzato o, più appropriatamente, de-sostanziato. I nostri testimoni, infatti, rimarcano tutti il medesimo concetto della MG quale *centro vitale* per la riorganizzazione del sistema di cure primarie. Per poter procedere oltre quella che per troppo tempo è stata la “prateria” disabitata del territorio, non è sufficiente aggregare in un medesimo spazio fisico servizi e risorse professionali, occorre anche una regia che funga da elemento di armonizzazione delle singole voci. E questo è un concetto che non solo appare acquisito dagli intervistati, ma che viene arricchito da un’ulteriore consapevolezza, rappresentata da una nozione di *salute* che rimette al centro di tutto il sistema assistenziale la *persona*, la sua *integrità* ed il suo *benessere*. Come si evince dalla dichiarazione di Pietro, la Casa della Salute non rappresenta semplicemente un modello di ri-organizzazione dell’assistenza primaria - presa in carico complessiva, unitarietà dei percorsi di cura, continuità dell’assistenza, ecc. - quanto piuttosto la sede di *cura* (to care) *dello star-bene* delle persone, di cui il medico di famiglia è il principale garante e promotore. Ecco, allora, che l’apporto della medicina generale al miglioramento/qualificazione dell’assistenza territoriale è dato dal recupero di quella che è la matrice originaria della MG, ovvero, la visione olistica della salute, la considerazione integrata e globale dell’individuo e dei suoi bisogni, l’inserimento del soggetto nel proprio contesto sociale e nel suo ciclo di vita.

In tale luce, l’unificazione dei frammenti da operare per mezzo della “casa” diventa qualcosa di molto più articolato e significativo rispetto alle realtà già esistenti sul territorio come i Nuclei di cure primarie o i Poliambulatori. Nel nucleo, infatti, la medicina generale acquista una collegialità prevalentemente *tra pari* per formazione e competenze, di contro, nel Poliambulatorio, sede della specialistica primaria, i medici di famiglia non fanno parte della struttura e la collegialità tra gli uni e gli altri è - di fatto - aleatoria.

Pietro: Con l’associazionismo noi medici di famiglia abbiamo iniziato ad uscire dall’isolamento lavorativo che ci caratterizzava da sempre. *Abbiamo dovuto acquisire la mentalità del gruppo che, però, è un gruppo fatto da tutti medici di famiglia anche se poi ci possono essere la segretaria, l’infermiere, ecc. ma di fatto il gruppo medico è quello della medicina generale.* Poi con il Nucleo abbiamo imparato a confrontarci tra pari, *sia dentro il nucleo che tra nuclei*, grazie ai Piani di nucleo ed anche al nostro blog. Insomma ci siamo evoluti, siamo cresciuti. Il rapporto coi colleghi specialisti è cambiato da quando siamo tutti dentro la stessa struttura, sotto lo stesso tetto, anche se non si chiamava ancora CdS. *Prima in sostanza c’erano gli specialisti dei Poliambulatori, da una parte, e noi medici di famiglia, dall’altra.*

Con la Casa della Salute, dunque, si mira a restituire profondità al concetto di “salute”, integrando le azioni destinate alla sua promozione con quelle di recupero della stessa ed, in questo scenario, la *forma associativa* della medicina generale viene intesa dai

nostri interlocutori come linfa del nuovo sistema curante. In merito all'associazionismo, che ha rappresentato il primo anello di revisione organizzativa e di cambiamento culturale per i medici di famiglia, lo sguardo di chi ha vissuto il passaggio evolutivo dal “di dentro” del processo pone in evidenza quelli che sono stati i problemi da dipanare.

Francesco: allora, *il problema vero, che ancora abbiamo, sono i 55 anni, cioè la media dell'età dei nostri medici*, quindi, come tutte le professioni anche noi abbiamo le tre tipologie classiche di professionisti: il curioso/entusiasta, quello che fa il suo lavoro in modo serio e rigoroso e quello che non ne può più, che sta aspettando le pensioni e che le ultime vicende lo hanno messo in difficoltà notevolmente.

È opinione riconosciuta che i cambiamenti, di qualunque genere ed entità, richiedono tempo ed anche una certa predisposizione caratteriale di apertura al nuovo; va da sé, quindi, che il dato anagrafico può non giocare a favore dei mutamenti soprattutto se esigono una rivoluzione delle competenze acquisite e delle prassi operative consolidate.

Il rapporto tra età ed innovazione si connota nei nostri contesti di studio per essere stato (e continuare ad esserlo) elemento di criticità come ben si desume anche dall'opinione di chi non è medico di famiglia, ma ospedaliero:

Biagio: Noi pensiamo oggi che *si debba andare verso la medicina di iniziativa* e, quindi, verso *un nuovo rapporto con la comunità* nella quale siamo inseriti. Questa è l'aspettativa centrale, che richiede un'organizzazione completamente diversa, che richiede una formazione diversa, *che richiederebbe sicuramente attori diversi in grado di mettersi in gioco, di rinnovarsi, di trasformarsi dal punto di vista culturale. Noi sappiamo che da questo punto di vista i cambiamenti non si realizzano da un giorno all'altro [...]. Ad esempio proprio in questa ala della struttura (Medicina Generale) abbiamo un'età media di circa 60 anni, ciò nonostante alcuni si sono dimostrati molto aperti all'innovazione, però bisogna fare i conti che alcuni sono così, non tutti sono così. Allora questo probabilmente inciderà su quello che sarà, probabilmente penso io, la velocità del processo di innovazione, la velocità nel saper creare, pensare nuovi strumenti per sapersi relazionare alla popolazione, per far sì che il cittadino abbia nella testa, cominci a far propria l'idea della CdS anziché di ospedale.*

L'anzianità lavorativa, come sostiene Biagio, può incidere sulla *velocità* del processo di rinnovamento piuttosto che sull'obiettivo in quanto tale e, aspetto ancor più peculiare, sulla celerità nel *saper creare* (elemento della “creatività” che ricorre) gli strumenti e le modalità relazionali necessarie per dare corpo e sostanza al concetto di partecipazione democratica dei cittadini in tema di tutela della salute. L'entità del problema legato al fattore età, che pure esiste e viene più volte rimarcato dai nostri testimoni, sembra tuttavia di modeste dimensioni grazie al lavoro di rinnovamento intrapreso con la nascita dell'associazionismo medico e l'istituzione dei Nuclei di Cure primarie. Le innovazioni introdotte a partire dagli anni Duemila hanno quindi attenuato le resistenze che di sarebbero potute manifestare da parte dei professionisti con maggior anni di lavoro ed in attesa di un congedo di ordinaria amministrazione ed esente da imprevisti.

Il binomio *età-innovazione*, seppur problematico, si presenta attualmente come elemento da migliorare e gestire, ma non come zoccolo duro. E difatti, neppure in passato ha rappresentato un ostacolo al cambiamento tanto è vero che proprio a Parma attorno agli anni Novanta vi avvia la sperimentazione antesignana della medicina di rete, che viene poi adottata come modello operativo della medicina generale.

Francesco: [...] *Qui a Parma e in questa azienda negli anni '91/'92 fu messo in atto uno strumento che si è rivelato molto utile cioè le reti, poi preso a modello dal contesto nazionale, che intervenne su una situazione di diffusione capillare sul territorio dei professionisti, e, quindi, in tale senso si mostrò una risorsa, che però non consentiva la gestione dei sistemi complessi. Abbiamo fatto le reti raggiungendo qui dei livelli elevatissimi o, comunque, di associazionismo molto elevato, togliendo il livello più basso (nda: medicina in associazione semplice) che è stato abolito sin da subito, per cui eravamo "reti" e "gruppi".*

In Emilia Romagna, come delineato nel quinto capitolo, la *medicina di rete* rappresenta la forma associativa dei MMG più praticata (30% dei MMG) accanto alla quale si ha quella *di gruppo* (20%), anch'essa foriera - come continua la testimonianza di Francesco - di qualche avversione da superare.

Francesco: [...] I primi gruppi più grossi, come il nostro ed un altro della montagna che, però, poi è scemato, hanno fatto un po' da trascinatori. *La prima cosa che è stata fatta è la condivisione del modello della rete con i professionisti più anziani ai quali si richiedeva una notevole cambiamento e questo passaggio è stato fondamentale, perché la medicina di gruppo la fai con chi c'è e non con chi scegli, quindi, per fare un gruppo come quello della "Ferrari" devi sfruttare tutte le peculiarità dei singoli con cui fare gruppo. Molto è stato fatto a livello di formazione attraverso dei progetti, se tu fai un progetto per fare determinate cose poi, inevitabilmente, i colleghi si devono aggiornare su quello per fare quella cosa.*

Sulla base di queste asserzioni si può ritenere che l'associazionismo ha rappresentato per la categoria dei medici di famiglia il primo lavoro di scalpello per uscire dal solipsismo operativo e culturale che per tradizione ha accompagnato la loro figura. Si è trattato dunque di un'operazione interna, ma fondamentale, per modificare il *modus operandi* della medicina generale di natura individualistica.

Da questa prima modifica "interiore", il passaggio evolutivo successivo è stato *ed è* il superamento dell'autoreferenzialità categoriale tramite l'integrazione non solo tra *eguali*, ma prevalentemente tra *diversi professionisti*.

Pietro: [...] io parlo come medico di MG e *quindi noi dobbiamo modificare il modo di confrontarci con gli altri operatori; non dico che il MMG deve scendere dal piedistallo, che non c'è ovviamente, però deve iniziare a praticare il confronto su tutto ciò che gli viene in mente con gli altri colleghi, perché è fondamentale il parlare.*

La Casa della Salute, infatti, ri-attribuisce al medico di famiglia l'originario mandato di *responsabile-coordinatore* della presa in carico complessiva degli assistiti, nonché di

promotore e garante della salute dei cittadini. Metaforicamente è il tessitore di una tela fatta di trame diverse, dove per tela s'intende il canovaccio del *ben-essere* della persona (anche se ammalata) mentre per trame gli apporti di tutti i vari operatori per l'intreccio del canovaccio.

Continuando l'analisi delle interviste dal punto di vista del "doppio sguardo" rispetto ai cambiamenti da operare emerge un aspetto eloquente circa le preoccupazioni derivanti dal retaggio culturale di appartenenza. E difatti nella dialettica che segue:

Cosimo: Ha ragione Pietro, il punto centrale del lavoro della "casa", ma in generale del lavoro sui bisogni di salute della gente, è il parlarsi, lo scambiarsi esperienze, il comunicare tra professionisti e servizi. *Io che ero ospedaliero quando mi sono spostato sul territorio temevo un po' la solitudine [...]*

Pietro: *io che sono nato sul territorio temevo invece la comunanza!*

Dal dialogo trapela dunque il timore del medico di famiglia della *comunanza*, di ciò che per formazione professionale e per pratica operativa non rappresentava una consuetudine per la propria categoria; in maniera speculare, il medico ospedaliero giunto sul territorio esprime un timore contrario, ovvero, la solitudine lavorativa. Nonostante la differenza circa l'oggetto di preoccupazione, l'elemento che accumuna le due testimonianze è che il retaggio culturale della professione di appartenenza plasma, inevitabilmente, l'atteggiamento dei singoli rispetto al nuovo che deve venire. Del resto, nel corso di quest'analisi interpretativa, è emerso più volte che il primo cambiamento da effettuare è stato/è proprio di *natura culturale*. Dai primi risultati, tuttavia, qualcosa sembra essere mutato in meglio.

Rispetto ai nostri casi di studio, infatti, non solo il medico di famiglia sta compiendo un'apertura di confronto e di prassi operativa "*inter-disciplinare*", ma gli stessi colleghi - sia specialisti che non - percepiscono la figura del MMG con occhi differenti.

Patrizia: Nel servizio domiciliare il medico di famiglia anche prima della "casa" svolge un ruolo importante e centrale per la gestione del malato cronico, però, non che prima non ci fossero rapporti tra di noi infermieri ed il medico, ma erano legati alla necessità, all'insorgenza di una complicazione, di un problema, quindi, erano più sporadici. *Ora con la casa, la quotidianità, il fatto che aprì una porta ed il medico di famiglia ce l'hai di fronte, i rapporti sono cambiati, ci sono sempre. Ci sono tanti momenti, come questo ad esempio, in cui ci si ferma assieme a loro per discutere e confrontarsi su una cosa piuttosto che un'altra, tante volte attorno alla figura del paziente e non solo di natura organizzativa.*

Cosimo: [...] poi in concomitanza ci sono degli eventi, dei progetti, di cui l'ultimo è quello dei MMG che con l'Università di Boston hanno attivato un progetto per la gestione delle fragilità per motivi di età, condizione sociale, quadro epidemiologico, e con tali strumenti vengono individuati i soggetti sui quali accendere i fari. *Questi eventi riguardano tutti, perché i percorsi connessi sono trasversali a più aree di intervento, quindi, non solo la MG che ne è la promotrice, ma*

tutti i diversi settori coinvolti nella fragilità. [...] In queste occasioni in cui anche l'operatore che non metterà mai in atto certe procedure viene e prende parte sono una crescita di una cultura condivisa, di cui beneficerà poi il paziente.

Lamberto: *per quanto riguarda noi della Salute Mentale (SM) sono già quattro anni che partecipiamo al progetto "Leggieri"³⁷⁰, che è il progetto regionale che prende il nome dal dr. Giuseppe Leggieri, medico di MG, che prevede l'integrazione tra la Salute Mentale, le Cure Primarie e la Medicina Generale. La finalità del progetto è quella da un lato di aumentare il rapporto, la comunicazione con la MG per la gestione della piccola psichiatria da parte del medico di famiglia con anche, quindi, dei momenti formativi specifici e dall'altro lato la nostra partecipazione integrata per la gestione dei pazienti complessi. Per cui questo progetto "Leggieri" si inserisce nell'ottica della CdS, perché nella nostra realtà noi stiamo già collaborando con il Nucleo della medicina di gruppo.*

Dagli stralci d'intervista citati si evince una profilatura della figura del medico di MG che esce dalla consueta visione di un professionista in qualche modo a margine del sistema sanitario, chiuso all'interno del proprio ambulatorio e prescrittore di farmaci e/o visite specialistiche. Quello che si trae dalle nostre testimonianze è la percezione di un medico di famiglia pro-attivo (es. progetto "Leggieri"), che è anello di una catena *inter/multiprofessionale* della quale è soggetto attivo e centrale (es. assistenza domiciliare) e che è parte integrante, non più marginale, del sistema di tutela della salute. A tale proposito va posto in evidenza il ruolo dell'Az. Usl di Parma e della sua medicina generale, quale *laboratorio* nella regione Emilia Romagna per la sperimentazione di metodiche volte al miglioramento della gestione ed efficienza dei servizi sanitari per la popolazione. È in tale contesto che s'inquadra la collaborazione con la Jefferson University di Boston per i progetti relativi alla creazione e gestione dei Piani di Nucleo, all'identificazione dei pazienti a rischio di ospedalizzazione e all'appropriatezza prescrittiva nell'anziano, all'interno dei quali l'operato dei medici di famiglia non solo risulta essere nevralgico, ma addirittura all'avanguardia.

Francesco: *[...] è un progetto, una collaborazione a cui ha creduto molto l'Agenzia Sanitaria Regionale [...]. È stato un momento di confronto tra pari che nonostante non abbia portato al fatto che tutti i nuclei abbiamo la stessa spesa, il medesimo comportamento, ma sicuramente ha fatto discutere molto e ci diceva Maio, un italo americano dei cinque che ha collaborato con noi, che loro che lavorano solo su questo, in quanto è una cattedra della Philadelphia University che si interessa di sanità e di organizzazioni sanitarie, che non c'è niente a livello mondiale che dimostri con i numeri la produttività, l'appropriatezza e tutte queste cose; e solamente l'Emilia Romagna ha un server con così tanti dati.*

Volendo trarre alcune conclusioni rispetto a quanto affermato dai nostri testimoni, è possibile sostenere che la *comunanza* strutturale ed operativa della Casa della Salute

³⁷⁰ Per un approfondimento si rimanda al seguente link:

www.salute.it/documentazione/rapporti/programma-regionale-giuseppe-leggieri-integrazione-tra-cure-primarie-e-salute-mentale

appare come il “volano” di consolidamento di una (ri)nata figura di medico di famiglia. Rinascita che nella regione emiliano-romagnola inizia con l’associazionismo della MG, prosegue con l’istituzione dei Nuclei di cure primarie ed approda, oggi, nel modello di rinnovamento dell’assistenza territoriale qual è appunto la CdS. Rinascita che riprende i valori di fondo di questa figura medica, che con la fine della condotta³⁷¹ è venuta perdendo progressivamente quella che era la sua missione e, cioè, rappresentare il punto di riferimento *certo e di fiducia* per tutto quanto riguardava l’assistenza sanitaria nel paese di competenza. Era compito del *medico condotto* farsi carico della salute dei suoi assistiti per l’intero ciclo della loro vita, dalla nascita fino alla morte, eventi strettamente connessi all’ambito familiare ed intimo della “casa”, presso la quale il medico condotto esercitava gran parte del proprio lavoro. Sulla base delle testimonianze raccolte, *all’interno e per mezzo* della CdS, il medico di famiglia sembra potersi riappropriare di questo *antico* mandato, che - tuttavia - per i mutati bisogni di salute deve essere espletato attualmente con una modalità di lavoro non più solitaria, ma in forma associata ed integrata. Ma è proprio in merito all’integrazione che si manifestano le maggiori problematiche e le resistenze più granitiche.

7.1.6 - L’integrazione irrinunciabile

Senza pericolo di smentita si può affermare che la questione dell’integrazione - tra sociale e sanitario, tra assistenza ospedaliera e territoriale, tra servizi ed operatori, ecc. - ha assunto dimensioni spazio-temporali di notevole spessore essendo un argomento di cui si discute da svariati anni e in numerosi consessi - pubblici, accademici, politici - nazionali ed internazionali. “Integrazione” è una delle parole chiave più ricorrenti della riflessione sui sistemi di assistenza primaria, parola che viene articolata attorno a due assi principali:

- ✓ *istituzionale*, ovvero, l’assistenza organizzata per percorsi integrati tra le diverse aree di assistenza: sociale e sanitaria, primaria ed ospedaliera;
- ✓ *professionale e disciplinare*, relativamente all’integrazione tra i vari operatori e le specifiche competenze professionali.

Entrambe le tipologie costituiscono delle sfide complesse, che richiedono particolare attenzione a vari livelli: da quello *regionale*, attraverso strumenti di programmazione socio-sanitaria integrata; a quello *territoriale*, reinvestendo su ruolo e

³⁷¹ La figura del medico condotto è stata in vigore fino al 1988, anno in cui si è sostituita con quella del medico di Medicina Generale convenzionato con il sistema sanitario nazionale. L’evoluzione storica di questa figura è stata analizzata nel primo capitolo di questa tesi al paragrafo 1.2.

funzioni del distretto ed, infine, a livello *professionale*, valorizzando tutti i profili professionali e superando vecchie e nuove resistenze di stampo corporativo.

D'integrazione si discute molto, si scrive molto, eppure, l'evidenza offerta dai fatti concreti denota un scenario affatto confortante sia in termini di praticabilità che di qualità. Sulla base di tale preambolo gli interrogativi di ricerca non hanno potuto esimersi dall'indagare, nello specifico dei casi di studio, lo stato d'arte della situazione ed il panorama che ne emerge si compone di zone d'ombra, ma anche di un "*work in progress*" dai risvolti più lucenti e speranzosi. L'analisi dell'argomento, per una migliore lettura delle risultanze, è stata suddivisa in due macro-aree: la prima connessa all'integrazione professionale, a cui fa seguito quella tra care formale ed informale; la seconda legata all'integrazione tra livelli di assistenza (ospedale e territorio) e, quindi, tra livelli istituzionali (sociale e sanitario).

L'integrazione professionale e disciplinare

In merito a tale tema il primo elemento che emerge trasversalmente alle figure intervistate, sia apicali che professionisti, è l'*ineluttabilità* di questo tipo d'integrazione che si ricava dall'uso frequente del verbo "dovere".

Patrizia: [...] come modalità di lavoro per me l'Unità di valutazione geriatrica (Uvg) è stata una scuola, cioè, ho capito come posso lavorare con il medico dell'équipe e l'assistente sociale, ecco. Diciamo che l'integrazione è il lato caratterizzante l'Uvg, dove però l'integrazione è all'interno di un gruppo ristretto. Ora la situazione è completamente diversa perché *ci si deve integrare con tutte le figure professionali che operano all'interno della Casa, che sono tante.*

Giorgia: La casa è una struttura che deve accogliere i cittadini e le loro necessità di salute da quelle più semplici a quelle più complesse come le cronicità, che richiedono percorsi integrati ed unitari. La casa è il luogo di riferimento per tutte le necessità sanitarie del territorio, per cui l'integrazione tra i vari professionisti è *un obiettivo che si deve raggiungere* per poter superare le differenze e raggiungere una visione unitaria del percorso di cura.

Tania: [...] da circa due anni svolgo funzioni di coordinamento così accanto alle mie consuete funzioni di infermiera mi sono trovata a gestire il coordinamento e a partecipare all'organizzazione di questa Casa della Salute, che ha richiesto interventi di trasformazione non solo sotto l'aspetto murario, ma anche per l'organizzazione dei percorsi. [...] non ho preoccupazioni se non quelle che potrebbe avere un coordinatore che si trova ad affrontare problematiche diverse a seconda delle figure che operano nella struttura, che ora *dovranno lavorare in modo sempre più integrato, con uno spirito di maggior collaborazione.*

Cosimo: Si è passati dalla struttura ospedaliera del reparto, che è piuttosto settoriale e, quindi, la cultura di riferimento era quella. Il personale veniva dall'esperienza ospedaliera dei reparti e tutto ciò ha contribuito al mantenimento di una divisione tra servizi ed operatori [...]. Per diverso tempo ci si è guardati con diffidenza e sospetto "quelli del centro di Salute Mentale", "quelli delle tossicodipendenze" e via dicendo.

Per cui quello che dice Tania è vero, perché con la CdS stiamo faticosamente iniziando a ragionare in maniera diversa, *per cui c'è un certo spirito di corpo che si deve creare per consolidare l'unitarietà, che dobbiamo creare tra tutti noi.*

Ineluttabilità che, però, non va interpretata secondo l'accezione negativa del termine, ovvero, di un *destino* che non si può scansare neppure con la lotta più accesa, quanto invece nella connotazione positiva di *destinazione* per la quale vale la pena impegnarsi alacremente.

L'obiettivo dell'integrazione professionale è una meta a cui i nostri interlocutori sembrano impegnati e verso la quale si sono incamminati - con la creazione di percorsi diagnostico-terapeutici integrati - già prima del varo ufficiale del progetto di realizzazione della Casa della Salute.

Lamberto: Noi siamo presenti su questo territorio storicamente come servizio di Salute Mentale (SM). Io sono qua di ruolo dal 1990 ed allora c'erano i residui manicomiali, nel senso che i reparti erano stati chiusi, ma c'erano dei pazienti che non potevano essere dimessi, perché non avevano famiglia, non c'erano strutture, ecc. e che quindi venivano ospitati in tale "residui", che erano delle residenze e *dentro queste l'integrazione ha iniziato ad esserci, perché i MMG entravano nelle residenze perché ogni paziente aveva come medico di riferimento un medico del territorio. Questo è stato un primo passo di apertura verso l'integrazione. [...]Progressivamente l'integrazione con la medicina generale si è andata sviluppando. Essendo presenti qui ancor prima della nascita della CdS la collaborazione e l'integrazione tra gli operatori è sempre stata possibile creando anche dei percorsi che poi sono stati applicati anche in relazione ad altri servizi come il SerT. Quindi questi percorsi qui sono stati avviati da qualche tempo rispetto alla Casa della Salute.*

Cosimo: [...] c'è anche una triangolazione nel senso che arrivano in Day Service pazienti inviati dal medico di famiglia con la richiesta di valutazione psichiatrica, perché c'è già un sospetto e quindi si apre un rapporto di collaborazione a tre. *Per cui i percorsi di integrazione di fatto già ci sono, non sono stati fatti con la casa anche perché la struttura opera da prima della nascita ufficiale della CdS.*

La collocazione del Dipartimento di Salute Mentale all'interno della "casa", è un elemento che si iscrive nel quadro dell'*innovazione* che questa intende rappresentare e del *miglioramento* dei percorsi assistenziali di presa in carico. Non vanno dimenticate, difatti, le demenze senili o le psicosi organiche che sempre più di frequente interessano parte della popolazione anziana, ma anche le varie problematiche connesse all'ambito della "salute donna" (es. psicologie post-partum) o a quello della "non-autosufficienza" (es. difficile accettazione di una disabilità acquisita). Pertanto, un riassetto delle cure primarie che voglia fornire risposte coerenti ai bisogni assistenziali non può che essere *inclusivo* dei dipartimenti territoriali, quali Sanità pubblica, Servizio per le tossicodipendenze (SerT) e Salute Mentale, nell'ottica di implementare la *collaborative care*. Il campo della salute mentale, del resto, a partire dalla legge di riforma del 1978 (Legge Basaglia n.180) si connota per essere un settore d'intervento che per propria natura (complessità dei "casi")

ha bisogno di integrarsi con altri ambiti disciplinari. Nella prospettiva dell'*integrazione irrinunciabile* la salute mentale sembra, dunque, godere di un vantaggio sia di tipo culturale (formazione professionale) che di tipo organizzativo-gestionale (percorsi integrati).

Lamberto: [...] in realtà io devo spezzare una lancia a mio favore e devo riconoscere che sia per l'insegnamento di un grande maestro, come il dr. Bagnasco, che ha diffuso una cultura allargata nel nostro specifico settore la Salute Mentale, *sia per la peculiarità del settore che è sempre stato integrante ed integrato con altri settori*, fa parte della mia professione parlare con tutti coloro coi quali si entra in contatto. *Per cui la mia visione è quella della persona nella sua totalità. Ho ricevuto questo tipo di imprinting per cui mi piace molto che oggi si stia lavorando perché questa sia una visione generalmente condivisa da tutti gli operatori sanitari, ma personalmente è un retaggio acquisito da tempo che ormai fa parte del mio modo di operare professionale.*

Nonostante non si possa arrivare alla *generalizzazione* della testimonianza ora citata, è tuttavia possibile ritenere che l'area della salute mentale possa rappresentare un punto di forza della CdS per promuovere e sostenere una cultura collaborativa *generalizzata* tramite cui avvicinare l'obiettivo dell'integrazione professionale intramoenia ed extramoenia.

All'*interno* delle mura lo stato dell'arte che si rileva è decisamente meno sfavorevole di quello che si profila all'*esterno* dell'edificio che, a sua volta, si disegna in maniera differente se l'ambiente di riferimento è quello del sociale oppure ospedaliero.

Per quanto concerne l'integrazione tra gli operatori della "casa", come delineato all'inizio di questo paragrafo, si tratta di un processo intrapreso prima dell'avvento del nuovo modello assistenziale, dal momento che le sedi di Colorno e di San Secondo sono frutto di una ri-funzionalizzazione di precedenti strutture sanitarie (ex-ospedali).

Ciò rappresenta un fattore di *miglioramento* e di *crescita* dell'esistente.

Cosimo: In nove anni la struttura a livello di integrazione di strada ne ha compiuta davvero tanta. Siamo partiti dal modulo cartaceo. Da lì è nato tutto l'aspetto successivo, ovvero, mettere questo modulo sullo strumento informativo e questo ovviamente, ha comportato due tipi di lavoro: *una diversa organizzazione ed un cambio di mentalità*, perché sembrava complicato che per richiedere una visita cardiologica si dovesse andare sullo strumento informatico e richiedere la visita, *poi però lo strumento si è rivelato efficiente per il paziente, perché il primo giorno, appena entra, ha tutti gli appuntamenti pronti, conosce il percorso e sa già quanto pagherà di ticket ed era efficiente per noi operatori perché sapevamo sempre - questo sul cronico ovviamente - come allocare le nostre risorse, cioè, noi seduti per seduti abbiamo una riserva posti per i nostri pazienti ed abbiamo una prevedibilità dell'utilizzo delle risorse. Quindi un sistema che si è rivelato molto valido. Tanto è vero che alla fine si è esteso.*

L'essere partiti da un livello diverso dallo zero costituisce, dunque, un buon terreno per l'implementazione di *solidi e strutturati* rapporti d'interdipendenza e di collaborazione professionale, come si evince anche da ulteriori testimonianze.

Pietro: Teniamo presente che si è partiti da una struttura pregressa dove già si era lavorato per costruire gli elementi della contiguità e della continuità tra servizi ed

operatori. *L'integrazione quindi è un qualcosa sulla quale abbiamo cominciato a lavorare prima che diventassimo "casa", ora dobbiamo migliorare ciò che è già stato fatto, che non è finito, né completo perché ci sono cose ancora carenti. Però ce ne sono tante altre che vanno limate, perché il livello è già molto alto almeno da noi.*

Biagio: *Per quanto riguarda l'integrazione tra professioni, da quando se ne parla, da quando è nata che non è tantissimo, non è un secolo, secondo me ha avuto degli sviluppi importanti a livello di territorio, di distretto [...]. In questo territorio dove già i diversi professionisti interagivano secondo modalità nuove e strumenti nuovi l'integrazione si è realizzata al di là del tetto, che pur tuttavia è fondamentale perché agevola e facilita le relazioni e la comunicazione.*

L'eredità di una simile dote, tuttavia, non è indicativa di un puzzle completo di ogni sua tessera perché dalle narrazioni raccolte emergono - qua e là - vari elementi di debolezza tra cui quello della *comunicazione*. Di primo acchito tale difetto potrebbe indurre a pensare ad una dissonanza rispetto a quanto esposto precedentemente, dal momento che l'elemento comunicativo è condizione necessaria per la *comunione* di qualcosa ed, in tal senso, dovrebbe essere "pars-costruens" dell'integrazione tra operatori e servizi.

Ciò nonostante la comunicazione è percepita quale tassello carente.

Pietro: *Sicuramente l'integrazione che è fondamentale, peer to peer, nel senso non tra pari ma alla pari, l'integrazione la stiamo già facendo in quanto ci incontriamo tutti i giorni, discutiamo, ci confrontiamo, eccetera, eccetera. Però dalla mia esperienza quello che manca all'interno di una CdS, per così com'è, è la comunicazione, di comunicazione tra professionisti ed è ovvio, quindi, di rimando anche verso il cittadino. Comunicazione che deve essere "hub e spoke" sì, ma anche circolare e quindi si deve trovare un sistema per consentire questa comunicazione [...]. Quindi la comunicazione è un aspetto che ancora va migliorato, su cui bisogna lavorare e che deve essere organizzato, perché carente. Faccio un esempio il gruppo di MG e dei PLS con l'ambulatorio infermieristico è gestito dal punto di vista informatico, perché col nostro applicativo riusciamo a comunicarci le operazioni che facciamo. Quindi dal punto di vista informatico c'è già, però ovviamente quello è chiuso al gruppo dei medici e degli infermieri che gestiscono l'ambulatorio infermieristico. Non manca mai la parola, certo, siamo a tre metri di distanza, però, questo tipo di scambio - pur se informatico - dovrebbe essere allargato a tutta la Casa della Salute.*

Patrizia: *Per quanto riguarda l'informazione, in effetti, c'è bisogno proprio che tutti gli operatori sappiano quello che fa la porta vicina, cioè, dobbiamo migliorare sicuramente questo sistema di comunicazione che è ancora abbastanza settoriale e non tra tutti i servizi di tutta la casa. Questo è di certo il difetto attuale della struttura anche se poi gli operatori tra loro parlano, sicuramente di più e meglio di una volta, però deve essere meglio strutturata, sistematizzata.*

Ciò di cui si palesa la caducità non è tanto la comunicazione connessa allo scambio verbale, faccia a faccia, tra addetti ai lavori quanto piuttosto quella di tipo informatico, della "rete" interna alla CdS che amplificherebbe la portata della condivisione *verbale* delle attività svolte dai vari servizi. Tale lacuna, di certo, è espressione di un processo di rinnovamento che si sta attuando nel mentre di un viaggio già iniziato, cosa che se da un alto dovrebbe facilitare l'individuazione dei difetti della macchina in corsa, dall'altro, la loro messa a punto diventa inevitabilmente più complicata ed ardua. La mancanza di un

sistema informatico che consenta la comunicazione intersecante i tanti servizi e professionisti della “casa” non sminuisce, comunque, la percezione degli intervistati sulla bontà ed il livello d'integrazione raggiunto negli anni. E difatti:

Pietro: *All'interno della CdS, da quattro anni che siamo qui, io credo che si sia creata un'ottima, non buona, integrazione tra i professionisti, perché c'è una buona comunicazione tra di noi. Io faccio coincidere questi due aspetti comunicazione/integrazione, perché secondo me non c'è l'una se non ce l'altra. Qui nella nostra CdS mi sembra che ci sia stata un'ottima comunicazione ed un'ottima integrazione. Questo per lo meno per quanto riguarda noi operatori. Un po' diversa è la comunicazione informatica, qui qualcosa deve essere fatto e in meglio.*

Biagio: *Dobbiamo distinguere due aspetti e cioè l'interazione dall'integrazione, nel senso che io posso interagire con un mio collega, chiedere un parere, un confronto su qualche cosa e poi la cosa finisce lì. Questa non la chiamerei integrazione. Credo però che dentro la nostra struttura sia stato fatto il passo successivo, nel senso, che il parlarsi, il comunicare tra di noi ha prodotto dei cambiamenti nel modo di gestire non solo il paziente, coi percorsi integrati, ma anche noi stessi. Gli oricelli sono un po' caduti, abbiamo cominciato a guardarci con meno sospetto, abbiamo cominciato a lavorare assieme, sempre più alla pari, sulla stessa cosa: la salute del cittadino. Secondo me oggi qui c'è un buon grado di integrazione tra discipline ed operatori.*

Per poter far squadra e creare un team multiprofessionale coeso ed unito occorre il reciproco riconoscimento, l'essere alla pari circa lo svolgimento della propria professione pur a fronte delle differenze di ruolo, responsabilità e funzioni. Questa è la costante matematica che si ritrova in tutte le nostre testimonianze.

Francesco: [...] ma qui il gioco si fa duro (*sorride*)! L'integrazione è un problema articolato su cui potremmo parlare per non so quanto tempo senza giungere ad una visione valida per tutti. Però, in estrema sintesi, credo che la prima cosa necessaria perché ci possa essere integrazione tra operatori, tra livelli, tra ospedale e territorio e tutto quello che ci sta dentro sia il riconoscimento reciproco. Da qui non si scappa! O c'è questo o non andiamo da nessuna parte.

Patrizia: *L'integrazione ha bisogno di un presupposto di fondo che non ci siano dislivelli tra professioni e che tutte siano egualmente importanti e riconosciute di pari dignità. Nella mia professione per lungo tempo c'è stato un posizionamento subalterno, ausiliario, che però oggi sta cambiando. L'infermiere è chiamato a ricoprire un ruolo che non è quello di essere l'assistente del medico, dello specialista o di rimanere per tutta la sua carriera dentro un solo servizio. Le cose però stanno cambiando un po' per tutte le professioni e se ci si vuole integrare davvero occorre partire dal riconoscimento gli uni degli altri.*

Pietro: *Per essere integrati si deve lavorare tutti alla pari, non tra pari, ma alla pari, cioè ciascuno ha le proprie funzioni e responsabilità senza prevaricare e questo vale sia per il medico di MG, che per quello della specialistica, che per l'azienda. Io credo che per fare un lavoro davvero corretto e rispettare l'autonomia degli altri è necessario che tutti possano gestire, nell'ambito delle responsabilità personali e di ruolo, le cose.[...] però se si dimostra che tutti siamo ciascuno davvero alla pari con la definizione precisa del proprio ruolo, allora per l'integrazione è stato fatto un passo importante. È risolto il problema.*

Qualche voce un po' più fuori dal coro, però, c'è.

Fiorenza³⁷²: Premetto che è un obiettivo che a livello distrettuale si è da sempre ricercato tuttavia il problema dell'integrazione esiste. *Esiste perché non c'è ancora da parte di tutti il riconoscimento dell'autonomia e delle competenze della nostra professione. Il fisioterapista non ha questo riconoscimento anche se per legge noi siamo una disciplina autonoma; la nostra figura è però percepita come quella di chi fa i massaggi, cosa di per sé affatto sconveniente, ma non riguarda la nostra professionalità. L'integrazione al momento è possibile ed è reale solo con i "pari grado" come gli infermieri. [...] Ci manca ancora il pieno riconoscimento di quei medici che per formazione sono più vicini alla nostra professione come il fisiatra o l'ortopedico, per cui!*

Senza l'abbattimento del *corporativismo* che ha contrassegnato le professioni sanitarie, sancendo il primato della classe medica rispetto alle professioni tecniche, delle discipline specialistiche rispetto alla medicina generale e dell'assistenza ospedaliera rispetto a quella delle cure primarie, il traguardo dell'integrazione resta un buon proposito ma sempre *teorico*. E del resto all'orizzonte sembra profilarsi qualche difficoltà circa la *pari dignità*, *humus* e condizione necessaria il lavoro "di squadra".

Biagio: *Quello che è un problema che secondo me, in fatto di integrazione, potrà emergere in un futuro non troppo lontano sono le sperequazioni tra i professionisti. Ora ci sono delle sperequazioni in questa necessità, perché l'integrazione è un'esigenza a fronte dell'obiettivo a cui si vuole andare a parare, è una necessità ineludibile ormai, questo potrebbe essere un grosso ostacolo, perché oggi ci troviamo con alcune categorie professionali, che hanno sempre avuto delle compensazioni, ma altre categorie che non hanno mai avuto nessuna compensazione di nessun tipo. [...] tutto questo potrebbe creare sperequazioni che potranno alimentare le difficoltà dell'integrazione.*

Fiorenza: Secondo me, una delle maggiori criticità dell'integrazione, che ancora c'è qui nella CdS nonostante la novità che dovrebbe rappresentare, *riguarda l'eccessivo condizionamento della gerarchia organizzativa ed interprofessionale, che spesso si manifesta nel non ascolto da parte del vertice, di chi sta più in alto, di ciò che viene dal basso, dal cosiddetto comparto, probabilmente perché inteso ed interpretato come mozione per un avanzamento di carriera o per una aumento salariale.*

Francesco: Io credo che l'aspetto dell'integrazione tra professionisti, soprattutto tra medici e non medici, perché di fatto il lavoro di presa in carico e di cura sono queste persone qua che lo devono fare per cui è qui che noi dobbiamo creare il gruppo, l'intesa comune. Poi sono importantissime le figure del sociale, ma se non lavoriamo prima dentro il gruppo della sanità è difficile che ci sia una buona integrazione coi servizi sociali, perché è già difettoso un anello della catena. *Ma per integrarci tra di noi dobbiamo guardare a tutta la filiera anche a quelle figure che finora hanno avuto minori riconoscimenti rispetto ad altri professionisti, come noi medici, figure che hanno bisogno di riconoscimenti concreti, remunerativi che sono importanti ai fini della gratificazione per ciò che fanno. Qui c'è del lavoro da fare se non vogliamo che l'integrazione diventi una parola vuota di contenuto.*

Dalle dichiarazioni riportate ciò che colpisce l'attenzione - soprattutto se posto a confronto con il corporativismo professionale e la dominanza medica - è la posizione assunta dai testimoni "medici", portavoce di problematiche *indirettamente* legate al proprio ruolo. Tale riflessione acquista ancora più spessore se correlata alla posizione

³⁷² Fiorenza, fisioterapista, ci ha concesso l'intervista in orario di lavoro e per tale motivo è stata molto più breve rispetto a quella dei suoi colleghi ed ha riguardato, prevalentemente, il tema dell'integrazione.

professionale, perché se è presumibile che un medico ospedaliero (vedi Biagio) possa essere più “attento” alla sorte dei colleghi assieme ai quali lavora da tempo in “team”, non altrettanto può essere ritenuto per un medico di MG (vedi Francesco) fino a pochi anni fa lavoratore “solitario”.

I contorni dei municipi sembrano farsi meno marcati e la dimensione *grupale* del lavoro di assistenza sul territorio sembra connotarsi di un’identità unitaria più consapevole. Questo almeno per quanto riguarda gli operatori delle “case” di Colorno e San Secondo.

Pietro: L'ora dei municipi è finita, se non lo è ancora del tutto, ciascuno di noi deve fare la sua parte ed impegnarsi per farla finire, perché non serve a nessuno e credo che non ci porti da nessuna parte! Se una qualunque professione necessaria alla CdS iniziasse a mettere in atto azioni difensive delle propria categoria, allora l'integrazione diventa una chimera, una meta impossibile, perché tutti gli altri farebbero altrettanto. [...] Ma questo deve far parte del passato non più del presente e dovremmo uscire dalla logica dei municipi.

Lo sgretolarsi dei campanili, o almeno, il formarsi di alcune screpolature - tramite cui infiltrare idee di rinnovamento dello stato vigente - trapela anche dall’asserzione che segue, dalla quale si ricavano ulteriori elementi per lo sviluppo dell’integrazione professionale.

Biagio: Noi medici abbiamo acquisito l’idea, condiviso e riconosciuto la necessità, in questi anni, di un tema fondamentale che è lo sviluppo delle professioni sanitarie tecniche o non mediche in sostanza. Mi riferisco non solo agli infermieri, ma a tutto il mondo dei tecnici. Questo comporta un salto culturale enorme. Oggi abbiamo bisogno di infermieri e di tecnici che si appropriino di funzioni ed attività che oggi sono svolte, secondo noi, inappropriatamente dal medico, abbiamo d’altra parte bisogno che le due professionalità in parte si sovrappongano, ma che ci sia una spostamento di conoscenze. [...] È il problema della manutenzione, del presidiare un percorso quello a cui il tecnico può provvedere aumentando il proprio bagaglio di conoscenze; nello stesso tempo è nato il ruolo dell’infermiere case manager, l’infermiere che interagisce col paziente, che mantiene un percorso e gestisce un follow up in collaborazione, su un livello diverso ma di pari dignità con il collega medico, che viene quindi liberato da attività che gli consentono di sviluppare più nello specifico quello che è il suo campo di interesse.

Senza dubbio il punto di vista dei nostri testimoni “medici” si discosta da quello che - fino a ieri o l’altro ieri - rappresentava il pensiero ortodosso di una categoria dominante nello scenario delle professioni sanitarie; scenario che attualmente sembra agire, o forse subire, cambiamenti inevitabili sul versante della divisione del lavoro sanitario e delle relazioni tra operatori e servizi. Non avendo elementi per poter comprendere quanto il cambiamento *sia agito* o invece *subito* o frutto di *entrambi gli aspetti*, si riporta la dichiarazione di un altro medico la cui visione sui cambiamenti da fare all’interno del proprio gruppo (medicina generale) ed ai fini dell’integrazione si avvicina molto a quella di Biagio.

Francesco: [...] sì anche noi dobbiamo, però, fare dei progressi a livello di nucleo come ad esempio la presenza dei medici del nucleo qualche volta alla settimana in struttura, come pure la presenza delle guardie mediche all'interno con l'uso in giornata non per fare la guardia medica *ma per fare altre cose, aspetto questo davvero molto, molto importante non solo per fare integrazione, ma anche per un sistema che abbia un futuro.* C'è poi tutto il discorso di come coinvolgere i medici di famiglia associati che sono sul territorio ma non sono dentro la casa, ma coi quali ci si dovrà inevitabilmente integrare. *L'integrazione professionale non è solo fare i percorsi, ma richiede cambiamenti importanti sotto tanti aspetti, di cultura professionale, del riconoscimento ufficiale chi andrà a fare che cosa, dell'allargamento dei profili professionali come il care manager se non il case manager. Insomma le cose sul piatto sono tante e tutti dai medici agli infermieri, ma non solo, dovremmo cambiare. Si spera assieme (sorride).*

Sempre nell'ambito dell'integrazione un aspetto su cui si è cercato di far luce, ma che è rimasto decisamente sullo sfondo ha riguardato l'integrazione tra il care *formale-professionale* e quello *informale-comunitario*. Più specificatamente, le domande poste ai nostri interlocutori miravano a cogliere *se e come* la Casa della Salute avviasse tale tipo di integrazione sulla base del proprio percepito e dell'esperienza maturata in seno alla "casa". L'argomento, come anticipato, è rimasto abbastanza in superficie vuoi perché, probabilmente, meno avvertito da parte di chi è un professionista della salute, vuoi perché argomento inteso di minore problematicità rispetto ad altre tipologie di integrazione. Ciò detto vediamo di delineare il narrato raccolto al riguardo.

Giorgia: Care formale ed informale? *La CdS aiuta ad operare al meglio. Già il fatto di avere la Medicina di gruppo organizzata e di avere gli infermieri di riferimento che possono operare secondo il modello della medicina di iniziativa, il rapporto con tali contesti informali almeno in certi percorsi di medicina di iniziativa lo stiamo già sperimentando anzi lo stiamo già attuando [...]. La CdS è un contesto che facilita la messa in opera di tutti questi percorsi di integrazione tra self-care, care familiare, associativo e quant'altro. Non solo perché i professionisti sono motivati, sono preparati, ma anche perché ci sono attività organizzate in una certa maniera, gli spazi logistici ci sono e, quindi, diventa molto più semplice la collaborazione che non nell'ambulatorio singolo della MG o in quelle strutture decentrate di una volta.*

Patrizia: Da parte mia devo dire che è un aspetto che fa parte del mio lavoro e che io sento molto. Come infermiera del domiciliare quando si prende in carico un anziano, una persona non autosufficiente, un malato di "Sla" (*nda: sclerosi laterale amiotrofica*) e via dicendo, si prende in carico anche la famiglia [...]. *La CdS si presta molto, secondo me, per questo tipo di integrazione proprio perché fondata sul principio della presa in carico complessiva, della persona nella sua totalità e, quindi, in relazione al suo contesto di vita, della sua famiglia, di quello anche sociale.*

Cosimo: Mah, come medico di provenienza ospedaliera, ambito dove impera la totale mancanza di integrazione con tutto quello che c'è fuori dall'ospedale (!) *penso che la CdS faccia e potrà fare tanto al riguardo.* Noi qui stiamo già collaborando con il volontariato, che è integrato nella struttura visto che, come è stato detto, gestisce lo sportello informativo. Certo non esaurisce il discorso dell'integrazione con il settore informale dell'assistenza, però è già qualcosa. Poi c'è il nostro ambulatorio di diabetologia che svolge anche attività educativa con ricadute sul self-care.

Da quanto sostenuto dai testimoni indicati la Casa della Salute è considerata come modello assistenziale in grado di avviare l'integrazione tra *l'area informale* della "cura" e quella *istituzionale* dei servizi ed operatori professionali. In linea generale, l'interconnessione tra questi due mondi di cura ed assistenza sarebbe offerta dalle caratteristiche intrinseche al modello stesso della "casa" e dai valori che con essa il legislatore ha inteso perseguire per il rinnovo delle cure primarie tra cui - appunto - la partecipazione della comunità. Sotto tale profilo, pertanto, la CdS sarebbe *predisposta* e dovrebbe *favorire* l'integrazione tra il contesto istituzionale per la tutela della salute e quello comunitario (family care, self-care, community care), in quanto parte integrante del suo mandato. Tuttavia, non sempre le finalità stabilite negli atti di programmazione sanitaria sono diventati realtà - ne è un esempio emblematico il Distretto sanitario introdotto negli anni Novanta - ed il perseguimento dell'integrazione tra contesti differenti necessita anche di attori disposti alla "contaminazione".

Quest'ultimo aspetto non è per nulla secondario, soprattutto, per questa tipologia d'integrazione - *istituzionale-comunitaria* - caratterizzata solo fino a pochi decenni fa da un robusto muro divisorio. Nel periodo aureo della *dominanza medica* il paziente, la sua famiglia ed il suo contesto di vita erano di fatto resi estranei rispetto a quanto era ritenuto essere una competenza *esclusiva* del "sanitario" e, più specificatamente, del corpo medico.

L'inizio del declino della dominanza medica e del "sick role" di parsonsiana memoria possono essere datati, almeno nel nostro paese, a non più di circa venti/trent'anni fa e con un simile retaggio storico è presumibile che l'incontro tra cure formali ed informali non sia affatto esente da resistenze e diffidenze da parte dei soggetti interagenti. Rispetto ai nostri "casi di studio" il *percepito* che viene elaborato da parte di coloro che appartengono all'area istituzionale di tutela della salute (dirigenti e professionisti) sembra denotare un atteggiamento d'*apertura* e d'*inclusione* del care informale, che lascia presagire la possibilità di avviare - per mezzo della "casa" - una reale integrazione tra i due mondi di "cura". Dagli elaborati raccolti, infatti, ciò che emerge con evidenza è la narrazione circa un qualcosa che è *in fieri* piuttosto che già concreto e tangibile; pur se numericamente limitate, le testimonianze riportate volgono lo sguardo prevalentemente "al futuro" a ciò che la Casa della Salute, almeno *in potenza*, possa rappresentare per l'obiettivo della partecipazione comunitaria ai temi della salute/malattia. D'altronde, il processo di rinnovamento è nella sua fase iniziale e nonostante i due contesti di Colorno e di San Secondo siano considerati dai nostri interlocutori realtà

“privilegiate” per la localizzazione a vocazione *rurale* e lo *stretto legame* della comunità rispetto alle “case”, l’arrivo a destinazione è ancora lungo e, forse, anche accidentato.

L’integrazione tra territorio ed ospedale e quella socio-sanitaria

Il processo di integrazione tra il livello di assistenza primario (territorio) e secondario (ospedale) rappresenta, indubbiamente, l’ambito più spinoso ed ostico di tutta la questione dell’integrazione. Gli interrogativi posti al riguardo, infatti, hanno ottenuto risposte che non lasciano presagire spiragli di miglioramento della situazione nel breve termine. Tuttavia un’eccezione esiste ed è offerta - come si vedrà - dal rapporto con l’ospedale di pertinenza “territoriale”, ovvero, della stessa Azienda sanitaria. Va detto, però, che come tutte le eccezioni anche la nostra conferma la regola generale della forte problematicità dell’integrazione tra assistenza primaria ed ospedaliera.

Entriamo, dunque, nel dettaglio analitico.

Intervistatrice: E per quanto riguarda l’integrazione con l’ospedale?

Cosimo: *Qui si entra in un sentiero minato. Io ho vissuto la cosa da tutti e due i punti di vista in quanto medico ospedaliero prima, e specialista territoriale ora. Da ospedaliero facevo una fatica micidiale a capire cosa c’era fuori, se qualcuno ti parlava di Nucleo di Cure Primarie per te ospedaliero era una cosa del tutto sconosciuta. Ma anche a livello terminologico es. “Dipartimento di Cure Primarie”, cosa fanno? Chi sono? Un altro mondo! Poi l’altra caratteristica dell’ospedale è: noi siamo bravi perché curiamo gli acuti. [...]. E per alcuni aspetti penso che ancora la situazione sia così. E qui parlarsi diventa un punto di incontro e di conoscenza reciproca. Parlarsi nel senso che io intanto gestisco le rogne qui sul territorio e cerco di non rinviarle a te in ospedale [...]. L’integrazione con l’ospedale ad oggi non esiste, nel senso che non deve essere discrezionale, per cui è il singolo MMG che si mette in contatto con il collega ospedaliero che conosce, ma deve essere strutturata come si sta facendo dentro la CdS.*

Francesco: *La mia idea è che il problema è un problema grosso perché mediamente sul territorio si ha una discreta conoscenza dell’ospedale e dell’Università, mentre i medici ospedalieri non hanno la più pallida idea di quello che c’è e fa il territorio perché vivono nel loro “piccolo mondo antico”. [...] È una verità. Altissima tecnologia, ma loro pensano che la Sanità finisca con l’ospedale. Va benissimo ed è utilissimo che si facciano percorsi integrati perché siamo vicini, nella stessa struttura, perché ci parliamo, collaboriamo, però, se non si crea anche una cultura dentro l’ospedale che ci sono sul territorio professionisti ed anche strutture di livello manca un pezzo importante dell’integrazione. Non è possibile continuare a pensare che la Sanità si esaurisca nell’ospedale e che fuori non ci sia nulla.*

Da queste prime battute alcune delle problematiche legate al rapporto tra l’ambito di “cura” primario e secondario sono dovute all’impermeabilizzazione dell’ospedale rispetto a tutto quello che esiste al di fuori delle mura dell’edificio. “*Il piccolo mondo antico*” nel quale sembrano essersi arroccati gli operatori sanitari ospedalieri diventa veicolo di estraniamento rispetto al contesto delle cure primarie nonché elemento di differenziazione e superiorità professionale. Il disinteresse e la non conoscenza del territorio da parte degli ospedalieri si traduce nel *mancato riconoscimento* dell’alterità che, pertanto, si (*ri*)conferma

quale fattore d'impedimento dell'integrazione sia tra livelli assistenziali che tra professionisti della sanità.

E difatti continua Francesco:

Occorre un reciproco riconoscimento delle peculiarità di cura ed assistenza tra ospedale e territorio. È un lavoro diverso, ma non diversamente difficile. È vero che a livello di vertice alcune cose si stanno facendo, però la base sanitaria entro l'ospedale non sa minimamente quello che si sta facendo sul territorio. Dobbiamo in qualche maniera fare squadra, ma perché si possa fare occorre il reciproco riconoscimento, una conoscenza comune mentre loro non si pongono minimamente il problema che esiste il territorio, per cui la direzione sanitaria mi ha detto di dimettere il paziente io lo faccio senza curarmi, perché non esiste, di quello che poi succederà a livello di servizi territoriali e quindi di continuità delle cure. Per loro qualsiasi problema sanitario finisce in ospedale. Poi c'è la rappresentazione generale del medico di famiglia che non fa niente. Col cavolo! Noi facciamo 120 mila contatti l'anno! Poi ci può essere il medico di famiglia che non si trova mai, ma i 120 mila contatti dicono altro o no? Allora il primo passaggio, poi noi come Casa della Salute faremo tutti i percorsi possibili, quello che stiamo facendo ora e di più, secondo me, migliorando i servizi sempre di più, però, finché non si crea una cultura anche dentro l'ospedale che il territorio esiste e che rappresenta un aspetto fondamentale della tutela della salute della gente, grazie al quale - se è efficiente - anche tu ospedale puoi lavorare meglio, non ci si salta fuori dal problema. Per cui noi facciamo tanto per fare formazione del territorio, ma se non si fa formazione dell'ospedale è un problema, eh! Una delle due ruote, insomma, è ferma, nei minimi termini è così. Quando inizio a parlare di questo cose divento un attimo [...].

Senza il riconoscimento di un territorio che esiste e che eroga servizi diversamente complessi rispetto a quelli offerti dall'ospedale per acuti, il tema dell'integrazione si mostra emotivamente scottante e di difficile gestione in merito ai conflitti esistenti.

Questo è quanto emerge da gran parte delle nostre narrazioni.

Pietro: Come la CdS non deve essere un edificio con le mura, municipalizzato, nel senso di creare differenze tra case stesse. Quindi è importante l'integrazione anche tra Case. *Analogamente, però, l'ospedale deve essere coinvolto e farsi coinvolgere nella gestione integrata dei pazienti. Io parlo come medico di famiglia e ritengo che il medesimo discorso vada fatto con gli ospedalieri. L'ospedale non può più essere come prima, chiuso, e neppure i professionisti possono continuare a ritenersi bravi perché curano gli acuti, vanno ai congressi, perché studiano la letteratura, per cui ora io ti dò il paziente al cui problema acuto c'ho pensato io, però, resta il fatto che il medico di MG ha poi molte più rogne di lui perché se lui ha visto e curato il paziente per 15 giorni, noi lo abbiamo tutto l'anno e lo dobbiamo gestire al meglio.*

Cosimo: *Così facendo le rogne tendono a crescere, perché di fatto i problemi del paziente rimangono, si aggravano e questo alimenta un circolo vizioso di problematiche tra ospedale e territorio che in gran parte potrebbero essere risolte se i due livelli collaborassero e lavorassero in maniera integrata, ciascuno per la sua specificità.*

Il forte vissuto emotivo di chi si trova ad operare al di fuori del “mito” rappresentato dall'ospedale traspare eloquentemente anche dal lessico usato e dalla durezza semantica di alcuni termini. Il linguaggio adoperato denota un livello di tolleranza giunto probabilmente al limite della sopportazione non solo per “outcomes di salute” non troppo efficaci, ma soprattutto per la scarsa considerazione che i professionisti ospedalieri

sembrano nutrire per l'operato dei colleghi del territorio. Per queste ed altre ragioni l'integrazione tra questi due attori attualmente non esiste.

Pietro: *L'integrazione ospedale e territorio è una bella espressione, ma non c'è ancora. Punto. E con questo abbiamo detto tutto sul livello d'integrazione che abbiamo, che non c'è, appunto! C'è da una parte l'ospedale per le acuzie e dall'altro il territorio per il post-acuzie. Per le acuzie ci sono i bravi per il post-acuzie chissà (!!)*.

Biagio: *Dal mio punto di vista il tema dell'integrazione tra ospedale e territorio deve sfondare un muro ancora più grosso di quello che separa le varie professioni e quindi le varie figure professionali. L'integrazione tra ospedale e territorio davvero non esiste. Ci sono tanti problemi e non è facile intravedere una via d'uscita. [...] Il corpus ospedaliero, i medici ospedalieri lavorano per i fatti loro, il corpus territoriale si forma per i fatti suoi, c'è un muro totale tra le due entità, assoluto, granitico. Io penso anche che negli ultimi anni per quello che è stata l'evoluzione del sistema, il medico dell'ospedale abbia sofferto e stai tuttora soffrendo di più nel senso che l'aziendalizzazione ha costato molto in termini di qualità della vita, di stress lavorativo, delle implicazioni medico-legali. La gestione della sanità è andata spostandosi verso il territorio, ed il medico ospedaliero ha perso tante prerogative. Quindi questo muro c'è ed è difficile vedere la via d'uscita.*

Accanto all'*autoreferenzialità* dell'ospedale ed al *mancato riconoscimento* del territorio e dei suoi operatori ad alimentare una situazione già complessa si aggiunge un nuovo ostacolo: le linee di indirizzo di una politica sanitaria volta al ridimensionamento del ruolo ospedaliero ed al potenziamento delle cure primarie. Dalla testimonianza di Biagio, infatti, affiora un ulteriore inasprimento del rapporto tra i due livelli di assistenza a causa del rimodellamento del sistema di tutela della salute che, dall'ospedalocentrismo di un tempo, sta dirigendosi verso la crescita del territorio. Le ricadute di una simile scelta politica vengono interpretate, dal nostro testimone, come più consistenti per i professionisti ospedalieri da cui è plausibile ricavare altrettanti effetti "controproducenti" in fatto d'integrazione istituzionale.

Il quadro descritto non è dei più rosei e continuando nell'esplorazione del campo i colori si fanno più cupi. Nonostante i tentativi fatti per il miglioramento dello status quo i risultati ottenuti, a detta degli intervistati, sono stati fallimentari.

Leonardo: *L'ospedale di Parma è un'azienda ospedaliera universitaria le cui logiche sono meno fluide rispetto a quello che riusciamo a fare noi sul territorio. È un ospedale che ha vissuto un po' di vita propria dove anche la componente universitaria che ha una forte attenzione alla ricerca, una forte attenzione ad alcuni aspetti dell'assistenza qualificata di II e di III livello, ma non vede come mission propria l'integrazione professionale con il medico di medicina generale e gli operatori del territorio. Tant'è che noi avevamo fatto la scommessa, che continuiamo a mettere tutti gli anni detto per inciso, di inserire ore di specialisti ospedalieri all'interno dei Nuclei, ma con l'ospedale questo non siamo riusciti a farlo.*

Cosimo: *C'era stato anche un tentativo, che non è finito ma si è proprio estinto, di concordare percorsi Day Service assieme, ma c'era solo un problemino e cioè che i membri della commissione dell'ospedale non c'erano mai, perché non è sentito come "problema mio". Io capisco che il*

mondo ospedaliero è complesso con problemi di salute da risolvere difficili, però, non si può neppure mettere il paziente sulla soglia dell'ospedale e dire: "io con te ho finito" ed il resto è compito che non mi riguarda. *Se riuscissimo a fare, e prima o poi spero che ce la faremo, con l'ospedale di aziende diverse quello che, bene o male, abbiamo iniziato a fare tra noi dentro l'azienda, anche per chi lavora lì è un vantaggio al di là del paziente che ci straguarda. Finora però ogni tentativo è fallito.*

Biagio: *Nonostante le linee che vengono dall'azienda e dalla regione, ma non solo, ovvio, spingono verso l'integrazione anche con l'ospedale molto muore sul campo! Noi abbiamo vari progetti in tal senso che poi restano nel cassetto; uno che è appena iniziato, che è molto interessante, è attuale, affrontato da tutti i sistemi sanitari dei paesi occidentali e che è il tema della riduzione dei ricoveri ospedalieri, che non può prescindere dall'integrazione tra ospedale e territorio. Però è partito a scaglioni, ovvero, si è coinvolto dapprima solo il territorio ed ora si sta cercando di coinvolgere anche l'ospedale. Però c'è sempre l'idea, la percezione da parte mia, della difficoltà. Si parte sempre dai due blocchi distinti e mai dai due blocchi assieme.*

La via d'uscita da questo *impasse* non sembra per nulla facile anche se qualche possibilità viene intravista dai "delusi e disincantati" operatori del territorio.

Leonardo: Il progetto regionale "Coltivare l'innovazione"³⁷³ sperimentato nel 2009 e sviluppato dal 2010 nasce dall'esigenza di diffondere il più possibile le informazioni essenziali così da permettere meglio l'integrazione tra tutti i livelli del sanitario e, quindi, aziende sanitarie, aziende ospedaliere, istituti di ricerca ed aziende ospedaliero-universitarie. *È un progetto che parte da questa esigenza qua, di permettere l'integrazione tra ospedale e territorio, e questo può essere fatto se a livello di comunicazione abbatti la piramide tra centro e periferia, tra dirigenza ed operatori, eccetera. Il livellamento comunicativo e l'abbattimento delle asimmetrie sono il passaggio inevitabile per l'integrazione ancora di più per quella tra territorio ed ospedale. Secondo me gli ospedalieri questo lo hanno capito soprattutto le avanguardie che sono le medicine, meno le retroguardie che sono i chirurghi.*

Pietro: Io come medico di MG credo che si debba partire come elemento di base dalla *condivisione della lettera di dimissioni*, cosa fondamentale che manca. *Il paziente viene dimesso dall'ospedale, sempre di pomeriggio se non di sabato, ecc. ecc. e già da questo si intravede la mancanza di integrazione che deve essere costruita dal punto zero. Poi, da questo primo passo, ripeto fondamentale, si deve passare alla condivisione degli aspetti successivi legati alla continuità assistenziale, ovvero, l'assistenza che quel paziente dimesso dall'ospedale deve avere a livello di territorio. Però qui siamo davvero agli albori sia organizzativi che di relazioni tra ospedalieri e professionisti delle cure primarie. La cosa da evitare è passare da una visione della sanità ospedaliera ad una "territorio-centrica", perché si commetterebbe l'errore inverso commesso finora. Bisogna arrivare ad un equilibrio, ad una relazione paritaria tra i due livelli che tuttavia stenta ancora a realizzarsi.*

Comunicazione e condivisione sono gli ingredienti che potrebbero offrire una svolta per l'incontro del "piccolo mondo antico" con il territorio, incontro che però non risulta essere così impossibile se si passa dal contesto *extramoenia* (azienda ospedaliera) a quello *intramoenia* (ospedale Az. Usl). Al riguardo, infatti, lo scenario descritto è decisamente più

³⁷³ Il Progetto e il Rapporto della fase sperimentale (2009) e di quella successiva (2010-2012) sono disponibili sul sito dell'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale al seguente link:
http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/aree_di_programma/cdf/gr_ric/pr_colt_innov/publicazioni/report_fase1.htm

confortante nonostante la consapevolezza di osservare un quadro che è la risultanza dell'appartenenza alla medesima famiglia: l'azienda sanitaria locale.

Patrizia: L'integrazione esiste con gli ospedali della nostra azienda e ci sono anche i percorsi integrati. Per esempio nella nostra CdS abbiamo la lungo degenza, 40 posti letto, e ci vengono segnalate le cosiddette dimissioni difficili, quindi, anziani non autosufficienti o in condizione di fragilità, per cui c'è questo contatto, a volte anche telefonico, per condividere questo percorso con il case manager, perché ci sono due case manager all'interno delle lungo degenze. E così anche all'interno dell'ospedale di Vaio, c'è la possibilità di mettersi in contatto o, comunque, il case manager lo segnala attraverso la scheda di dimissioni difficili che sono state concordate. Questo a Parma non succede, lì ci sono i servizi sociali e non ci sono infermieri case manager.

Cosimo: Quando l'ospedale ed il territorio si parlano e collaborano è perché sono dello stesso livello, Az, USL. Il rapporto con l'ospedale di Parma è di tutt'altra specie, perché di aziende diverse e con tutte le difficoltà d'integrazione che abbiamo detto fino a poco fa. Però a Parma la cosa va pensata bene, perché non so come potranno operare le sei CdS previste ed erigende a Parma città, di cui quattro sono strutture più piccole di questa per cui la specialistica non c'è e dovranno necessariamente ricorrere "esternamente" allo specialista che sarà ospedaliero. Non è come qua, lì diciamo non sono autosufficienti come nel nostro caso, dove comunque gli specialisti fanno parte della casa e riusciamo ad avere molto, quasi tutto in sede. Lì il confronto con l'ospedale diventa una necessità. Perché una CdS piccola o media con 5/6 "poveri cristi" e qualche infermiere domiciliare lasciati soli nel deserto non è che possa poi dare delle prestazioni entusiasmanti, pertanto, il quel caso a maggior ragione l'integrazione con l'ospedale diventa fondamentale.

Pietro: L'integrazione in realtà ospedaliera più piccole come l'ospedale di Vaio, che è il nostro ospedale di riferimento, quello di Fidenza, è già una cosa diversa che con l'azienda ospedaliera. Con l'ospedale di Vaio c'è un po' più di integrazione che non con realtà grandi e complesse come Parma. Nella nostra casa dove appunto abbiamo la lungo degenza l'integrazione è ottima, ma è ottima con tutti gli operatori della casa. È un'altra cosa!

L'integrazione "ospedale-territorio" all'interno dell'azienda sanitaria è, dunque, parte integrante del processo d'integrazione professionale e disciplinare: sono facce della stessa medaglia. In tale ottica, il progresso dell'una sembra influire su quello dell'altra e non compaiono elementi di differenziazione tra i due tipi d'integrazione.

Come si evince dalle affermazioni riportate il problema del rapporto con l'ospedale non riguarda le strutture interne ai confini aziendali (Az. Usl) quanto piuttosto le aziende ospedaliero-universitarie come quella di Parma. È qui che sembrano localizzarsi le difficoltà di maggior spicco sia in termini di *ricoscimento reciproco* che di *comunicazione e condivisione* di percorsi di cura ed assistenza. Al riguardo è significativa la preoccupazione di Cosimo (medico di provenienza ospedaliera) circa la possibilità delle Case della Salute di piccole e medie dimensioni (erigende a Parma città) di poter operare al meglio a fronte della difettosa integrazione con l'ospedale; integrazione che - in tali casi - è di nevralgica importanza visto che la tipologia delle strutture non consente l'autosufficienza assistenziale.

Si tratta, forse, di un problema di natura politica (dirigenziale) più che operativa (dei professionisti) che tuttavia va affrontato tempestivamente e nelle sedi opportune. Per quanto riguarda i nostri specifici “casi di studio” il problema della dipendenza dall’ospedale non sussiste, trattandosi di CdS “grandi”, ma ciò non elimina le numerose difficoltà connesse all’integrazione tra i due pilastri della salute: il territorio e l’ospedale.

Ed ora il tema l’integrazione socio-sanitaria.

Anche in questo caso - come per l’integrazione tra *care formale* ed *informale* - l’area di indagine è rimasta un pochino in penombra e poche sono le narrazioni ottenute. Si cercherà comunque di tratteggiare un quadro analitico il più completo possibile anche in riferimento all’insieme dei discorsi sentiti nel corso delle varie interviste.

Nonostante possa apparire un’azione del tutto illogica, il nostro punto di partenza è rappresentato dalla conclusione tratta dalle testimonianze raccolte e, cioè, che l’integrazione tra il sociale ed il sanitario è un “lavoro in corso” dai risvolti ancora aperti.

Leonardo: *Una cosa che ancora non è stata fatta, ma che dovrà partire è quella relativa al rapporto con le figure del sociale, perché in questi contesti che si stanno configurando, Colorno è uno di questi, l’assistente sociale ha ricadute significative.* Gli assistenti sociali dei comuni che afferiscono ad una determinata CdS faranno parte della struttura due/tre giorni alla settimana.

Cosimo: [...] il lavoro fatto all’interno della casa ha portato anche i servizi domiciliari, che prima si interfacciavano solo con il nucleo, ad interfacciarsi con noi oltre che coi colleghi di nucleo. Il lavorare tutti assieme è cosa fondamentale e su questo ci siamo. *Quello su cui siamo ancora scoperti sono i servizi sociali, perché ancora non sono fisicamente nella CdS ma dovrebbero venire a breve. Per noi sono di estrema importanza perché il nostro tessuto sociale è fatto di tanti anziani e ci sono anche molti immigrati, per cui i colleghi assistenti sociali sono importanti per un’assistenza che vuole mettere al centro la persona nel suo complesso, perché il sanitario è un aspetto, ma poi?*

Nonostante il settore *sociale* debba ancora entrare ufficialmente in modo strutturato e continuativo nella Casa della Salute è una dimensione che viene percepita come *necessaria* ed *innovativa* per la ri-formulazione dell’assistenza territoriale.

Biagio: *Io allargo il tema dell’integrazione, che è l’aspetto innovativo centrale della CdS, al sociale. L’integrazione tra i servizi del territorio esige la partecipazione del sociale e qui andiamo dallo sportello unico sociale-sanitario alle relazioni con il mondo del volontariato, ad esempio, e qui entriamo nel campo anche della medicina di iniziativa nel senso stretto e, cioè, della captazione, individuazione di bisogni non espressi o non trattati attraverso appunto il volontariato o il portierato sociale. [...] Nella CdS le relazioni tra professionisti ed utenti sono diverse per cui il cittadino si trova a casa ed accede eventualmente per manifestare quello che è ancora disagio e non stato patologico, perché sa che il suo problema che può essere sanitario, socio-sanitario, eccetera può essere gestito da una componente di professionisti diversi.*

La necessità di collocare i servizi sociali all’interno della CdS, al di là di quelle che sono le intenzioni programmatiche regionali, è legata a quelle che sono le caratteristiche di

contesto dei nostri casi di studio. E, difatti, sulla base di una lettura *ecologica*, ovvero, della *casa-nel-suo-ambiente*, sarebbe sicuramente impossibile garantire l'agio della presa in carico complessiva della persona e della continuità dell'assistenza senza la presenza degli operatori sociali. Colorno e San Secondo sono comuni rurali, con una popolazione composta in larga misura da anziani e persone immigrate³⁷⁴ per cui è altamente probabile che i bisogni delle due comunità possano richiedere l'intervento congiunto della sfera sociale e sanitaria. Va da sé, tuttavia, che la questione dell'*integrazione socio-sanitaria* non possa concludersi con la collocazione dei due settori assistenziali sotto il medesimo tetto, perché se così fosse il problema sarebbe stato risolto da tempo. In realtà si tratta di un argomento molto ampio, che ha assunto un ruolo sempre più centrale nel dibattito sulla riforma del *welfare* e che necessita di vari elementi per la sua realizzazione come la costruzione di un *linguaggio comune* e la *partecipazione comunitaria* al processo d'integrazione.

- Di un linguaggio comune per uscire dal monadismo dei due ambiti d'intervento che, a partire dalla normativa, hanno seguito binari di sviluppo sostanzialmente separati (es. Piani di Zona/Piani per la Salute, Lea/Liveas, ecc.). Senza un comune linguaggio, infatti, diventa difficile poter interloquire - con un minimo di comprensione reciproca - circa il referente comune rappresentato dalla *Persona*.

- Della partecipazione dei cittadini perché, nell'ottica della *governance* e del principio della *sussidiarietà*, l'integrazione non può essere solo di tipo verticale (istituzionale) ma anche orizzontale (società civile). Partecipazione della cittadinanza che dovrebbe riguardare tre specifici ambiti: la *programmazione* dei servizi, la *gestione* degli stessi e, quindi, la *valutazione* dei risultati ottenuti.

In riferimento a quanto sostenuto non ci è stato possibile fare molta chiarezza sul tema dell'integrazione socio-sanitaria rispetto ai "casi di studio" prescelti anche se alcune riflessioni possono essere fatte. La prima concerne il rapporto tra Azienda sanitaria ed Ente locale, che è stato descritto dalle figure apicali di *collaborazione* e di *condivisione* il progetto della "Casa della Salute" e che lascia intendere la possibilità di fungere da fattore di rinforzo ai fini dell'integrazione tra "sanità e sociale" sia in senso istituzionale che professionale. Una seconda riguarda l'auspicio che gli stessi operatori della "casa" fanno affinché quanto prima si possa lavorare fianco a fianco con la figura dell'assistente sociale, atteggiamento che denota non solo la conoscenza delle necessità del *proprio ambiente*, ma anche una visione del "bisogno" non necessariamente clinico-terapeutico, quanto di *qualità della vita*. Terza ed ultima considerazione la partecipazione della società civile.

³⁷⁴ Le caratteristiche socio-demografiche dei due Comuni sono state esaminate nel capitolo sesto ai paragrafi 6.4.2 (Colorno) e 6.4.3 (San Secondo).

Dai nostri testimoni è emersa una situazione che vede le comunità dei due paesi, Colorno e San Secondo, attive e partecipative rispetto alle vicissitudini generali della “*cosa pubblica*” e, quindi, della “*casa della salute*”, per fattori connessi al tessuto sociale di natura rurale e al rapporto privilegiato che le persone del posto hanno costruito con la precedente struttura sanitaria. Tale partecipazione è risultata essere di due tipi: *informativa*, ovvero, legata al ricevere informazioni sui servizi da parte degli operatori; *gestionale* relativamente all'erogazione di alcuni servizi della “casa” - come lo sportello informativo - da parte del volontariato locale. Circa questo secondo tipo di partecipazione va, però, sottolineato che è rimasto totalmente in ombra se il potere decisionale, sotteso dall'atto del gestire, venga condotto congiuntamente con gli altri soggetti decisori della casa (*partnership*) o se, invece, venga delegato ai volontari e gestito in modo autonomo da questi (*autogestionale*). Ciò nonostante l'aspetto di spicco che affiora consiste nel fatto che nell'ambito della partecipazione comunitaria, spesso di tipo consultivo e/o negoziale, compare sulla scena la forma gestionale, da cui è possibile ipotizzare un buon livello di *empowerment* dei cittadini e/o dei loro rappresentanti ed una maggiore *democratizzazione* dei processi decisionali. Si tratta, ovviamente, di ipotesi interpretative per le quali solo con lo sviluppo e l'entrata a regime del progetto della “Casa della Salute” sarà possibile comprenderne la validità o idealità.

7.1.7 - La valutazione interna del Progetto “Casa della salute”

L'ultima area d'indagine della nostra griglia d'intervista ha riguardato la *valutazione*.

La finalità perseguita è stata quella di cogliere le opinioni delle figure dirigenziali e professionali sulla situazione d'avvio e di avanzamento del progetto dal punto di vista delle opportunità o punti di forza e delle criticità o punti di debolezza.

Rispetto a questa bilancia i pesi sembrano dividersi in maniera abbastanza equa.

Volendo dare la precedenza all'analisi dei fattori positivi senza dubbio c'è quello della formazione dei cosiddetti *facilitatori di processo* che, a detta di tutti gli operatori intervistati, ha rappresentato un'occasione di reciproca conoscenza nonché di sviluppo di competenze in ambito relazionale e di gestione “integrata” dei percorsi di cura. Da qui si dipanano ulteriori elementi di forza tra di loro intersecantesi come le *caratteristiche strutturali* della “casa”. Più specificatamente, tra le varie opportunità create ed offerte dal progetto avviato si trova la pianificazione logistica delle professioni:

Biagio: Secondo me quello su cui si è lavorato di più, che ha dato grossi risultati e che non è costato neppure molto è la logistica delle professioni: area riabilitativa, area medicina di gruppo, pediatri di libera scelta, area infanzia, palestra, ecc., accanto a me c'è il professionista col

quale condividiamo qualcosa e non l'igienista che conosco con il quale voglio scambiare due chiacchiere. E questo nonostante fosse una struttura vecchia, questa era ed è stata riempita. Il contenitore è stato riempito con logica e discernimento e questo è stato un punto di forza, perché ha tante implicazioni: la comunicazione, la gestione dei percorsi, il confronto sui casi, ecc.

La scelta *strutturale* di collocare spazialmente i servizi in base all'affinità disciplinare, al grado di reciproca dipendenza ed alla necessità d'integrazione, comporta implicitamente il raggiungimento di altrettanti obiettivi posti a fondamento della "casa". Si viene a creare una sorta di effetto "domino", una sequenza lineare di reazioni a catena in base alla quale ogni tessera agisce su quella successiva. Analogamente alla formazione dei facilitatori, tessera che ricade positivamente sulle competenze necessarie per il lavoro in team multi-professionali, così il posizionamento logistico delle professioni ricade opportunamente sull'integrazione professionale facilitando aspetti come la comunicazione, l'audit professionale, la gestione dei percorsi di cura e di assistenza. Proseguendo nell'analisi valutativa delle positività, viene messa in rilievo una peculiarità della "presa in carico" all'interno della CdS che è quella delle *risposte personalizzate*.

Patrizia: Credo che tra i diversi pregi della CdS ci sia quello delle risposte personalizzate. I miglioramenti sono a livello di percorsi più personalizzati e di integrazione professionale, in quanto all'interno della casa riesci a trovare dei momenti di confronto che consentono una migliore presa in carico per quel caso specifico ed il suo ambiente di vita. Secondo me con la Casa della Salute, per com'è strutturata e per i contenuti che sono stati pensati per lei, si possono dare risposte specifiche ai bisogni delle persone.

Per lungo tempo nell'ambito dei servizi socio-sanitari la standardizzazione dei processi di risposta alle esigenze individuali e collettive è stata considerata la modalità operativa più efficace sia in relazione ai costi che ai risultati. Il tema della personalizzazione dell'offerta dei servizi si contestualizza all'interno del welfare state di ultima generazione, la *welfare community*, in seno alla quale si realizza un cambio di paradigma per il perseguimento del benessere comune: non più solo Stato e/o mercato (lib-lab) quali *attori e responsabili* dello stesso, ma anche e soprattutto i cittadini e la società civile. Nell'ambito dei servizi sanitari (e sociali) il cambio di paradigma si traduce nella centralità della *persona* quale "individuo con specifici bisogni" per i quali elaborare risposte "ad hoc" per renderlo protagonista del proprio percorso di cura/assistenza. Ma per l'efficacia dell'intervento sanitario la personalizzazione dell'offerta non è sufficiente, occorre anche l'adeguatezza dei percorsi terapeutici ed assistenziali e, pertanto, la standardizzazione di protocolli basati sulle evidenze scientifiche. Il successo del servizio sanitario dipende dalla capacità di integrare questi due aspetti e, in tale prospettiva, la Casa della Salute viene percepita quale opportunità sia per garantire la *specificità delle risposte* in

relazione al paziente ed il suo contesto di vita che per rispettare il criterio dell'*appropriatezza clinica ed assistenziale*.

Altro punto di forza la gestione delle risorse economiche.

Cosimo: [...] inoltre *in sanità dove dobbiamo economizzare la Casa della Salute permette non di spendere meno, ma di spendere meglio evitando situazioni per cui, ad esempio, un ecodoppler viene fatto tre volte perché è stato chiesto dall'otorino, ma il cardiologo non lo sa per cui gliene chiede un altro. In una struttura omogenea questo tipo di sprechi non dico che lo elimineremo oggi ma andremo a farlo.*

In una prospettiva futura, dunque, *l'unità strutturale* della Casa della Salute e la *contiguità* dei professionisti dovrebbero condurre all'eliminazione delle ridondanze diagnostiche e terapeutiche anche se ora:

Francesco: Poi, ne discutevano un po' di tempo fa, se la medicina generale è uno dei servizi di accesso alla Casa della Salute, è parte costitutiva di questa realtà, *dovremmo fare molta attenzione alle risorse e, quindi, dovremmo andare a diminuire la duplicazione dei contatti*. In altre parole, avendo un servizio neurale come "Sole", funzionante, non appieno, però rispetto a quello che c'è in altre regioni siamo ad anni luce, ed un mio collega vede che un mio paziente, perché nei protocolli noi facciamo i controlli, le cui condizioni di salute sono stazionarie ed io rivedo il paziente solo perché mi deve portare per conoscenza la lettera, *io come sistema perdo risorse, perché in realtà lo ha visto uno del mio gruppo allargato della Casa della Salute che mi dice che è stazionario, quindi anche noi MMG dobbiamo liberare risorse. E nell'ambito della Casa delle Salute queste ridondanze sono frequenti.*

L'ambivalenza del tema "gestione risorse economiche" quale punto di forza e di debolezza trova, quindi, una sua giustificazione se posto a confronto tra ciò che è l'attuale situazione e ciò che invece *dovrebbe diventare*. Tra le opportunità percepite grazie all'avvio del progetto della CdS c'è anche quella dell'ospedale di comunità.

Pietro: *Io ho colto subito la possibilità di avere l'ospedale di comunità, che offre cure intermedie tra ospedale e territorio e lì ci avviciniamo all'ospedale e l'ospedale si avvicina al territorio in qualche modo*. Per me si tratta di un salto di qualità notevole per il medico di MG. *Ed una cosa che può avvenire solo all'interno della CdS, che ripeto per il medico di famiglia è un salto di qualità notevole, perché la qualità dell'assistenza in essa chiude il cerchio, dal momento che ci sono tutte le figure che possono rispondere ai tanti bisogni di salute: medico di MG, specialistica ambulatoriale, infermieri, assistenti sociali*. [...] *L'ospedale di comunità ha una forte valenza sociale molto marcata perché un paziente che per vari motivi non può essere assistito a casa può essere curare comunque bene dentro questa struttura*. Per cui è un salto di qualità per la cura di un paziente da parte del medico di famiglia notevole.

L'ospedale di comunità³⁷⁵ è un luogo di cura a bassa-media medicalizzazione gestito dai medici di medicina generale ed ideato per la "presa in carico" di pazienti in fase post-acuta che, dimessi dall'ospedale e non potendo essere assistiti *appropriatamente* al proprio domicilio, necessitano di una struttura sanitaria "intermedia". La testimonianza citata

³⁷⁵ Al riguardo si rinvia al capitolo quarto, paragrafo 4.1

indica la Casa della Salute quale sede “naturale” per erogare tale servizio, che viene percepito come strumento sia per l'*accrescimento professionale* della categoria (MMG) che per compiere l'*integrazione socio-sanitaria*.

Per quanto concerne la valutazione offerta dalla figure apicali il punto di forza che, in modo concorde, viene segnalato consiste nella *strategia* attuata dalla dirigenza aziendale per il coinvolgimento degli stakeholders. L'approccio partecipativo messo in atto dalle prime fasi del progetto unitamente alla motivazione di tutte le figure professionali coinvolte hanno rappresentano i cardini della porta di accesso per l'innovazione da realizzare.

Giorgia: Le paure che ci potevano essere all'inizio non solo da parte dei professionisti ma anche diciamo a livello di committenza, in un'organizzazione infatti il mondo è vario per cui ci possono essere alcuni livelli intermedi un po' statici che manifestano qualche resistenza al cambiamento, tuttavia, *direi che la piramide noi l'abbiamo decisamente abbattuta grazie ad un coinvolgimento diretto dalla direzione alla base per cui tutti i livelli si sono trovati a partecipare anche quelli un pochino più ostici come i medici di organizzazione che, non tutti, però alcuni hanno una vecchia impostazione vissuta proprio come loro dipartimento e quindi difficile da scalfire. Però l'aver coinvolto al progetto tutti e da subito, l'aver motivato gli operatori riconoscendo a tutti il proprio ruolo, la propria funzione, insomma questa cosa ci ha permesso di abbassare le resistenze, le paure che si potevano essere.*

Anche i contesti di riferimento, Colorno e San Secondo, sono indicati quali motori propulsivi per il cambiamento progettato. E difatti, come è stato analizzato in precedenza, le due “case” sono l'espressione evoluta dei precedenti ospedali, nei confronti dei quali i cittadini dei due comuni avevano instaurato un rapporto di fiducia e di riferimento per i propri bisogni di salute, rapporto confluito di conseguenza nelle attuali CdS.

Inoltre, il comportamento collaborativo adottato dagli enti locali per la realizzazione delle CdS (es. permessi edilizi, segnalazioni stradali, cartellonistica, ecc.) è stato un ulteriore elemento di sostegno e di rinforzo alla decisione progettuale dell'Az.Usl di Parma.

Leonardo: *Tra i punti di forza io aggiungerei i contesti.* Le case finora attivate tra cui Colorno e San Secondo sono realtà molto particolari nel senso che si tratta di paesi dove i legami tra le persone sono più forti ed anche gli amministratori sono più vicini ai cittadini. *La nostra azienda ha avuto un grande appoggio da parte dei comuni di Colorno e San Secondo e questo è servito parecchio, perché senza gli amministratori che ti aiutano per i permessi edilizi, che ti fanno la segnaletica e ti rendono visibile con il logo della casa, il percorso si fa più difficile.*

Sotto il versante delle criticità o punti di debolezza la visione della dirigenza è identica a quella delle figure professionali e, cioè, l'*integrazione*.

È questo, in assoluto, il nodo più palesato pur se con qualche differenza interna.

Difatti, se l'integrazione professionale rappresenta una dimensione percepita come reale, nonostante abbia bisogno di miglioramenti dal punto di vista della comunicazione "informatica" perché ancora settoriale rispetto all'*unità* che la casa intende essere, il quadro cambia se si tratta dell'integrazione tra ospedale e territorio.

In questo caso l'uso dell'espressione "*situazione drammatica*" risulta essere in qualche modo eufemistica e all'orizzonte non si intravedono neppure barlumi che possano indurre all'ottimismo.

Pietro: Dico questo [...] le due cose potrebbero sembrare antitetiche ed invece no, non lo sono per niente, *l'ostacolo più grosso è l'integrazione che è anche il punto di forza. Raggiunto uno si ottiene quell'altro. Più conoscenze assieme producono una sanità migliore, il difficile è integrarle. Il fattore principale dell'integrazione e cado sempre qui è la comunicazione, perché se due non si parlano o non si parlano non bene è impossibile integrarsi. Uno dice una cosa quell'altro dice un'altra cosa; uno non sa cosa sta facendo l'altro e viceversa, questo produce solo ridondanza ed inefficienze.* Coi colleghi della casa l'integrazione, mi ripeto ancora (*sorride*), è ottima non buona, però, con l'ospedale non c'è proprio perché noi non esistiamo secondo loro (!).

L'ostilità tangibile che si estrapola dalle dichiarazioni dei professionisti del territorio per il mancato riconoscimento del loro lavoro nonché per il totale disinteresse degli ospedalieri per tutto ciò che sta fuori le mura del proprio edificio, lasciano intendere tempi "lungi" per il cambiamento della condizione.

Decisamente più positiva l'integrazione con l'ospedale di competenza amministrativa dell'azienda sanitaria sia perché la famiglia di appartenenza è la stessa sia perché sono state attivate delle iniziative specifiche per agevolare l'interazione comunicativa tra i due livelli.

Leonardo: *Il rapporto con l'ospedale dell'azienda è diverso. C'è da dire che nell'ambito del progetto "Coltivare l'innovazione" realizzato con le Regione stiamo mettendo in interazione tramite l'uso di strumenti web.2 il dipartimento di medicina dell'ospedale di Fidenza con il dipartimento cure primarie. Quindi realizzare anche dal punto di vista della gestione delle comunicazioni l'integrazione tra l'ospedale ed il territorio e quindi gestire la continuità assistenziale - e qui abbiamo anche dei professionisti che hanno partecipato gioco forza a questo percorso qui (nda: dei facilitatori di processo) - serve per migliorare le capacità di interazione tra i due livelli di assistenza.*

Ma le differenti relazioni tra colleghi d'azienda di tra cure primarie e secondarie sono determinate anche da un altro significativo fattore: la *coniugazione dei due fronti*, o meglio, del *lavoro* entro l'istituzione ospedaliera e sul territorio.

Cosimo: C'è anche un fatto molto importante. *I colleghi ospedalieri az. USL sono già proiettati sul territorio perché fanno attività ambulatoriale ovunque. Quando tu inizi a lavorare con chi c'è lì allora il tuo orizzonte si allarga e, quindi, l'ospedale è uscito dalle sue mura. In una struttura chiusa come l'ospedale di Parma dove fanno ambulatorio, ma lo fanno dentro l'ospedale stesso i medici non hanno il modo di proiettarsi sul territorio.*

Se l'autoreferenzialità dell'ospedale perpetua una *visione professionale* focalizzata sulla prestazione di eccellenza, sull'episodio acuto da risolvere, sull'organo da ristabilire, ecc., il lavoro sul territorio apre ad una dimensione "curativa" totalmente opposta, basata di certo sull'efficacia ed appropriatezza delle cure, ma centrata sul paziente come persona piuttosto che come somma di organi e tessuti. È questo il principio di fondo dell'assistenza primaria anche se qualche volta (o forse più di qualche volta) smentita dai fatti. Del resto, l'idea della Casa della Salute nasce proprio per colmare i difetti delle cure primarie e ristrutturare il secondo "pilastro" del sistema sanitario nazionale perché possa essere *unificatore* dei percorsi assistenziali, *garante* della continuità dell'assistenza e *punto di riferimento certo e visibile* per i bisogni di salute e ben-essere della *persona*.

Ed ora un bilancio conclusivo.

7.2 - Un breve quadro di sintesi

In questo paragrafo finale si cercherà di tirare le somme dell'analisi *qualitativa* compiuta. Senza ripercorrere nel dettaglio le aree su cui si è inteso far luce rispetto ai nostri interrogativi di ricerca si vuole ora tracciare una mappa di sintesi delle evidenze emerse soprattutto in relazione a quelli che sono i timori e le attese per il futuro.

Un tema finora lasciato in sospeso è quello della rendicontazione (*accountability*), tema che - pur non rappresentando una difficoltà *vissuta* nelle stesse dimensioni dell'integrazione istituzionale - evidenzia comunque delle nodosità da sciogliere. Etimologicamente il termine *rendicontare* sta ad indicare il "rendere conto" a qualcuno di ciò che è stato fatto a fronte della *responsabilità* di cui si è stati investiti con un mandato. Pertanto, si tratta di un'azione estendibile a tutte le organizzazioni da quelle politiche-amministrative a quelle dei servizi socio-sanitari e quelle del mercato privato fino a quelle del Terzo settore.

L'*accountability* è una "componente intrinseca" a qualunque genere di organizzazione ed è un'azione che si rivolge sia all'*esterno*, ovvero, al contesto politico e sociale delle comunità in cui queste operano, sia all'*interno* delle sue articolazioni: quella manageriale, economico-finanziaria e professionale. In riferimento ai nostri "casi di studio" la questione del rendiconto è associata a due aspetti:

- ✓ la gestione delle risorse economiche;
- ✓ la qualità percepita dagli utenti.

In merito al primo punto viene detto:

Francesco: *Il problema è che noi (nda: MMG) abbiamo la conoscenza del territorio e delle dinamiche, il problema è come si porterà questa conoscenza del territorio dentro la Casa della Salute per governare tutti i flussi che sono organizzativi, ma inevitabilmente anche di spesa nell'ambito del budget di una struttura di questo genere. E quindi qua veniamo sulla formazione e credo che vada fatto un impegno sulla formazione economica gestionale non solamente per quanto riguarda creare i percorsi ma anche tutta la gestione economica di questa realtà. Perché altrimenti torniamo al vecchio discorso “a me serve”, ma bisogna poi vedere se il servizio che serve è compatibile con le risorse totali altrimenti io faccio i capricci perché mi serve questo perché non conosco il fatto che scopro quell'altro. Quindi noi dovremmo portare le conoscenze del territorio dentro la CdS, ma contemporaneamente e non solo per i medici di medicina generale bisognerà fare una formazione manageriale per la gestione delle risorse, perché se sai che esiste il problema capisci alcune scelte e te ne fai un motivo.*

La Casa della Salute rappresenta un'innovazione non solamente sotto il profilo *organizzativo e professionale* per la “presa in carico complessiva” della salute degli individui, ma anche per quel che riguarda la *gestione economico-finanziaria* del nuovo organismo.

La medicina generale è una disciplina che finora è stata poco impegnata sul fronte dell'amministrazione delle spese nonostante la funzione di “gatekeeper” del sistema sanitario pubblico. Il nuovo modello assistenziale, però, attribuisce alla figura del medico di famiglia un mandato diverso da quello del “portierato” per l'accesso ai servizi sanitari, facendolo entrare nel *governo clinico* delle cure primarie con un ruolo di *regia*.

Per poter governare clinicamente il territorio occorre conoscerlo ed, in tal senso, il medico di MG costituisce un importante “patrimonio informativo”, disponendo dei dati degli assistiti in carico sia di natura *demografica-epidemiologica* che di *gestione clinica* dei pazienti affetti da malattie croniche. Tuttavia, nell'ottica della valutazione dell'appropriatezza e della qualità totale delle cure, la filosofia del governo clinico richiede un ulteriore blocco d'informazioni: quelle economico-finanziarie, relative al “costo sanitario” complessivo e per settore. Al riguardo, come afferma Francesco, i medici di famiglia e, più genericamente, gli operatori dell'intera Casa della Salute dovrebbero acquisire competenze economico-gestionali specifiche così da comprendere - *dal di dentro* della questione “spese” - i motivi determinanti le decisioni prese o da prendere.

Circa questa tipologia formativa viene detto a livello apicale:

Leonardo: *Noi per adesso nella prima giornata di formazione abbiamo fornito loro una fotografia della Casa della Salute attraverso una serie di indicatori. Una cosa molto semplice, che potrebbe anche indurre a pensare “tutto qua?” In realtà già avere una mini fotografia di questa casa come gli indici di popolazione, i tassi di ospedalizzazione, l'andamento dell'ambulatoriale, i tassi di mortalità e per quali cause, l'elenco delle cliniche, ecc. consente di avere una visione di come stanno andando i tuoi indicatori, come si sta spostando la tua popolazione rispetto alla specialistica e così via. Questo è stato il primo*

elemento perché spesso conosciamo solo il nostro pezzetto (es. ADI), ma non tutto il resto; è stato il primo tentativo non tanto di accountability, ma di immagine di contesto.

Al momento, quindi, l'aspetto dello sviluppo delle competenze finanziarie è in corso d'opera e di tipo prevalentemente "osservativo-epidemiologico". Però sembra affiorare - da parte della dirigenza - anche un'altra dimensione valutativa. L'accountability, infatti, non ha valenza solo ai fini dell'*efficienza economica* dei servizi sanitari, ma anche ai fini dell'*efficacia* e della *qualità generale* delle cure. Pertanto:

Leonardo: *Per il tema dell'accountability diciamo che noi per adesso siamo all'esperienza di confronto, un po' vedi quello che faceva vedere prima Pietro (nda: blog per l'audit della MMG) e quindi dobbiamo ragionare su un tema che potrebbe sorgere e dire quali sono i bisogni e quale può essere la via, ad esempio, un sistema informativo basato sulla complessità della casistica. L'accountability in una CdS non è solo il contare quanti casi sono in carico all'Adi, quanti ne ha l'ambulatorio diabetologico, ecc. così non colgo le sovrapposizioni che sono le complessità, cioè, le doppie e triple diagnosi di pazienti psichiatrici, ad esempio, che hanno anche problemi geriatrici o cose di questo genere. Questi casi aumentano la complessità e la necessità di una lettura di una presa in carico integrata. [...] Questo vuol dire: ragioniamo su delle sfide, mi assumo l'onere della sfida anche in relazione a quello che voglio fare. In una cultura più tradizionale uno se ne sta all'interno di un normale quieto vivere e si porta più lo scudo che la lanterna magari per fare l'esploratore. L'altra via è la costruzione di un sistema informativo per arrivare ad un budget di territorio o di Casa della Salute.*

La complessità clinica dovuta alla co-morbilità (es. patologie cronico-degenerative, "doppia diagnosi" nel settore delle dipendenze patologiche, ecc.) richiede competenze di rendicontazione che siano in grado di ricomporre *in maniera univoca* i diversi passaggi assistenziali che ruotano attorno allo stesso paziente. Si tratta, in sostanza, di gestire tale complessità non tramite lo spezzettamento delle singole prestazioni, da cui le ridondanze sanitarie, quanto piuttosto attraverso una loro ricomposizione.

Ciò è possibile se esiste una *comunicazione sistematica* tra attori e settori d'intervento.

È in questa luce che la costruzione di un sistema informativo "informatizzato" per l'amministrazione di un budget di "territorio/casa della salute" diventa la chiave di svolta per una rendicontazione che possa essere *economicamente* efficiente e *qualitativamente* efficace. Lo strumento del rendiconto in funzione della qualità totale erogata dalla "casa" ci introduce al secondo aspetto associato all'accountability: il *percepito* dell'utenza.

Francesco: *Il lato sul quale dovremmo lavorare molto è sul percepito dell'utenza, ovvero, far prendere coscienza ai nostri utenti della qualità del servizio erogato, che il nostro sistema, quello emiliano romagnolo, questo nostro di Parma, è un sistema ottimo, sicuramente migliorabile, ma già di altissimo livello.[...] Se invece si ha sempre l'impressione che in realtà non ti hanno dato quanto ti aspettava allora il livello di insoddisfazione aumenta. Quindi abbiamo una serie di passaggi da fare, ma qui da noi credo che si debba più operare a livello di struttura, perché a livello sanitario siamo già ad un livello piuttosto elevato come servizi.[...] Tuttavia la forza sanitaria c'è e dovremmo riuscire a trasmetterla all'utente, mentre qui siamo stati sempre molto carenti, che si sta offrendo un servizio molto al di sopra della norma. È che se il percepito*

della gente è buono, corrispondente a quello che in base alle risorse e le caratteristiche del momento può essere dato, allora anche il lavoro dei professionisti migliora e si fa più disteso, non più in affanno.

Dalla dichiarazione riportata si evince il disagio per un lavoro di restyling della cure primarie e della sanità regionale che sembra non essere pienamente compreso dai cittadini, da cui l'esigenza di colmare quanto prima la carenza "del rendere conto" verso l'esterno. Perché il pubblico possa *prendere coscienza* della bontà del prodotto elargito occorre, a detta dei nostri testimoni, un'investitura ufficiale da parte della Regione a favore dell'Az. Usl di Parma.

Cosimo: Una grande cultura verso l'informazione esterna non ce l'abbiamo. Certo si fa qualche iniziativa al riguardo, ma non si tratta di cose sistematizzate. *Probabilmente si tratta anche di un'azione che deve essere politica* piuttosto che della singola casa e degli operatori, perché questa cosa qua è importante per la realtà locale, ma a livello di percezione collettiva incide poco.

Francesco: Beh, c'è sempre anche la paura dell'esporsi, che non è nostra di Colorno o di San Secondo, perché per noi non cambia nulla, però se io fossi dall'altra parte avrei paura anche. *Allora l'operazione deve essere un'operazione, a mio parere di modesto medico di famiglia, che parte da molto in alto, [...]. L'informazione all'esterno di che cosa rappresenta la CdS per il miglioramento della qualità del nostro sistema sanitario locale, verso cui la regione, ovviamente l'assessorato, ha puntato molto ed investito, deve partire dalla regione stessa, la quale dovrebbe dare mandato all'az. Asl di Parma di muoversi in tal senso altrimenti, se l'azienda si muovesse autonomamente e per cause diverse dovesse inciampare gli effetti per l'azienda sarebbero davvero disastrosi. Ecco perché il percepito della bontà di questa struttura sia ben colto dalla cittadinanza occorre investirci e lavorarci, ma serve un mandato ufficiale, che poi noi accoglieremo.*

Al disagio per un *percepito* cittadino che sembra non corrispondere adeguatamente alla realtà sanitaria *regionale* e *locale* si aggiunge, dunque, il timore per le conseguenze in caso di insuccesso del progetto delle "Case della Salute" intrapreso dall'Asl di Parma.

E difatti, nel momento in cui l'Asl di Parma ha deciso di accendere la lanterna dell'esploratore (vedi Leonardo), capitaneggiando la sperimentazione della *casa* con ventisei strutture sul proprio territorio, il rischio percepito dagli intervistati è legato alle possibili ripercussioni da parte di *lobbies* in grado d'influenzare l'opinione del pubblico.

Francesco: *Una cosa che a me fa paura è che invece che andarti a confrontare col cittadino ti vai a confrontare con una serie di lobbies, le più disparate, o comunque gruppi di pensiero, che non sono rappresentativi ma sono sufficientemente forti da mettersi assieme per chiederti cose. È solamente un mettere assieme opinioni che non necessariamente rappresenta la Casa della Salute. Questo è un altro problema mica piccolo da affrontare. Però lavorare per far percepire al cittadino che stiamo lavorando su una roba che non c'è in giro, per la quale si potrà anche sbagliare, perché se io seguo uno che è caduto in un fosso faccio presto a capire che non si deve andare di là, ma quando sei davanti non lo sai(!).*

Un mandato regionale ufficiale all'Az. Usl di Parma circa il ruolo di *azienda capofila* per l'avvio del progetto della "Casa della Salute" rappresenta, dunque, un'attesa per il

futuro. Restando nell'ambito delle attese è possibile fare altre riflessioni attorno a due questioni già dibattute: l'integrazione tra territorio ed ospedale e la partecipazione della cittadinanza. Come si è visto nel corso di questo capitolo la problematica più evidente e di difficile soluzione è rappresentata dalla sostanziale incomunicabilità tra il mondo delle cure primarie e quello delle cure secondarie.

Territorio ed ospedale sembrano divisi da un muro di notevole spessore.

Eppure qualche rimedio trapela dai nostri testimoni, pur se senza grandi illusioni.

Dalla rilettura delle narrazioni si coglie un suggerimento "indiretto" da parte di Biagio che sostiene:

Biagio: Il punto di debolezza che dovrà essere affrontato è il rapporto con l'ospedale, perché l'ospedale resta comunque un punto di riferimento fondamentale nonostante l'avvio della CdS, che è un altro fondamentale punto di riferimento, ma del tutto diverso [...]. *C'è bisogno di una condivisione delle medesima visione del futuro sistema sanitario, non più settoriale, ma interdipendente. Nella sanità noi siamo abituati a lavorare sull'estemporaneo, sul frammento, "tu mi fai due visite in più, tu mi fai 10 prestazioni e via dicendo", manca la visione d'insieme, che è la cosa più importante, perché se non contestualizzi le singole azioni in un sistema, ogni azione lascia il tempo che trova e non raggiunge l'obiettivo vero.*

Serve una *visione d'insieme* che, tuttavia, finora sembra non essere stata creata perché si è operato nella tradizionale logica di azione singolare anziché collegiale. Dal punto di vista della formazione o, più semplicemente, di eventi informativi e divulgativi i due mondi quasi mai vengono posti a confronto nel medesimo spazio e nel medesimo tempo.

(Ri)citando Biagio:

Noi abbiamo vari progetti in tal senso che poi restano nel cassetto; uno che è appena iniziato, che è molto interessante, è attuale, affrontato da tutti i sistemi sanitari dei paesi occidentali e che è il tema della riduzione dei ricoveri ospedalieri, che non può prescindere dall'integrazione tra ospedale e territorio. *Però è partito a scaglioni, ovvero, si è coinvolto dapprima solo il territorio ed ora si sta cercando di coinvolgere anche l'ospedale.* Però c'è sempre l'idea, la percezione da parte mia, della difficoltà. *Si parte sempre dai due blocchi distinti e mai dai due blocchi assieme.*

Le strade parallele non s'incontrano se non all'*infinito* secondo il postulato d'Euclide. Il suggerimento che si ricava, quindi, è quello di iniziare a proporre occasioni d'aula dove i due blocchi, territorio ed ospedale, si possano confrontare, discutere, negoziare e mediare per giungere ad una visione comune sul futuro dell'assistenza sanitaria nella sua complessità e non per livelli di cura.

Per quanto concerne la partecipazione dei cittadini ai temi della salute/malattia, si è visto che l'approccio partecipativo adottato dall'azienda parmense ha rappresentato un prezioso punto di forza per l'avvio del progetto, agendo da *fattore predisponente* ed *abilitante* la collaborazione e condivisione degli obiettivi da parte dei due Comuni e dei loro

cittadini. La cittadinanza però, almeno sulla base delle dichiarazioni ricavate, sembra essere un attore partecipante sotto l'aspetto informativo (singolo cittadino) e/o gestionale (cittadini associati nel volontariato). Perché si possa parlare di *piena* partecipazione della cittadinanza, occorrerebbe valutare se esistono le condizioni di partecipazione ai *processi decisionali* - e non solo a quelli di tipo *consultivo/cooptativo* (es. Comitati consultivi misti) o *consultivo/negoziabile* (es. partecipazione ai Piani di Zona)- come pure al *processo di valutazione* della qualità erogata.

Non avendo elementi al riguardo non è metodologicamente corretto formulare una qualche conclusione se non formulare l'auspicio che l'utenza delle nostre due case possa valutare la qualità erogata dalla struttura non sulla base di un generico strumento di *customer satisfaction*, ma costruito per l'occorrenza.

E, per finire, una considerazione soggettiva - e *del tutto personale* - che si ritiene essere in perfetta sintonia con i valori sottostanti il modello assistenziale della Casa della Salute.

Considerazione che nasce da questa testimonianza:

Lamberto: C'è una cosa che non abbiamo toccato. Qui ci sono il Percorso anziani, il percorso donna e si sta lavorando anche a quello della neuropsichiatria infantile con un'educatrice, una psicologa, una neuropsichiatra, una logopedista. Questo percorso, che vede anche la *mediazione culturale*, è di notevole importanza perché qui siamo in una *zona rurale con forte incidenza degli immigrati, molti arabi ad esempio*, e quindi la salute donna con quello legato all'infanzia sono due aspetti di qualificazione della CdS.

È opinione ormai ampiamente condivisa dagli "esperti" della materia ma anche dai decisori politici che la "salute umana" vada inserita in un *contesto significativo* al cui interno interagiscono sottosistemi differenti, esercitanti specifiche inferenze sullo stato di *ben-essere* individuale e collettivo. Tra questi il *contesto ecologico* in cui si originano e modificano i diversi quadri morbosi; il *contesto sociale*, costituito da vari settori (politico, economico, educativo, culturale, ecc.), che organizza la vita di intere popolazioni su un dato territorio; *la persona* come *soggetto intenzionale e relazionale* con una percezione dello star bene/male sia personale che derivante dal contesto socio-culturale di appartenenza; infine, il *sistema sanitario*, inteso non solo come sistema di cure biomediche istituzionalizzate, ma anche come insieme di risorse terapeutiche alternative sia specialistiche (*medicine non convenzionali*) che non (*medicina popolare*). Nella società odierna dove anche le comunità più piccole per densità di popolazione e collocate in territori rurali sono interessate dal fenomeno migratorio, la "salute/malattia" diventa un terreno di confronto multiculturale con implicazioni di diversa natura: terapeutica (accesso alle prestazioni), ma anche di integrazione sociale. La testimonianza di Lamberto è foriera di un'urgenza che riguarda *tutti* i sistemi curanti da quelli metropolitani a quelli di paese, ovvero, il "prendersi cura"

appropriatamente di quanti sono portatori di *idee* di salute *altre* rispetto al proprio contesto culturale. Se il nuovo modello assistenziale intende essere “casa” della “salute” è sperabile che quanto prima possa accogliere al suo interno - ed alla pari - metodiche di cura alternative alla medicina occidentale. L’apertura della CdS, simboleggiata anche dal logo prescelto dalla Regione, dovrebbe essere rivolta anche in questa direzione oltrepassando la linea di confine tra medicina occidentale e le cosiddette medicine “non convenzionali”.

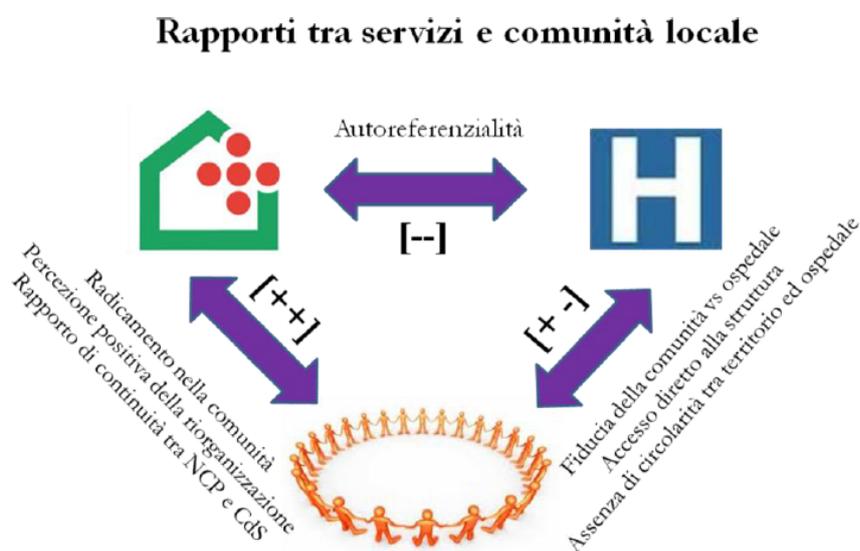
Prima di *presentare* la “casa” secondo il *punto di vista dell’utenza* si propone un quadro di chiusura la cui finalità primaria è quella di costruire una sintesi morfologica [figura A] degli aspetti che ci sembrano contraddistinguere in maniera più cogente l’attuale assetto del modello di rinnovamento delle cure primarie. Riprendendo il percorso analitico appena illustrato i temi che si dimostrano quali punti di forza del progetto emiliano-parmense della *Casa della Salute* sono rappresentati sostanzialmente da tre dimensioni:

1. la strategia regionale di investire sui Nuclei di Cure Primarie;
2. la ristrutturazione organizzativa della CdS quale elemento di continuità;
3. il ruolo della comunità locale rispetto al nuovo servizio di cure primarie.

Perché una costruzione possa godere di un buon livello di solidità è necessario che il terreno di edificazione risponda a precisi criteri di idoneità strutturale. Si tratta di un assunto di facile dimostrazione logica o, più semplicemente, di buon senso - eppure - non sempre ciò che sembra un obiettivo *teoricamente* semplice lo è anche *empiricamente*.

Nel nostro caso, invece, sembra esserlo.

Figura A



Infatti, in riferimento a tale illustrazione e partendo dall'analisi del versante "*Casa della Salute*", la preferenza della Regione Emilia Romagna di organizzare l'assistenza territoriale attorno al modello del Dipartimento e, quindi, dei Nuclei di Cure Primarie costituisce le fondamenta su cui erigere l'innovazione odierna. L'elemento caratterizzante la CdS sembra provenire proprio dalle sue radici storiche, dall'essere la *naturale* evoluzione del primogenito nucleo, da cui ha preso avvio il processo di ripensamento della medicina del territorio. È in seno ai NCP che si operano, infatti, le iniziali trasformazioni all'interno della categoria dei medici di medicina generale e, più genericamente, delle relazioni interprofessionali e multidisciplinari. Il lavoro di squadra all'interno del nucleo predispone al cambiamento culturale ed operativo dei vari soggetti coinvolti, rendendo possibile l'accettazione e la condivisione del progetto di sperimentazione del modello e, soprattutto, l'integrazione professionale. Accanto a questo aspetto c'è anche quello della formazione dei facilitatori di processo, che - senza dubbio - sembra agire da motore propulsivo la creazione del senso d'appartenenza ad unica realtà - la "casa" - vissuta dalle figure dello staff come innovazione *inevitabile*, ma *opportuna*.

Sul versante della comunità tutto questo confluisce in una sorta di benevolenza della cittadinanza rispetto alla ristrutturazione organizzativa rappresentata dalla Casa della Salute. La ri-funzionalizzazione della precedente struttura ospedaliera - sia di Colorno che di San Secondo - viene compresa e vissuta dai cittadini quale elemento di miglioramento e di ri-qualificazione del servizio sanitario locale ed, in tal senso, viene a rafforzare il legame affettivo delle persone verso la neonata *Casa della Salute*. Se il rapporto tra il nuovo servizio e le rispettive comunità è decisamente positivo, la rete dei servizi palesa evidenti fattori di criticità sul versante dell'ospedale. È qui che risiede il problema più evidente e rischioso per il successo complessivo del processo di rinnovamento delle cure primarie (e non solo). La decisione politica di creare ospedali d'eccellenza per la cura delle acuzie accanto ai quali potenziare il pilastro dell'assistenza territoriale può contenere effetti altamente distorsivi se tali livelli istituzionali persistono nella rispettiva autoreferenzialità e chiusura di sistema. *Ospedale e Casa della Salute* sono entità fra di loro scollegate e non comunicanti. Ecco, allora, che di fronte a tale reciproca estraneità il cittadino/utente si trova a dover provvedere, direttamente ed autonomamente, alla relazione con ciascuno dei due livelli di cura con risultati non troppo soddisfacenti in termini di continuità dell'assistenza e di qualità della vita in presenza di patologie invalidanti. Probabilmente la debolezza del legame tra Casa della Salute e livello ospedaliero è da attribuire alla brevità

temporale del progetto, che in quanto nella *fase di avvio* è ancora soggetto alla messa a punto delle sue componenti. Ciò non toglie, tuttavia, che la questione dell'integrazione istituzionale tra territorio ed ospedale rappresenta un settore di *oggettiva e consolidata* problematicità, che richiede logiche di intervento onnicomprensive anziché settoriali. In tal senso, il successo o l'insuccesso dell'esperienza della Casa della Salute non può essere collocato solo all'interno delle potenzialità del contesto parmense e del lavoro svolto entro i Nuclei di cure primarie; ciò significherebbe una lettura parziale del processo di rinnovamento, che seppur focalizzato sull'implementazione della sanità territoriale è tuttavia parte integrante di un tutto più ampio: il sistema di tutela della salute. Se in un futuro più o meno prossimo il legame tra cure primarie e secondarie mostrerà di essere il "legame debole" e "a maglie large" qual è oggi, sarà molto difficile intravedere i benefici assistenziali sottesi dal modello della "casa". Allo stato attuale del progetto, però, i piatti della bilancia appaiono in uno stato di sufficiente equilibrio tra fattori positivi e negativi come si desume dalla lettura dello schema elaborato sul modello della "*Swot analysis*", uno strumento con cui si è cercato di riassumere il rapporto tra punti di forza e di criticità, opportunità e minacce inerenti la Casa della Salute.

“SWOT ANALYSIS”:

<p>Punti di forza [<i>Strengths</i>]:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Storia pregressa: Nuclei di Cure primarie [NCP]; - Localizzazione: <i>sede unica</i> della Casa della Salute, da cui la nascita di un'identità comune e l'unitarietà d'approccio ai nuovi bisogni di salute. - Elemento della <i>creatività</i> quale elemento qualificante; - Approccio partecipativo [<i>bottom up</i>]; - Localizzazione: contesti a vocazione rurale; - La formazione dei <i>facilitatori di processo</i>: “catalizzatore” della presa di coscienza di un mutamento non più rinviabile e “occasione favorevole” per strutturare modalità relazionali cooperative e condivise; - Il ruolo della MG: <i>centralità dell'associazionismo</i> medico; recupero della matrice originaria della medicina generale: la <i>visione olistica della salute</i>; MG intesa quale “<i>core</i>” della Casa della Salute; - La figura del medico di famiglia: <i>pro-attivo</i>; parte integrante del SSN, <i>figura di regia</i> nel governo clinico dell'assistenza primaria; - Integrazione professionale: <i>ineluttabile</i>; <i>reale</i> anche se da migliorare; ruolo della salute mentale quale fattore di rinforzo per promuovere e sostenere una cultura collaborativa generalizzata; - Partecipazione comunitaria: <i>gestionale</i> (mondo del volontariato) segno di una maggior democratizzazione dei processi decisionali; <i>informativa</i> (da parte del singolo/utente). - Risposte personalizzate: la Casa della Salute facilita l'obiettivo della specificità delle risposte ed il criterio dell'appropriatezza clinica ed assistenziale. 	<p>Punti di debolezza [<i>Weakness</i>]:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Comunicazione informatizzata</i>: l'unitarietà assistenziale e di percorsi della “casa” non ha ancora una rete che possa consentire la condivisione trasversale delle azioni svolte all'interno dei singoli servizi. - Attuazione della <i>Promozione della Salute</i> in termini educazionali con impoverimento del concetto di <i>empowerment</i> “comunitario” nonché di <i>self-empowerment</i>; - Binomio <i>anzianità lavorativa-innovazione</i>: problema contenuto grazie al processo d'innovazione intrapreso con <i>l'associazionismo medico e l'istituzione dei NCP</i>; - Integrazione <i>Ospedale/Territorio</i>: fattore di elevata criticità per la mancanza di riconoscimento reciproco e totale assenza di comunicazione tra i due mondi; - <i>Percepito</i> da parte dell'utenza: rispetto alla qualità erogata dalla Casa della Salute c'è la convinzione degli operatori che gli utenti/cittadini non colgano il valore reale dei servizi offerti; - <i>Gestione delle risorse economiche</i>: necessità da parte dei professionisti di acquisire competenze finanziarie-manageriali per la gestione del budget della “casa”; necessità avvertita in modo particolare dai MMG in quanto attori del governo clinico dell'assistenza primaria.
<p>Opportunità [<i>Opportunities</i>]:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La <i>Casa della Salute</i> non rappresenta solo un modello di ri-organizzazione dell'assistenza territoriale quanto piuttosto la sede della “cura” dello stato di benessere delle persone; - Restituisce <i>centralità e profondità</i> al concetto di “salute” sia in termini di promozione che di recupero della stessa; - Integrazione tra <i>care formale ed informale</i>: la casa viene vista come strumento di sviluppo di tale tipo di integrazione sia per le caratteristiche intrinseche al modello che per i valori di fondo perseguiti dal legislatore (partecipazione della cittadinanza <i>attiva e consapevole</i> circa i temi della salute/malattia); - Integrazione <i>socio-sanitaria</i>: è ancora un “work in progress”, ma possiede tutti gli elementi per far sperare al raggiungimento dell'obiettivo, tra questi la collaborazione effettiva tra Azienda ed Enti locali per la realizzazione delle “case” (fattore di rinforzo) e l'inclusione permanente dei servizi sociali (assistente sociale) entro la struttura; - <i>Ospedale di comunità</i>: altro elemento di rinforzo per l'integrazione socio-sanitaria. Tipologia assistenziale erogata dalla Casa della Salute e dai medici di MG; - <i>Gestione economico-finanziaria</i> della “casa”: gestione complessiva dei casi; ricomposizione delle prestazioni. 	<p>Minacce [<i>Threats</i>]:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Integrazione tra cure primarie e cure secondarie</i>: fattore di elevato rischio in prospettiva della continuità assistenziale tra i due livelli (outcomes di salute) e per la realizzazione del secondo pilastro della salute che non sia solo fine a se stesso. Allo stato odierno tale integrazione non esiste così che si potrebbe vedere perpetuata la tendenza italiana dei buoni propositi di natura teorica piuttosto che pratica. La minaccia è connessa al futuro <i>dell'assistenza sanitaria nel suo complesso</i> a causa di livelli di cure tra di loro non comunicanti, affatto collaborativi e “chiusi” nella reciproca autoreferenzialità.

Cap. 8 - Le “Case” dal punto di vista degli utenti: risultati di un questionario^[376]:

Il questionario rivolto all’utenza ha avuto come obiettivo principale quello di indagare l’area delle *attese* nei riguardi della Casa della Salute, la *percezione* circa le innovazioni introdotte - o meno - dal nuovo modello assistenziale e le *rappresentazioni* che scaturiscono dall’esperienza diretta dei servizi erogati dalla struttura. Per la distribuzione dello strumento non è stato effettuato alcun tipo di campionamento rappresentativo dell’intera popolazione, dal momento che la finalità primaria è stata quella di offrire una sorta di piccola rilevazione “pilota” sulle aspettative delle persone piuttosto che produrre generalizzazioni. Il periodo di raccolta dei questionari si è svolto nell’arco temporale di due mesi e, più precisamente, dal mese di agosto fino a quello di settembre 2012.

Il questionario si compone complessivamente di ventisei quesiti, gran parte dei quali di tipo strutturato, anche a risposta multipla, ed una sola domanda “aperta”. Il numero totale dei questionari raccolti è stato 128, di cui 69 dalla “casa” di San Secondo ed i restanti 59 da quella di Colorno. Sotto il profilo analitico l’intento perseguito è stato duplice: da un lato, si è voluto ricavare la *fotografia* degli aspetti caratterizzanti le due strutture, dall’altro, si è proceduto alla *comparazione* delle stesse per coglierne affinità e/o dissomiglianze.

8.1 - Caratteristiche socio-anagrafiche

Per quanto concerne l’anagrafica degli utenti intervistati nelle nostre due “case” i dati raccolti hanno fornito scenari in gran parte simili con qualche eccezione. Infatti, sia a Colorno che a San Secondo il target dei rispondenti si connota per essere composto in maggioranza da persone di sesso *maschile* e nella posizione di “*paziente*”.

Più dettagliatamente, nella struttura di Colorno gli uomini rappresentano il 55,9% del nostro gruppo rispetto al 44,1% delle donne e la fascia d’età più rappresentata è quella “*adulta*” compresa tra i 46-60 anni (41,4%) seguita dalla fascia “*anziana*” dei 61-75 anni (31%). A San Secondo l’utenza maschile è pari al 60,9% di contro a quella femminile pari

³⁷⁶ La “base dati” da cui sono tratte tutte le elaborazioni è scaricabile al seguente link:
<https://docs.google.com/file/d/0BzzUSaGVlWmuZ1NwC2Z3MjR6VFU/edit>
Tabelle e grafici: <https://docs.google.com/file/d/0BzzUSaGVlWmua3BqcGpOYWFKaFU/edit>
Questionario: <https://docs.google.com/file/d/0BzzUSaGVlWmua3BqcGpOYWFKaFU/edit>

al 39,1% e le fasce d'età d'appartenenza sono quelle dei "giovani adulti" (31-45 anni) equivalente al 35,8% e degli "adulti" (46-60 anni) con il 32,8% dei rispondenti.

Tab. 1 "Genere di appartenenza e fasce d'età"

Genere	San Secondo (v.a. e %)		Colorno (v.a. e %)	
Femminile	27	39,1	26	44,1
Maschile	42	60,9	33	55,9
Totale	69	100,0	59	100,0

Fascia d'età	San Secondo (v.a. e %)		Colorno (v.a. e %)	
<=30	2	3,0	1	1,7
31-45	24	35,8	10	17,2
46-60	22	32,8	24	41,4
61-75	16	23,9	18	31,0
>=75	5	7,5	6	10,3
Totale	67	100,0	58	100,0

Sulla base di queste prime rielaborazioni appare subito una *discrepanza*.

E, cioè, in riferimento ai dati anagrafici Istat - aggiornati al dicembre 2010³⁷⁷ - il bacino di utenza della Casa della Salute di San Secondo registra un livello d'invecchiamento maggiore del bacino della "casa" di Colorno mentre, dalla nostra fotografia, emerge una fisionomia opposta: è quest'ultimo bacino d'utenza ad essere più vetusto dal punto di vista dell'età dei rispondenti il questionario.

Occorre precisare che la messa in evidenza di tale difformità non va assunta come *significatività statistica*, dal momento che non è stato fatto alcun genere di campionamento ai fini della somministrazione del questionario e, pertanto, il gruppo dei rispondenti non può essere considerato *rappresentativo* della popolazione generale. Si tratta, pertanto, di un certo numero di frequentanti le case che rispecchia l'utenza che si è presentata nei servizi in un determinato periodo di tempo.

Pur non rispettando i pesi assoluti nella popolazione territoriale, si può ritenere che le opinioni siano presenti in una certa fascia di popolazione che ha avuto contatti col servizio stesso e quindi, in termini esplorativi, ci diano un quadro delle opinioni presenti in una determinata comunità territoriale.

Le persone che hanno aderito alla nostra indagine sono in grande maggioranza di nazionalità italiana³⁷⁸, si sono dichiarati "pazienti" - 92,8% a San Secondo e 71,2% a

³⁷⁷ Si veda il Capitolo sesto, paragrafo 6.4.1

³⁷⁸ Solo due persone - su 128 questionari - hanno dichiarato nazionalità straniera e, più precisamente, rumena (Colorno) e moldava (San Secondo).

Colorno - e risiedono in comuni non tutti afferenti al territorio di pertinenza³⁷⁹ delle nostre strutture.

Tab. 2 “Chi risponde al questionario”

	San Secondo (v.a. e %)		Colorno (v.a. e %)	
Familiare	4	5,8	17	28,8
Paziente	64	92,8	42	71,2
Altro	1	1,4	0	0,0
Totale	69	100,0	59	100,0

Anche in questo secondo gruppo di dati l'elemento particolare che può essere colto, nonostante non sia stato costruito il “campione” della popolazione, concerne il bassissimo numero di rispondenti “*stranieri*” rispetto al flusso migratorio che caratterizza sia il territorio della “casa” di Colorno (16,8%) che quello di San Secondo (11,6%), territori che hanno tassi di concentrazione straniera tra i più elevati della provincia.

Rispetto all'item “*comune di residenza*” viene confermato il principio secondo il quale la Casa della Salute è una struttura *aperta*, che deve accogliere l'utenza sulla base di quelle che sono le proprie necessità di salute/malattia.

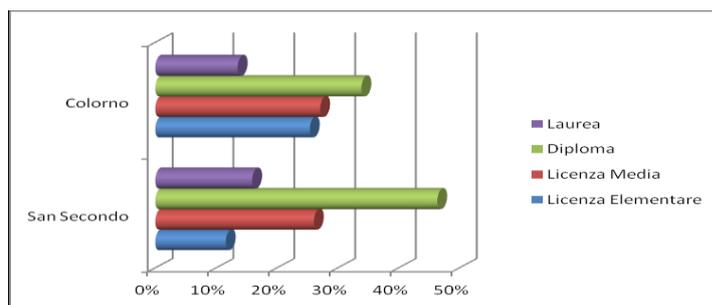
Dal confronto tra sede di residenza e sede della struttura, infatti, è emerso che molti dei soggetti che hanno compilato il questionario non appartenevano al bacino *ufficiale* della “casa” ratificando quanto dichiarato dai nostri intervistati - le figure apicali e professionali - circa l'inesistenza di “mura di cinta” tra “case” e loro professionisti.

Lo stesso logo, d'altronde, raffigura una casa senza alcuna porta a sottolineare la garanzia di accesso all'assistenza/cura più qualificata a fronte del problema di salute rilevato (es. il trattamento del “piede diabetico” è un'eccellenza della casa di Colorno).

Per quanto riguarda il *titolo di studio* si ha una lieve differenza tra il livello di istruzione del gruppo di San Secondo rispetto al gruppo di Colorno come si evince dal grafico A.

³⁷⁹ Ad esempio diverse persone hanno dichiarato di risiedere nel Comune di Parma, mentre altri nei comuni di Salsomaggiore, Fidenza, Fontanellato, Collecchio, Busseto, Montignana, San Polo, Triconelli, ecc.

Grafico A: "Titolo di studio"



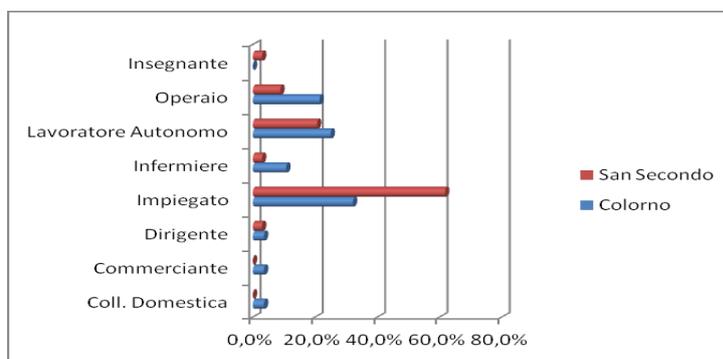
Il titolo di studio più conseguito dai rispondenti di entrambi i gruppi è il diploma di scuola secondaria superiore (46,4% a San Secondo e 33,9% a Colorno), a cui fanno seguito la licenza di scuola media (26,1% e 27,1% rispettivamente) e, quindi, la laurea (15,9%) per la "casa" di San Secondo mentre per Colorno la licenza elementare (25,4%).

A livello di *condizione lavorativa* il gruppo più numeroso è formato dagli "occupati", che ottiene il 59,4% a San Secondo ed il 51% a Colorno; il settore occupazionale prevalente è quello "impiegatizio" con il 61,8% e il 32% e, in scala decrescente, il "lavoro autonomo" con il 20,6% ed il 25% ed il "lavoro da operaio" 8,8% e 21,4%. Subito dopo gli "occupati" ci sono i "pensionati" con percentuali pari al 30,4% per San Secondo e al 40,7% per Colorno.

Tab. 3 "Condizione lavorativa"

	Colorno (n.a. e %)		San Secondo (n.a. e %)	
Occupato	30	50,8	41	59,4
In cerca occupazione	2	3,4	1	1,4
Pensionato	24	40,7	21	30,4
Casalinga	3	5,1	6	8,7
Totale	59	100	69	100

Grafico B: "Settore d'occupazione"



Tirando le somme delle caratteristiche fin qui delineate possiamo ribadire quanto detto all'inizio del paragrafo e, cioè, che le due popolazioni presentano una fisionomia socio-anagrafica abbastanza rassomigliante con qualche lieve differenza. Entrambi i gruppi sono costituiti in maggioranza da rispondenti *italiani, uomini*, nel ruolo di *pazienti* e, sotto il profilo lavorativo, *occupati*. Questo l'identikit comune che, tuttavia, presenta anche disomogeneità. La prima concerne il fattore età e, difatti, il gruppo di Colorno si connota per essere più anziano, appartenendo alle fasce d'età "*adulta*" ed "*anziana*", rispetto al gruppo di San Secondo i cui rappresentanti sono, invece, "*giovani adulti*" ed "*adulti*". La maggior senilità di Colorno trova conferma nella rappresentanza dei "*pensionati*" che sono pari al 40,7% vs. il 30,4% dei rispondenti di San Secondo. Un altro elemento di differenziazione è costituito dal livello d'istruzione, che è maggiore nella popolazione di San Secondo (diploma superiore e laurea) rispetto a quella di Colorno (diploma superiore e licenza elementare). Infine, dal punto di vista del settore occupazionale entrambi i gruppi dichiarano di appartenere soprattutto all'area degli "*impiegati*"; ciò nonostante - anche in questo caso - si registrano difformità relativamente ad altri settori d'impiego.

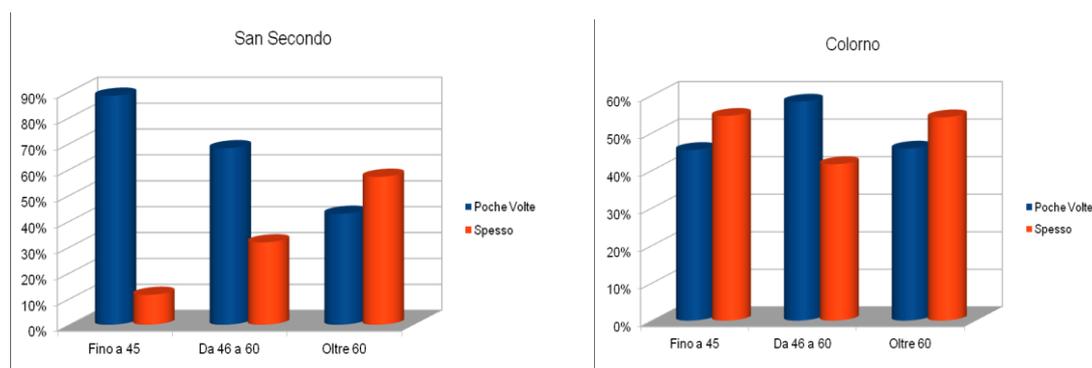
Infatti nel gruppo di San Secondo ai colletti bianchi (61,8%) seguono a grande distanza i lavoratori autonomi (20,6%) e, quindi, un numero ristretto di operai (8%); in quello di Colorno la distribuzione è più omogenea e le distanze tra settori risultano meno divaricate e, più precisamente, gli impiegati rappresentano il 32%, i lavoratori autonomi il 25% e gli operai il 21,4%.

8.2 - La "Casa della salute": frequentazione e conoscenza

Proseguendo l'analisi dei dati secondo l'ordine cronologico³⁸⁰ dei quesiti proposti si ottiene che la maggioranza dei rispondenti si recano presso le due strutture "*Poche volte, all'occorrenza*": 68,1% San Secondo e 50,8% Colorno. Coloro che vi accedono "*Spesso*" - il 31,9% ed il 49,2% - dichiarano di accedervi per problemi di salute cronici o per follow-up e rispetto all'incrocio tra le variabili "*frequenza di accesso*" ed "*età*" [grafico c] si ottiene una correlazione lineare per il gruppo di San Secondo mentre non emerge alcuna incidenza per quello di Colorno.

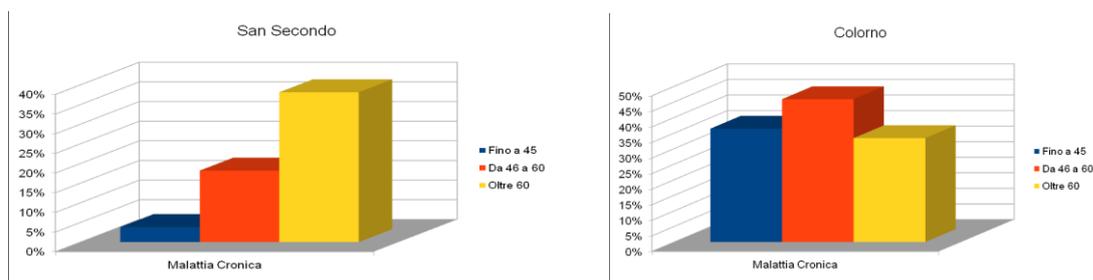
³⁸⁰ Gli interrogativi di tipo socio-anagrafico sono stati posti alla fine del questionario [dom. 20-26].

Grafico C: "Fascia d'età x frequenza"

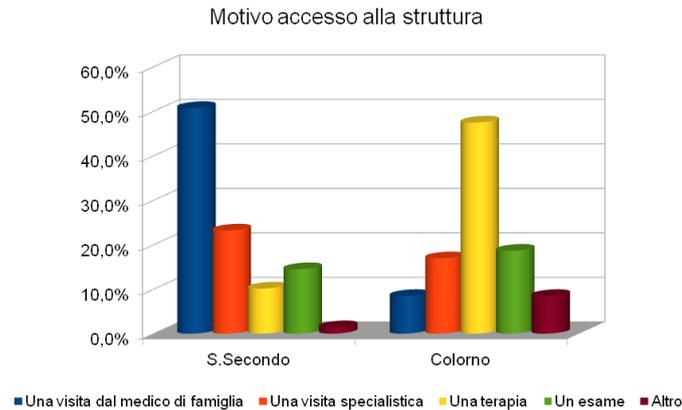


Incrociando gli items "età" e "presenza di cronicità" [dom.11] si ricava un andamento simile. E difatti, se nella "casa" di San Secondo si ottiene anche in questo caso una correlazione diretta tra aumento dell'età e presenza di una patologia cronica, nella struttura di Colorno tale correlazione non si ottiene, tanto è vero che la presenza di cronicità si concentra maggiormente nella fascia d'età centrale "46-60 anni".

Grafico D: "Fascia d'età x presenza cronicità"



Pertanto, se per il gruppo di San Secondo la risposta "spesso" si correla in modo proporzionale all'invecchiamento e alla presenza di una patologia cronica, per il gruppo di Colorno la maggior frequentazione della struttura sanitaria è connessa solo alla gravità della malattia. La domanda n.2 del questionario chiedeva il "tipo di prestazione" fruita in quel giorno e dall'elaborazione dei dati raccolti è emerso che i due gruppi si differenziano significativamente: a San Secondo prevale nettamente "una visita dal medico di famiglia" (50,7%) mentre a Colorno "una terapia" (47,5%), prestazione quest'ultima che a San Secondo ottiene solo il 10,1%; la percentuale della visita dal medico di MG nella sede di Colorno è dell'8,4%.



I valori numerici ottenuti dall'elaborazione dei questionari non rispecchiano le prestazioni *effettivamente* erogate dalle due "case", ma equivalgono a quelle di cui hanno fruito le persone del nostro gruppo di rispondenti.

A questa nota va aggiunto il fatto che - nonostante i questionari siano stati distribuiti ai servizi specialistici, alla medicina generale nonché ai centri di cura e riabilitazione - la raccolta non poteva essere *equamente* calibrata, in quanto legata alla volontà dei vari utenti di aderire o meno all'indagine.

Si è chiesto poi il grado di conoscenza dei servizi fruibili all'interno della CdS [dom.3] da cui è affiorato che il gruppo dei rispondenti si divide in maniera pressoché simile tra chi "*conosce bene*" ciò di cui può fruire (47,5%) e chi "*non ne ha una conoscenza adeguata*" (49,2%) per la sede di Colorno mentre il divario aumenta (55,1% il primo item e 44,9% il secondo) per quella di San Secondo.

L'incrocio di questa domanda con la variabile "*frequenza d'accesso*" come presumibile, evidenzia in entrambe le "case" un rapporto di linearità tra il numero di accessi ed il tipo di conoscenza dei servizi: tanto maggiore è la prima variabile tanto migliore è la seconda.

Tab. 4 "*Frequenza accesso x Conoscenza prestazioni*"

		Conoscenza	
		Non Bene %	Bene %
San Secondo	Poche Volte	59,6	40,4
	Spesso	45,5	54,5
Colorno	Poche Volte	70,0	30,0
	Spesso	29,6	70,4

Interpellati su come poter migliorare la conoscenza circa la Casa della Salute, il "range" delle risposte si distribuisce in modo differente rispetto alle due realtà sanitarie.

A San Secondo dichiarano utile “*disporre di uno sportello informatico ad hoc*” (21,7%) quasi a pari merito con “*organizzare incontri con la cittadinanza*” (20,3%) e, quindi, “*ricevere informazioni dal medico di famiglia*” (13%); a Colorno è il medico di MG ad essere la fonte informativa privilegiata (39%) a cui segue lo sportello (25,4%) ed, infine, gli incontri con i cittadini (5,1%). Per indagare se la CdS influenzi le pratiche di accesso al Pronto Soccorso (PS) è stata posta la dom.5 da cui è emerso che il ricorso al PS continua ad essere prevalentemente su “*iniziativa personale*”, 45,2% San Secondo e 56,5% Colorno, o su “*invio del medico di famiglia*”, 22,6% e 26,1%; uno scostamento significativo fra i due gruppi si ha circa l’ “*invio su richiesta del medico specialista*” che a San Secondo riguarda un intervistato su tre (32,3%) mentre a Colorno neppure uno su sette (13%). Il quesito n.6 ha inteso cogliere i motivi che hanno indotto ad andare al PS su decisione personale anziché dietro consultazione medica ed, al riguardo, i due gruppi si distinguono abbastanza chiaramente: mentre a San Secondo viene detto di nutrire una *maggiore fiducia* nei confronti dei professionisti (38,4%) e della struttura ospedaliera (23,8%), a Colorno - oltre alla preferenza ed alla fiducia verso l’ospedale (37,5%) ed i suoi operatori (12,5%) - si ha un 37,5% dei rispondenti che ammettono di averlo fatto perché “*non a conoscenza dell’assistenza continua offerta dalla CdS*”. In base ai nostri due gruppi, quindi, sembra che la “*casa*” non sia ancora in grado di influire sulle modalità di ingresso al PS.

Ricapitolando i passaggi essenziali del quadro fin qui disegnato si può sostenere che per ciò che riguarda la frequentazione della struttura e la conoscenza dei servizi erogati si rilevano varie disomogeneità tra le due case. Una di queste riguarda l’uso della CdS, o meglio, la *necessità di accedervi* per le proprie condizioni di salute, condizioni che a San Secondo si cronicizzano con l’avanzare dell’età, da cui la maggior frequentazione della struttura; di contro, nel gruppo di Colorno, il fattore età non incide sul numero di accessi che, invece, risulta essere correlato alla variabile “*cronicità*”. Una seconda differenza è connessa ai motivi sottostanti l’accesso al PS su iniziativa personale, che se a San Secondo è principalmente dovuta alla credenza che “*in ospedale si è curati ed assistiti in modo migliore ed i medici sono più preparati*” a Colorno - invece - c’è un’equa distribuzione tra questa motivazione e la “*non conoscenza dell’assistenza continua offerta dalla CdS*”. In qualche modo il gruppo di Colorno viene a corroborare l’opinione emersa nell’analisi qualitativa secondo la quale la CdS non è ancora un realtà sanitaria perfettamente conosciuta dai cittadini e che, pertanto, occorrerebbe un maggior investimento sulla *comunicazione verso l’esterno*.

Sempre in relazione al tema dell’accesso al Pronto Soccorso un’altra particolarità “*distintiva*” i nostri casi di studio concerne la *figura medica* di invio al PS; difatti, rispetto a

coloro che dichiarano di esservi recati dietro “decisione medica” si ottiene che nel gruppo di San Secondo si tratta soprattutto del medico specialista (32,3% vs 22,6% del medico di MG) mentre in quello di Colorno è l'opposto (26,1% medico MG vs 13% del medico specialista). Tale particolarità, che non ha rilievo in senso statistico ma solo in senso descrittivo, si ritrova anche in merito alla dom. 4 che chiedeva quale potesse essere un utile strumento per ampliare la conoscenza dei servizi erogati dalla CdS; al riguardo il gruppo di San Secondo indica la presenza di uno specifico sportello informativo (21,7% vs 13% del medico MG), mentre, il gruppo di Colorno propende maggiormente a favore della figura del medico di famiglia (39% vs 25,4% dello sportello).

Si tratta, come più volte ribadito, di dettagli di natura “ritrattistica” che tuttavia denotano la peculiarità del gruppo dei rispondenti le nostre due “case”.

8.3 - La valutazione delle “case” sotto il profilo organizzativo

Con il quesito n.7 si è entrati nella valutazione della “casa” in senso *organizzativo*, aspetto che si è inteso indagare sia in senso *generale* [dom.7-8], ovvero, per tutti coloro che accedono alla struttura indipendentemente dalla gravità delle proprie condizioni di salute, sia in merito alla *presa in carico delle cronicità* [dom. 9-11].

Circa l'aspetto “generale” gli items proposti vertevano sui tempi di attesa e l'iter d'accesso alle prestazioni, sulla frammentarietà o meno dei servizi necessari per rispondere alla propria domanda di salute, sull'integrazione intra-territoriale (tra servizi ed operatori) e su quella inter-territoriale (con l'ospedale).

Si è cercato di proporre i temi da esaminare con termini non tecnici, evitando parole che potessero risultare incomprensibili ai non addetti ai lavori o, comunque, a persone di una certa fascia d'età e/o con un livello di scolarità medio-basso.

Difatti, il contesto sociale dei nostri “casi di studio” - al di là delle caratteristiche che sono emerse dal gruppo dei rispondenti - si connota per essere di tipo rurale, con una buona fetta della popolazione over 65 anni e con flussi immigratori importanti.

Dall'elaborazione dei dati si evidenzia un giudizio complessivo di *miglioramento* di ciascuno degli aspetti proposti in entrambi i gruppi come si evince dalla tabella successiva.

Tab. 5 “La valutazione della CdS sotto il profilo dell’organizzazione”

<u>San Secondo %</u>	Tempi di attesa	Prenotazione	Collocazione sul territorio	Coordinamento	Comunicazione tra operatori	Contatti con Ospedale
Peggiorati	1,4	1,4	1,4	1,4	2,9	2,9
Identici a prima	18,8	31,9	14,5	10,1	11,6	29,0
Migliorati	50,7	46,4	59,4	66,7	63,8	46,4
Ottimizzati	21,7	10,1	11,6	10,1	7,2	7,2
Non so dire	4,3	5,8	5,8	5,8	10,1	8,7
Non risponde	2,9	4,3	7,2	5,8	4,3	5,8
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

<u>Colorno %</u>	Tempi di attesa	Prenotazione	Collocazione sul territorio	Coordinamento	Comunicazione tra operatori	Contatti con Ospedale
Peggiorati	1,7	1,7	3,4	0,0	1,7	0,0
Identici a prima	16,9	11,9	10,2	10,2	8,5	8,5
Migliorati	50,8	49,2	44,1	44,1	42,4	42,4
Ottimizzati	6,8	8,5	6,8	5,1	13,6	10,2
Non so dire	10,2	10,2	13,6	18,6	13,6	16,9
Non risponde	13,6	18,6	22,0	22,0	20,3	22,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Nonostante il miglioramento generale percepito dai rispondenti si evidenziano, comunque, delle differenze. A San Secondo spicca quello relativo all’*integrazione tra servizi ed operatori* mentre a Colorno quello dell’*organizzazione dell’iter di accesso alle prestazioni*.

Per rappresentare in maniera omogenea le risposte ricavate è stato ritenuto utile eliminare i dati del “non risponde” e di aggregare le risposte in due macrocategorie:

- ✓ “non migliora”, che somma “peggiorati” ad “identici a prima”;
- ✓ “migliora”, che aggrega “migliorati” ed “ottimizzati”.

Da cui i seguenti dati:

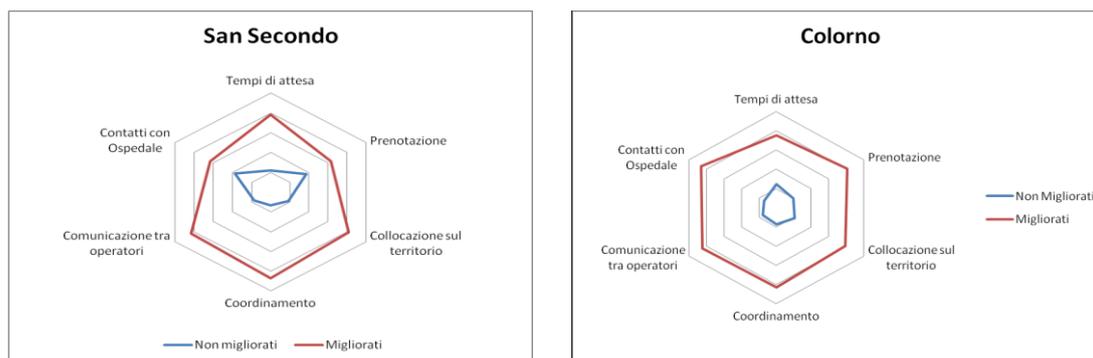
Tab. 6 “La valutazione della CdS sotto il profilo dell’organizzazione: dati aggregati”

<u>San Secondo %</u>	Tempi di attesa	Prenotazione	Collocazione sul territorio	Coordinamento	Comunicazione tra operatori	Contatti con Ospedale
Non migliorati	21,9	37,1	18,3	13,1	16,9	37,3
Migliorati	78,1	62,9	81,7	86,9	83,1	62,7
Totale	100	100	100	100	100	100

<u>Colorno %</u>	Tempi di attesa	Prenotazione	Collocazione sul territorio	Coordinamento	Comunicazione tra operatori	Contatti con Ospedale
Non Migliorati	24,4	19	21,1	17,1	15,4	13,9
Migliorati	75,6	81	78,9	82,9	84,6	86,1
Totale	100	100	100	100	100	100

Osservando le tabelle relative alle due “case” si conferma la *percezione del miglioramento* che, tuttavia, ottiene anche qualche piccolo cambiamento rispetto ai dati non aggregati ed, infatti, a San Secondo troviamo confermata la percezione di un maggior miglioramento dell’unitarietà dei servizi e dell’integrazione professionale mentre a Colorno l’ago si sposta più a favore dell’integrazione professionale e con l’ospedale.

Grafico E: “La valutazione della CdS sotto il profilo dell’organizzazione: dati aggregati”

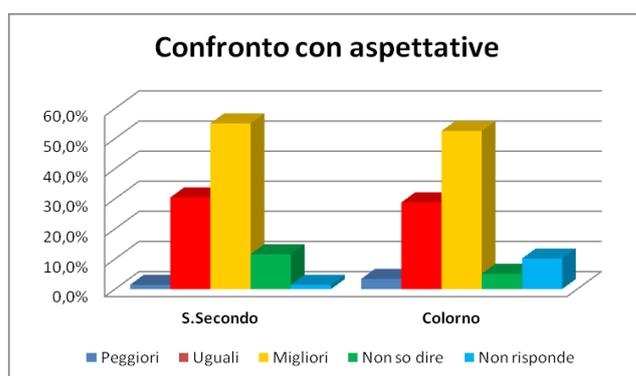


Le debolezze da recuperare sono - a San Secondo - il percorso di prenotazione ed i contatti con l’ospedale, a Colorno, invece, i tempi di attesa e la collocazione dei servizi sul territorio. Sotto il profilo organizzativo, pertanto, si evidenziano margini di sviluppo per la qualità erogata dalla “Casa della Salute” soprattutto sotto il profilo dell’*unitarietà dei servizi*, percepiti ancora con qualche problema di collocazione e frazionamento, e dell’*integrazione tra territorio ed ospedale*. A quest’ultimo proposito il gruppo di Colorno manifesta, invece, un gradimento decisamente positivo (86,1% coloro che li dichiarano “migliorati”) che apre un interrogativo rispetto al “pessimismo” manifestato dai professionisti del territorio e, cioè, *il miglioramento percepito dai rispondenti deriva da una pessima situazione precedente, oppure, è foriera di un cambiamento in corso pur se troppo “lieve” per essere percepito anche dai professionisti delle cure primarie?*

La dom.8 mirava a cogliere lo scarto tra *quanto esperito sul campo* (CdS) e *le attese* prima della fruizione del nuovo modello assistenziale. Metodologicamente sarebbe stato corretto indagare prioritariamente sul tipo di aspettative avute dal gruppo dei rispondenti, poiché quando si operano dei cambiamenti³⁸¹ possono generarsi paure o speranze rispetto al nuovo che deve venire; timori e/o desideri che inevitabilmente influiscono sul livello e sul

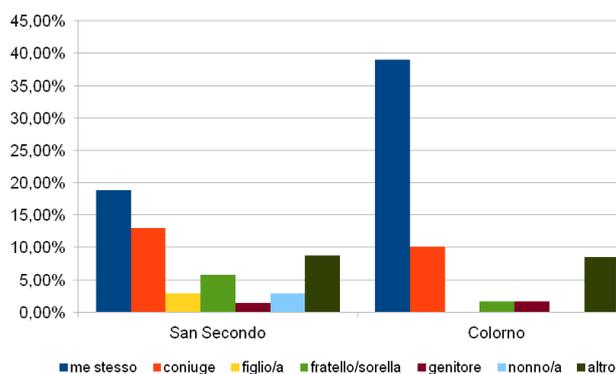
³⁸¹ Un esempio eclatante è dato dalla chiusura o spostamento di strutture sanitarie come il Pronto Soccorso o un intero ospedale. L’opinione pubblica spesso si divide tra favorevoli o contrari e la stampa spesso dà eco alla polemica influenzando sulle aspettative, positive o negative, dei cittadini. Il passaggio dal discorso “teorico” alla realtà dei fatti può modificare l’*atteso negativo in positività* (e viceversa), qualora il servizio ricevuto sia migliore (o peggiore) di quello che si presumeva essere.

tipo delle attese. Tale passaggio non è stato fatto, perché - come già emerso dal capitolo precedente - le “case” oggetto della nostra indagine sono frutto della ri-funzionalizzazione delle strutture sanitarie precedenti (ex-ospedale e polo sanitario) e la cittadinanza non ha vissuto tale fatto come una “chiusura di qualcosa” ed “apertura di qualcos’altro”, ma come continuità. I risultati ricavati dalle risposte confermano la percezione del miglioramento operato dalla “casa” in entrambe le strutture; oltre il 50% del gruppo dei partecipanti le ha trovate migliorate, il 30% come se le attendeva mentre è del tutto residuale la percentuale di chi le ha viste deluse 1% (San Secondo) e 3% (Colorno).



Per ciò che concerne la valutazione della *presa in carico delle cronicità* offerta dalle due “case” si è dapprima chiesto se in famiglia vi fossero persone affette da tale tipo di malattia ed, eventualmente, di indicare “chi” fosse (lo stesso rispondente il questionario, oppure). Il 53% del gruppo dei rispondenti della sede di San Secondo hanno dichiarato di avere in famiglia casi di cronicità ed il 19% ha identificato “me stesso” come malato cronico; a Colorno rappresentano il 61% coloro che dichiarano la presenza di malattie croniche in famiglia e sono il 39% i soggetti che scelgono l’opzione “me stesso” [grafico F].

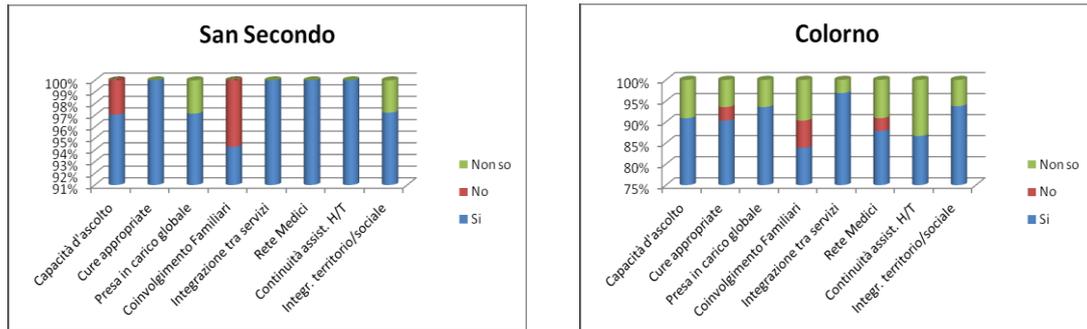
Ergo: se i due gruppi si equivalgono rispetto alla presenza di malattie croniche entro la rete familiare (53% vs 61%), la distribuzione muta notevolmente rispetto al “me stesso” (19% vs. 39%). *Grafico F: “Identificazione paziente cronico”*



Circa la dom. 10 va detto che è stata formulata nell'ottica di valutare ciò che, rispetto agli aspetti assistenziali che *si ritiene appropriati offrire* a chi è affetto da una patologia cronica, viene *nel concreto erogato* dalle nostre strutture [dom.11].

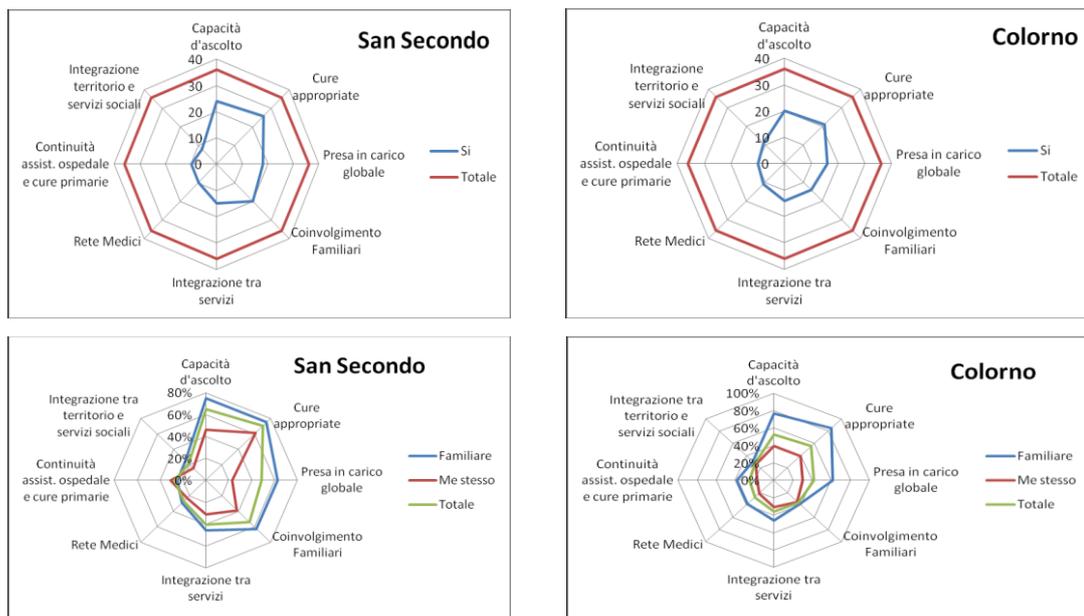
In tal senso sono quesiti che sono stati rivolti limitatamente a chi - direttamente o tramite un familiare - ha avuto esperienza delle prestazioni erogate dalle nostre strutture.

Grafico G: "Che cosa dovrebbe essere offerto ad un malato cronico"



Come si evince dal grafico - e come era presumibile - il gruppo dei rispondenti ritiene importanti tutti gli aspetti indicati con qualche lieve differenza tra San Secondo e Colorno circa la percentuale dei "non so" (0,4% vs 4,2%). Dopo il livello dell' "opinione" si è, quindi, passati ad analizzare quello della "praxis", i cui dati sono stati elaborati dapprima in modo generale e poi differenziando le risposte a seconda dell'essere "paziente" oppure "familiare".

Grafico H: "Che cosa viene offerto dalle nostre case ad un malato cronico"



A livello complessivo si può notare che non esistono grandi differenze di giudizio né rispetto alle “case” né rispetto alla distinzione tra “paziente” e “familiare”.

Difatti, i “punti di forza” di entrambe le strutture - con lievi differenze in % - sono rappresentati da quattro fattori quali:

- *capacità di ascolto* dei professionisti circa i problemi di salute del malato;
- *appropriatezza delle cure*;
- *presa in carico globale*;
- *coinvolgimento della famiglia*.

Le criticità su cui intervenire sono, invece, rappresentate da:

- *continuità assistenziale tra ospedale e cure primarie*;
- *rete dei medici*;
- *integrazione tra territorio e servizi sociali*;
- *integrazione tra servizi*.

Molto simile il quadro che emerge rispetto alla distinzione “malato cronico”/ “familiare di un malato cronico”, in quanto i vertici positivi della ragnatela sono concentrati in entrambi i casi sul versante della capacità d’ascolto, della presa in carico, dell’appropriatezza delle cure e del coinvolgimento della famiglia. A quest’ultimo riguardo, tuttavia, nella casa di San Secondo si evidenzia un certo scostamento tra il gruppo dei pazienti e quello dei familiari, il quale esprime un gradimento più elevato dell’item (63%) rispetto al gruppo degli ammalati (38%); a Colorno tale rapporto si mostra più omogeneo (38% familiari vs. 35% pazienti). In merito al tema della *cronicità*, quindi, la qualità percepita dagli utenti è maggiore se posta in relazione alle prestazioni ed alla gestione della patologia *entro i confini* della “casa” mentre palesa varie problematicità se ci si sposta all’*esterno*, ospedale e/o servizi sociali che siano.

In questa seconda luce va rilevata la dissonanza tra il *percepito* dell’utenza e quello dei testimoni intervistati nella *fase qualitativa* della ricerca i quali, seppur concordi circa la totale incomunicabilità tra cure primarie e secondarie, vedono nell’integrazione socio-sanitaria non un punto di debolezza quanto invece di forza³⁸², anche se migliorabile. Di contro, per il nostro gruppo di utenti la qualità percepita al di fuori del tetto delle due “case” mostra ancora svariate lacune sia sotto il profilo della *gestione integrata dei percorsi di cura ed assistenza*

³⁸² Una volta entrate “a regime” in entrambe le case sarà offerta e garantita la *presenza continuativa* dell’assistente sociale, oggi presente solo in alcuni giorni della settimana. Accanto a questo fattore la dirigenza dell’Azienda sanitaria di Parma ha sottolineato più volte, nel corso dell’intervista, il coinvolgimento e la forte partecipazione al progetto della “Casa della Salute” degli Enti locali, intesi come *aspetto qualificante* il processo di avvio e realizzazione del piano programmatico come pure *predisponente* la collaborazione tra il settore sanitario e quello sociale.

(ospedale e territorio) che di *comunicazione/interazione tra operatori e servizi* di differenti livelli istituzionali (rete dei medici “ospedalieri e territoriali” ed integrazione tra sanità e sociale).

Pertanto, volendo tirare le somme di questa prima parte di valutazione *organizzativa* delle nostre strutture, gli elementi di spicco trovano collocazione in base a due differenti punti di osservazione: quello dell’utenza in generale (gruppo dei rispondenti tout court) e quello dell’utenza con esperienza, diretta ed indiretta, di malattie croniche.

Rispetto alla “visione generale” c’è la percezione di un miglioramento organizzativo sia in termini del *percorso di accesso alle prestazioni* (vedi: tempi di attesa ed iter di prenotazione di visite ed esami) che *dell’unitarietà dei servizi e dell’integrazione professionale* (vedi: collocazione dei servizi sul territorio, collaborazione tra gli stessi e comunicazione tra vari operatori).

Resta quale fattore di debolezza il rapporto tra territorio ed ospedale.

Secondo il punto di osservazione connesso alla “cronicità”, sia nel ruolo di paziente che di familiare, si manifesta un giudizio decisamente positivo per tutto quel che concerne l’*organizzazione interna* alle “case” (vedi: presa in carico globale, appropriatezza delle cure, capacità d’ascolto dei professionisti, coinvolgimento della famiglia) mentre *la continuità assistenziale* (vedi: cure primarie e secondarie) le *interrelazioni istituzionali e professionali* (vedi: sanità e sociale) sono percepite quali aree di notevole problematicità.

Si può, dunque, sostenere che il punto d’intersezione tra *valutazione complessiva del gruppo e valutazione connessa alla cronicità* è ravvisabile nell’eguaglianza di giudizio:

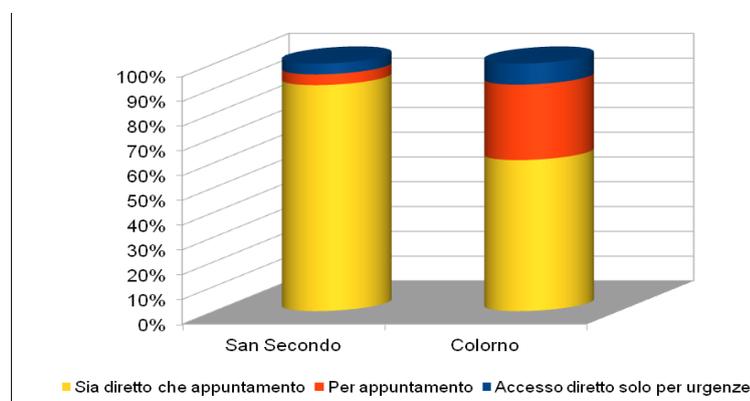
- ✓ *positivo* rispetto alla “casa” intesa come organizzazione sanitaria a se stante. In tale prospettiva la valutazione propende a favore di un miglioramento che riguarda sia l’*organizzazione/gestione integrata* della “presa in carico” che la *qualità delle relazioni* tra pazienti/famiglie ed operatori.
- ✓ *critico/negativo* rispetto alla “casa-nel-suo-contesto”. Qui permangono ancora difficoltà relazionali tra professionisti e problemi d’integrazione assistenziale tra i differenti livelli istituzionali.

8.4 - La valutazione delle “case” sotto l’aspetto relazionale

Dalla dom.12 fino alla dom.16 il focus d’indagine è stato spostato sulle *relazioni tra utenza e figure professionali*, soprattutto, in merito al medico di famiglia e all’infermiere in quanto figure maggiormente coinvolte dall’innovazione sottesa dalla “Casa della Salute”.

In tale ottica, il quesito n.12 ha inteso riscontrare se l'accesso all'ambulatorio del proprio medico fosse corrispondente al criterio della *massima apertura/accolgenza* o *limitato* da specifiche procedure d'ingresso. I risultati confermano la prevalenza della prima opzione (massima apertura) anche se a San Secondo con qualche nota di maggior merito: il 91% dei rispondenti, infatti, dichiara di accedervi "sia per accesso diretto che per appuntamento" di contro ad un 8% che sostiene di accedervi "per appuntamento" (4%) e "solo per urgenze anche in modo diretto" (4%). Nella struttura di Colorno il 61% dichiara "sia per accesso diretto che per appuntamento", il 31% "per appuntamento" e l'8% "solo per urgenze anche in modo diretto".

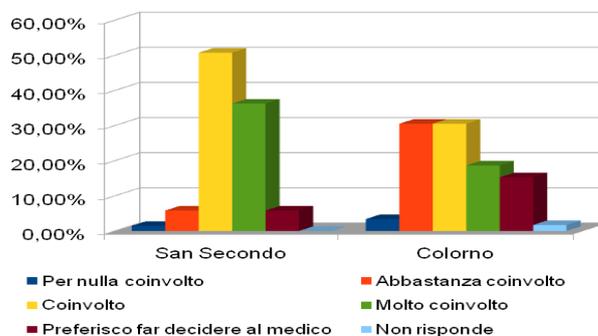
Grafico I: "Modalità di accesso all'ambulatorio del proprio medico di famiglia"



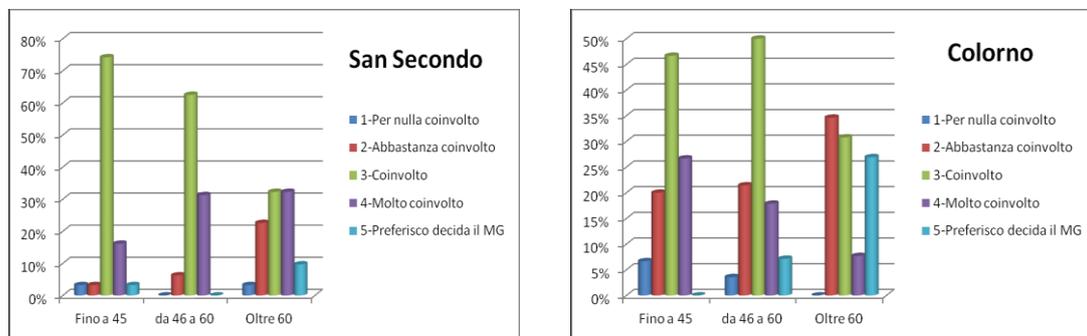
Oltrepassata la porta dell'ambulatorio si è voluto esaminare, sempre in relazione al rapporto con il medico di famiglia, il grado di coinvolgimento personale nelle decisioni riguardanti le cure ed il trattamento necessari al proprio stato di malattia [dom.13].

Gli scenari delle due "case" mostrano qualche differenza.

Grafico L: "Rapporto con il medico di MG: grado di coinvolgimento nelle decisioni"



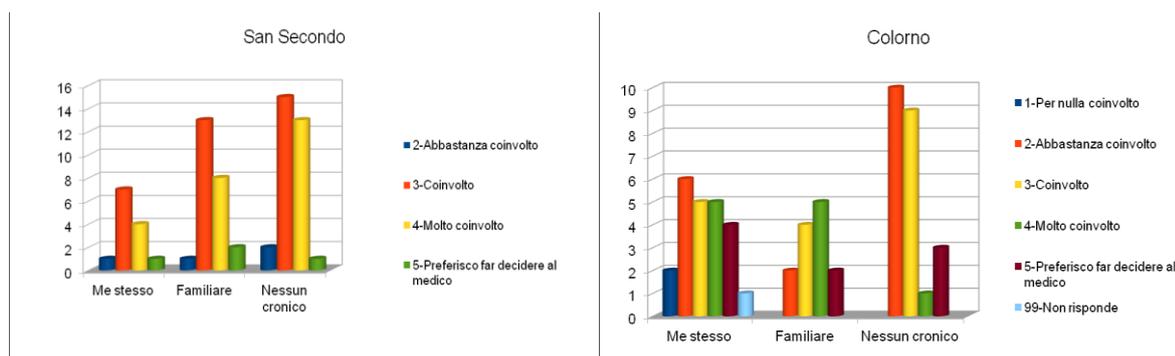
A San Secondo c'è una diffusa percezione (87%) di essere coinvolti dal proprio medico nelle scelte che concernono la salute e le cure da attivare. Il gruppo dei rispondenti afferma, infatti, di sentirsi *“molto coinvolto”* (36%) o *“coinvolto”* (51%). Nella struttura di Colorno i valori percentuali si collocano, invece, in modo paritario sul *“coinvolto”* (31%) ed *“abbastanza coinvolto”* (31%) denotando nel complesso (62%) un livello di minor coinvolgimento rispetto al gruppo di San Secondo. Si è, quindi, inteso esanimare se il fattore dell'età e quello della *cronicità* potessero avere una qualche influenza sulla variabile del coinvolgimento e dagli incroci realizzati si è potuto constatare che con l'avanzare dell'età aumenta la propensione della delega: *“far decidere il proprio medico”*, mentre non si registrano particolari scostamenti per ciò che riguarda le altre fasce d'età.



Per ciò che riguarda la presenza di patologie croniche si è operata una distinzione tra *“paziente cronico”* e *“non cronico”* e, quindi, tra *“me stesso”* e *“familiare”* così da poter osservare se ci fossero dei cambiamenti sul livello di coinvolgimento rispetto alla maggior/minor gravità di stato di salute. I risultati ottenuti confermano lo scenario generale sopra descritto senza significativi scostamenti rispetto alle sottocategorie individuate. Difatti, a San Secondo ritroviamo la prevalenza del *“coinvolto”* e *“molto coinvolto”* per ciascuna di tali sottocategorie mentre a Colorno prevalgono *“abbastanza coinvolto”* e *“coinvolto”* con una lieve differenza circa la figura del familiare che dichiara di sentirsi maggiormente coinvolto.

Quest'ultimo dato, presumibilmente, può essere interpretato nell'ottica della responsabilità del *“prendersi cura di qualcun altro da se stessi”* implicata dal ruolo del *caregiver* e del *family learning* (sanitario); responsabilità che si esplica non solo in merito all'esecuzione di pratiche di cura, ma anche nell'essere coinvolti circa il percorso terapeutico più appropriato ai fini di una qualità della vita che possa definirsi *“buona”* anche in presenza di una malattia cronico-degenerativa.

Grafico M: “Grado di coinvolgimento nelle decisioni: cronicità/ non cronicità; paziente/familiare ”



La dom.14 chiedeva di esprimere una *valutazione* in positivo (“sì”) o in negativo (“no”) circa il miglioramento assistenziale operato dalla CdS. Il metro di paragone per esprimere tale giudizio è stato individuato nella *differenza temporale* tra il medico di famiglia che operava in solitudine sul territorio e l’attuale unificazione dei medici e dei servizi sotto il tetto della “casa”. Si è chiesto poi di fornire una *specificazione* rispetto alla risposta prescelta. Anche in questo caso il gruppo di San Secondo mostra una percezione di *maggior* miglioramento assistenziale rispetto al gruppo di Colorno come da tabella seguente.

Tab. 7 “Raggruppamento dei medici ed unità dei servizi: la valutazione degli utenti”

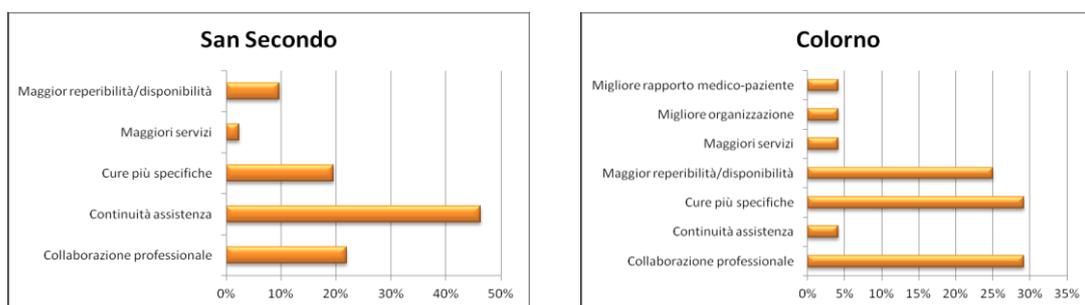
Meglio medici e servizi unificati?	San Secondo (n.a. e %)		Colorno (n.a. e %)	
Sì	61	88,4	33	55,9
No	1	1,4	5	8,4
Non so	7	10,1	16	27,2
Non risponde	0	0	5	8,4
Totale	69	100	59	100

Mentre a San Secondo la quasi totalità delle persone che hanno risposto indicano di apprezzare il lavoro di gruppo dei medici ed il collocamento dei servizi nella medesima sede (88,4% i “sì” vs. 1,4% di “no” e 10,1% dei “non so”), a Colorno accanto al 55,9% dei “sì” abbiamo l’8,4% dei “no” ed il 27,2% di chi *non sa* (o non vuole) esprimere un giudizio.

Relativamente alla spiegazione dei fattori sottostanti il giudizio espresso va posto in evidenza che mentre il “sì” è stato quasi sempre motivato, il “no” è stato spiegato in un solo caso³⁸³. Per l’elaborazione delle risposte si è proceduto ad una loro ricodifica per macroaree i cui risultati sono i seguenti:

³⁸³ Il motivo addotto è stato che per la scarsa conoscenza della “Casa della salute” non era in grado di darne una valutazione in termini di miglioramento o meno.

Grafico N: “Aree e grado di soddisfazione dell’utenza rispetto all’associazionismo medico”



Nella “casa” di San Secondo, dove più elevata è stata la *percezione* del miglioramento determinato dal lavoro di squadra dei medici e dall’unificazione dei servizi, si forniscono come motivazioni principali: la continuità dell’assistenza 46% (es. “*l’assistenza è continua*”; “*c’è sempre assistenza*”; “*c’è sempre chi ti può curare*”); la collaborazione professionale 22% (es. “*i medici possono confrontarsi tra di loro così da avere pareri più completi*”; “*si hanno più pareri*”; “*in assenza del mio dottore mi posso rivolgere ad un altro*”); le cure più specifiche 20% (es. “*i medici hanno conoscenze più specifiche e strumentazione adeguata*”; “*ci sono cure migliori*”; “*mi curano meglio*”) e la maggior reperibilità/disponibilità 10% (es. “*sono sempre presenti dei medici*”; “*tempo*”; “*si trova sempre qualcuno presente*”).

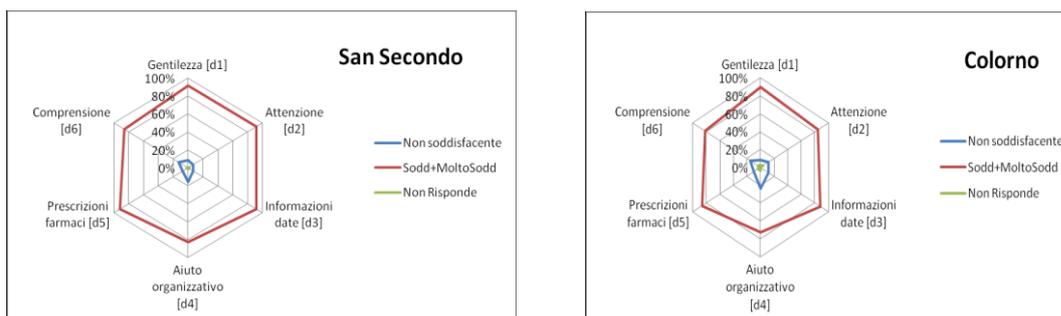
Nella “casa” di Colorno i motivi si distribuiscono su una gamma di opzioni più vasta che, tuttavia, nelle percentuali più alte si mostrano molto simili al gruppo di San Secondo; in ex-quo (29%) si hanno la “collaborazione professione” e le “cure più specifiche”, segue a distanza ravvicinata (25%) la “maggior reperibilità/disponibilità”.

Entrando nello specifico della *relazione* medico di famiglia/paziente la domanda n.15 ha individuato specifici ambiti per i quali esprimere un parere di soddisfazione; gli ambiti proposti hanno riguardato il “*caring*” (vedi: gentilezza, disponibilità all’ascolto, capacità di capire il suo stato d’animo e di esserle d’aiuto), la “*gestione clinica del caso*” (vedi: attenzione ai suoi problemi di salute; tempo dedicato alla visita; prescrizione dei farmaci ed invio alla specialistica; informazioni circa i suoi problemi di salute e terapie da seguire a casa) nonché la “*collaborazione*” in senso organizzativo (vedi: aiuto offerto per la risoluzione dei problemi burocratici/amministrativi).

Tale dimensione è stata proposta in considerazione della *facilità di accesso alle prestazioni/servizi* che rappresenta uno dei principi-guida della CdS; in tal senso, la “partnership” con il medico di famiglia che opera all’interno della “casa” è soprattutto *terapeutica* o si estende anche alla più vasta “*presa in carico*”?

Vediamo le risultanze.

Grafico O: “Valutazione operato del MMG”



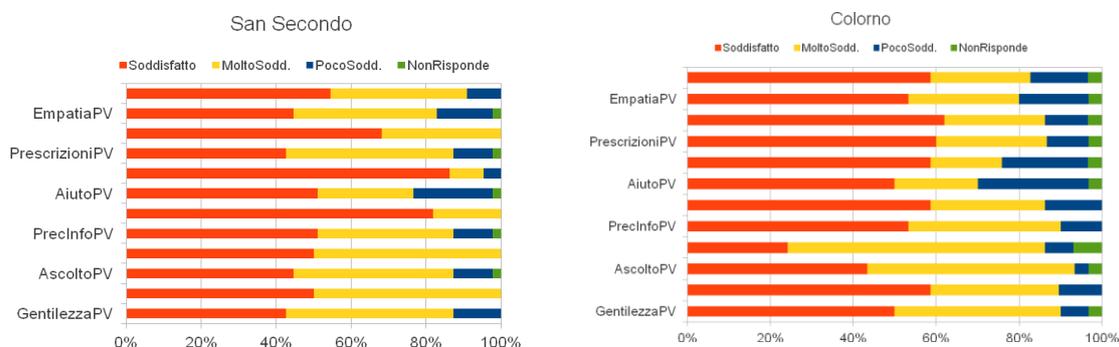
Nel complesso entrambi i gruppi si dichiarano soddisfatti della loro relazione con il medico di famiglia, di cui apprezzano in modo particolare: la gentilezza e capacità d’ascolto [d1], l’attenzione dimostrata alla propria malattia [d2], le informazioni fornite sul tipo di malattia e la terapia farmacologica da fare al domicilio [d3] nonché la prescrizione dei farmaci e l’invio al consulto specialistico [d5]. Al riguardo le percentuali ricavate dal gruppo dei rispondenti delle nostre case sono tutte \geq all’85% e più specificatamente:

San Secondo: 91% per tutte e quattro le dimensioni descritte;

Colorno: 90% [d1]; 85% [d2]; 88% [d3] e 86% [d5].

Le valutazioni più positive sembrano andare a favore di gran parte delle dimensioni della *gestione clinica del caso* [d1,d2,d3], una preferenza per quelle del *caring* [d1] mentre agli ultimi posti della classifica di collocano la dimensione della *partnership organizzativa*: San Secondo 83% vs Colorno 73% [d4] e dell’*empatia/sostegno*: 86% vs. 81% [d6].

Si è quindi operato l’incrocio tra dom.15 e dom.1 per verificare se la frequentazione della “casa” (poche volte o spesso) potesse condizionare la valutazione di qualcuna delle sei dimensioni, ma i dati ottenuti sembrano non validare tale ipotesi [grafico “P”].

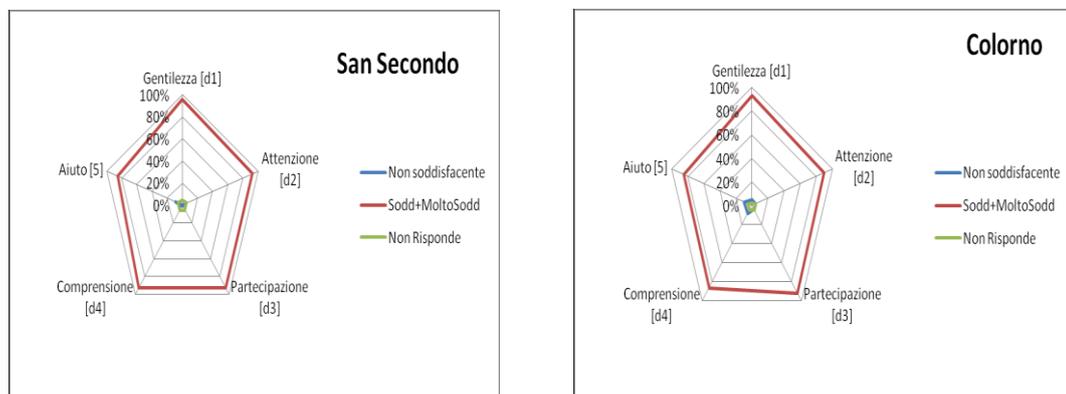


Legenda: “Poche volte” (PV) - “Spesso” corrisponde alla riga immediatamente sopra a “PV”

Come si può notare dai due grafici non esistono differenze di valutazione rispetto alla numerosità degli accessi ed il giudizio espresso dal gruppo dei rispondenti conferma la positività della relazione con il proprio medico di famiglia per tutte le dimensioni proposte. Analogamente, per quanto riguarda la figure dell'infermiere e la valutazione del rapporto con lo stesso sono state individuate cinque dimensioni e si è chiesto di esprimere per ognuna un giudizio; anche in questo caso le dimensioni proposte erano connesse al "caring" [d1 e d4], alle *gestione assistenziale* [d2 e d3] e all'*alleanza in senso organizzativo* [d5].

Il grado di soddisfazione nei confronti del personale infermieristico è molto alto, ottenendo per tutte e cinque le dimensioni valutazioni% più elevate rispetto a quelle dei medici di famiglia: la gran parte di queste dimensioni sono $\geq 90\%$. Più analiticamente:

Grafico Q: "La valutazione della relazione con gli infermieri"



Come già visto per i MMG anche nel caso degli infermieri il *lato debole* della relazione coi pazienti è dato dall'aiuto offerto per la risoluzione di problemi di tipo burocratico [d5], mentre la dimensione in assoluto più qualificante è costituita dalla "gentilezza durante l'incontro e la disponibilità all'ascolto" [d1] che ottiene il seguente punteggio: 96% a San Secondo e 93% a Colorno. Anche l'incrocio con la variabile "frequenza della CdS: a volte o spesso" conferma la positività del giudizio indipendentemente dal numero di accessi; lo stesso risultato in merito al confronto con l'item della *cronicità* sia in merito al paziente che ai familiari.

Per cui, in sintesi, le *relazioni* all'interno delle nostre "case" tra gli assistiti e le figure professionali del medico di famiglia e dell'infermiere sono percepite complessivamente in modo più che soddisfacente. Rispetto al *medico* di MG il gruppo dei rispondenti dichiara di sentirsi coinvolto nelle decisioni di salute/malattia che li riguarda anche se con l'aumentare dell'età si tende a preferire la delega e ad affidarsi alle scelte del proprio medico. L'essere affetto da una patologia cronica non rappresenta un fattore di maggior

coinvolgimento nel rapporto mentre diventa elemento di rinforzo nel caso dell'essere un familiare. Per ciò che concerne il *lavoro di squadra* e *l'unificazione dei servizi territoriali* nell'unica sede della "Casa della Salute" vengono percepiti quale "miglioramento" dell'assistenza non solo in termini organizzativi, quanto piuttosto di appropriatezza e specificità delle cure. Il medico di famiglia resta, dunque, la principale figura di riferimento per la gestione dello stato di *ben/malessere* delle persone anche se coadiuvato nel suo lavoro da altre figure come quella dell'*infermiere*. Il rapporto con quest'ultimo è ancora più positivo di quello con il medico non solo nel caso - presumibile - dei pazienti e/o familiari con cronicità, ma in senso trasversale rispetto a tutte le possibili tipologie di assistiti.

8.5 - La valutazione complessiva della "casa" e sue raffigurazioni

La parte conclusiva del questionario è stata dedicata alla valutazione d'insieme della "casa" sia sotto il profilo dell'*assistenza* e delle *relazioni umane/professionali* [dom. 17] che sotto l'aspetto delle *raffigurazioni* da parte del gruppo dei rispondenti [dom. 18 e 19].

Il filo logico che ha guidato la costruzione dello strumento, infatti, è stato quello di passare attraverso fasi d'analisi e di valutazione graduali che, partendo dal livello più generale, potessero raccogliere alla fine un *giudizio di sintesi* circa il modello assistenziale della Casa della Salute anche in forma di rappresentazione simbolica.

Allo scopo è stato chiesto ai partecipanti di dare un giudizio globale sulle specifiche "case" sulla base di sette aree di valutazione che riguardano il settore della *partecipazione alle decisioni terapeutiche*, dell'*accesso alle prestazioni*, della *gestione dei percorsi*, della *promozione della salute*, della *qualità dell'assistenza* e delle *relazioni* con i diversi professionisti sanitari.

L'elaborazione delle risposte ottenute tende a confermare la positività dei giudizi espressi dal gruppo ma con alcune dissomiglianze tra "case". Colorno, infatti, ottiene una *valutazione generale* con valori percentuali un pochino più alti di San Secondo, che invece in alcuni quesiti precedenti [dom. 7; dom. 8 e dom. 13] aveva ottenuto la *pole position*.

Ciò nonostante si può affermare che il *percepito* da parte dell'utenza di ambedue le strutture volge a favore del cambiamento vantaggioso; *percepito* che nella fase qualitativa dell'indagine era emerso come fattore di debolezza su cui intervenire. Era/è opinione di alcuni intervistati che la "casa" faccia ancora troppo poco per dare ai cittadini un'immagine di sé reale, ovvero, *qualitativamente elevata* in termini di strutture sanitarie, di prestazioni offerte e di preparazione degli operatori. In realtà i nostri dati sembrano poter mitigare tale preoccupazione evidenziando uno scenario tutt'altro che negativo. I margini

di sviluppo, tuttavia, fanno parte dell'ordinaria evoluzione dell'operosità umana ed in tal senso - anche per questi due casi di studio - esistono aree per la creatività e per l'implementazione dell'esistente. Ai fini della valutazione generale delle "case", nella dom.17, è stata costruita una scala con punteggio da *zero* a *dieci* in modo da poter attribuite un voto per ognuna delle dimensioni identificate. Le attribuzioni di voto sono state successivamente così ricodificate:

- insufficiente (punteggio: ≤ 5);
- da migliorare (punteggio: 5-6);
- buono (punteggio: 7-8);
- ottimo (punteggio: 9-10).

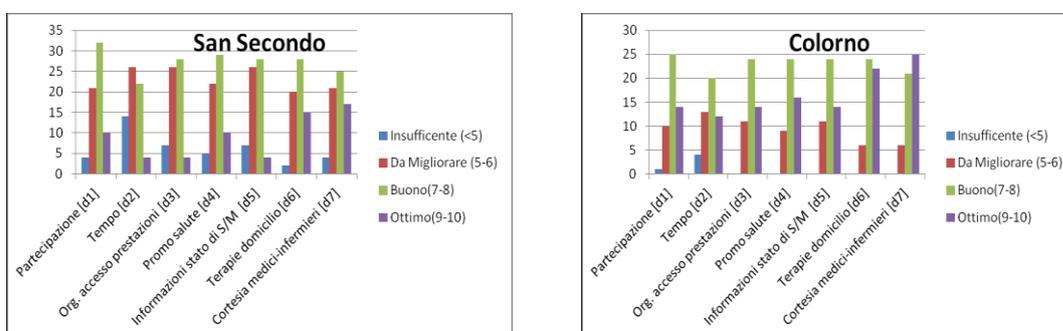
In base alla ricodifica è risultato che il gruppo di Colorno tende a conferire una votazione più protesa sul "*buono*", a cui segue "*ottimo*", soprattutto in merito alla condotta di "cura" da seguire a casa [d6] e agli aspetti di "caring" da parte dei medici ed infermieri [d7]. Il gruppo della casa di San Secondo esprime giudizi di un livello immediatamente inferiore e, cioè, "*da migliorare*"/"*buono*" e le dimensioni con valori percentuali più elevati concernono il coinvolgimento nelle decisioni di cura ed assistenza [d1] e le azioni di promozione della salute [d4]. Entrando più nel dettaglio si può osservare che a Colorno la preferenza del gruppo - pari all'42,37% - va all'item "*cortesìa e disponibilità del corpo medico ed infermieristico*" [d7] che ottiene il giudizio "ottimo" e, scendendo di livello, il voto "buono" è attribuito all'item "*coinvolgimento nelle decisioni di cura/assistenza*" [d1], che registra una preferenza percentuale identica: 42,37%. I due poli - ottimo [d7] e buono [d1] - portano in evidenza gli attori principali della *relazione* di cura (operatori ed assistiti) che tuttavia palesa ancora un difetto di sbilanciamento, in quanto *buono* e non *ottimo*, circa la centralità del paziente nel processo decisionale per la cura di se stesso.

Nella sede di San Secondo i risultati si invertono, perché [d1] equivale sempre al giudizio "buono" che, però, rappresenta il *livello di giudizio migliore* espresso dal gruppo ed è in questa dimensione che si concentra il numero più alto di preferenze pari al 46,37% dei rispondenti; a seguire abbiamo [d4] ovvero le azioni volte alla "*promozione della salute*" con il 42,02% delle preferenze e in posizione "ex-*equo*" con il 40,57%: [d3] "*gestione del percorso di cura ed assistenza*", [d5] "*informazioni sul proprio stato di S/M*" e [d6] "*terapie al domicilio*".

In merito alla dimensione [d1] va esplicitato che già con la dom.13, dedicata specificatamente al rapporto con il medico di MG, era emersa la differenza di giudizio tra San Secondo e Colorno; nella prima casa, infatti, il gruppo dichiarava di sentirsi "*coinvolto*" e "*molto coinvolto*" nelle scelte mentre, nella seconda, "*abbastanza coinvolto*" e "*coinvolto*".

Estendendo la visuale a tutto il corpo medico (medicina generale e specialistica), pur a fronte di un miglioramento di valutazione del gruppo di Colorno, si conferma un *superiore* rapporto tra medico e paziente nella sede di San Secondo. Sede, quest'ultima, dove l'item “*cortesia e disponibilità del gruppo medico ed infermieristico*” [d7] si posiziona al penultimo posto, posizione che conferma l'opposizione di voto tra i gruppi delle due “case”. Inoltre, sempre in riferimento alla struttura di San Secondo, un fattore degno di nota è il punteggio accordato dai partecipanti alle *azioni di promozione della salute* [d4], che lascia intendere una maggiore sensibilità verso tale argomento sia da parte dell'utenza che dei professionisti.

Grafico R: “Valutazione generale delle case”



Aggregando i punteggi di valutazione in maniera duale, ovvero, “*poco soddisfatto*” [comprensivo dei giudizi “*insufficiente*” e “*da migliorare*”] e “*soddisfatto*” [comprensivo di “*buono*” ed “*ottimo*”] si ottengono i seguenti risultati: nella CdS di Colorno le dimensioni [d7] e [d6] raggiungono un punteggio paritetico equivalente al 78% delle preferenze, subito dopo si trovano [d4] con il 68% e [d1] con il 66%.

Pertanto, rispetto ai dati non aggregati, scende dalla classifica il “coinvolgimento del paziente nelle decisioni” [d1] e salgono “le azioni di promozione della salute” [d4] precedentemente quasi “fanalino di cosa” della graduatoria.

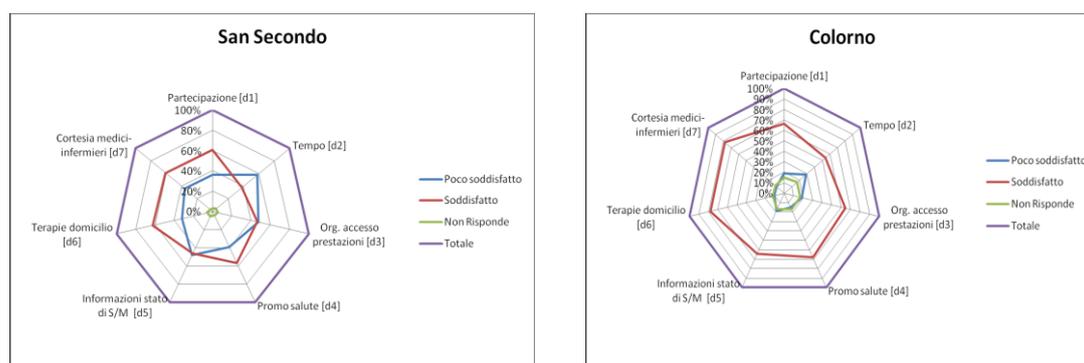
Sul “*poco soddisfatto*” non si ha alcun valore % maggiore rispetto a “*soddisfatto*”.

Nella struttura di San Secondo l'aggregazione porta qualche novità. E difatti, ai primi posti si colloca la dimensione “clinica” relativa alle “*terapie da fare a casa*” [d6] e quella del “caring” [d7] della “*disponibilità, cortesia e gentilezza degli operatori sanitari*” [d7].

La promozione della salute scende di due posizioni - dal 2^ al 4^ posto della classifica - facendo avvicinare i profili delle due case dapprima molto distanti al riguardo. Anche “*la partecipazione al processo decisionale delle proprie cure*” [d1] si mostra in discesa - dal primo al terzo posto - rispetto al primato ottenuto coi punteggi disaggregati. Per quanto

concerne il livello del “*poco soddisfatto*” la casa di San Secondo, per alcune dimensioni, ottiene percentuali più alte rispetto al livello “*soddisfatto*” come il 58% [d2] e l'ex-equo 48% [d3]-[d5]. Da cui si ricava che l'insoddisfazione del gruppo propende in negativo per gli aspetti *organizzativi* (es. tempi per l'accesso alle prestazioni e gestione del percorso diagnostico-terapeutico) e *clinici* (es. indicazioni su terapie e comportamenti da seguire al proprio domicilio) mentre si conferma la piena soddisfazione per la qualità delle *relazioni* con il personale sanitario medico e non.

Grafico S: “La valutazione generale delle case: dati aggregati”



Con la dom. 18 si è inteso rilevare il modo di interpretare la Casa della Salute sia rispetto a quanto già esisteva/esiste sul territorio sia in rapporto con l'ospedale. Come si evince dalla tabella n. 8 il gruppo di Colorno risulta essere quello con la percezione più corretta “Una struttura qualificata di cura/assistenza accanto all'ospedale” con il 50,8% delle preferenze di contro al 35,6% di coloro che hanno scelto l'opzione “Un luogo di cura/assistenza alternativo all'ospedale”.

A San Secondo, pur se la maggior parte delle preferenze è concentrata nella scelta corretta, lo scarto con la risposta non giusta è minore: 49,3% vs 42%.

Tab. 8

Secondo Lei la casa della salute rappresenta:	San Secondo%	Colorno%
Un doppio dei servizi esistenti	0	2
Un luogo di cura/assistenza "alternativo" all'ospedale	42	35,6
Una struttura qualificata di cura/assistenza accanto all'ospedale	49,3	50,8
Non saprei	8,7	11,9
Totale	100	100

Incrociando il risultato della dom. 18 con la dom. 3, riguardante il livello di conoscenza delle prestazioni/servizi offerti dalle due strutture, si trova conferma della differenza tra il gruppo di Colorno e quello di San Secondo sul modo d'intendere il ruolo

assistenziale del nuovo modello. Difatti, a Colorno il 47,5% dei rispondenti dichiara di conoscere “bene” la struttura rispetto al 44,9% dei partecipanti di San Secondo che affermano, invece, di “non conoscerla in modo adeguato”. Nessuna correlazione lineare con il titolo di studio [dom. 23], perché come già visto è il gruppo di San Secondo ad avere un maggior livello di istruzione; un nesso d’interdipendenza è invece riconoscibile con la frequenza [dom. 1] - “poché volte” o “spesso” - e la presenza di cronicità [dom.9], in quanto in entrambi i casi i rispondenti di Colorno risultano accedere alla struttura con più frequenza (Colorno: 49,2% “spesso” vs. San Secondo: 31,9%) e risultano essere o hanno un familiare “paziente cronico” (61% vs 52,9%).

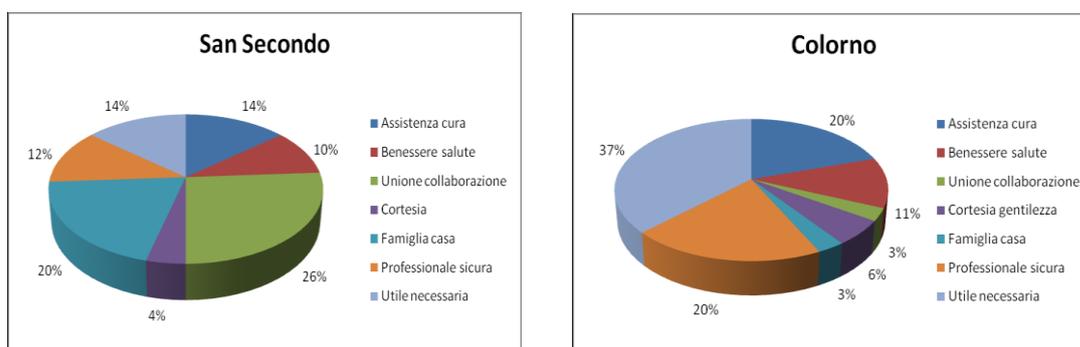
E per concludere la “rappresentazione simbolica” [dom. 19] ottenuta chiedendo di scrivere la prima parola che affiorava nella mente pensando alla “Casa della salute”.

I termini e le espressioni raccolte sono state codificate in sei categorie:

1. *assistenza-cura* (cure, prendersi cura, assistenza, aiuto, accettazione)
2. *benessere-salute* (salute, prevenzione, benessere, bene, ben stare)
3. *unione-collaborazione* (aggregazione, unione, collaborazione, gruppo)
4. *cortesia-gentilezza* (gentilezza, isola felice, buona, cortesia)
5. *famiglia-casa* (allegria, casa, familiare, preziosa, cara, accogliente, comoda)
6. *professionale-sicura* (efficiente, professionalità, bravi!, centro qualificato, sicurezza)
7. *utile-necessaria* (era ora!, utile, necessaria, indispensabile, bella invenzione!, è una cosa ben fatta!)

Da cui le seguenti risultanze:

Grafico T: “Rappresentazione simbolica della Casa della Salute”



Le raffigurazioni fornite dai due gruppi sono disuguali. La casa di San Secondo viene rappresentata soprattutto con parole che richiamano la *modalità operativa* del modello, basata sul lavoro di squadra e sulla collaborazione/unione tra figure professionali differenti (26%); la seconda immagine che il gruppo fornisce è quella *affettiva ed intima*

della casa e della famiglia (20%), all'interno delle quali è possibile trovare l'agio ed il conforto necessari per il superamento delle difficoltà (sanitarie) del momento. Il terzo ritratto rimanda, invece, a due aspetti che potremmo definire centrali rispetto al modello CdS e, cioè, il *valore d'uso* e le *competenze distintive*.

La casa, infatti, è illustrata come utile e necessaria (14%) ed è sinonimo di assistenza e cura qualificata (14%), "qualità assistenziale" che viene corroborata dalla caratteristica della professionalità e sicurezza (12%), quest'ultima intesa probabilmente sia come sicurezza degli ambienti che rispetto al "rischio medico-sanitario". Tra le competenze distintive della struttura vi è anche quella di tutelare ed operare per il benessere e la salute degli assistiti, aspetto che è stato raffigurato dal 10% dei rispondenti di San Secondo.

La rappresentazione della "casa" fornita dal gruppo di Colorno appare, invece, in un'ottica decisamente più prestativa, di *performance* professionale ed assistenziale.

Qui i termini di maggior ricorsività richiamano l'ambito delle competenze specifiche, dell'efficienza/efficacia organizzativa, della sicurezza delle procedure, dell'appropriatezza dell'assistenza, del centro qualificato ed altro ancora.

Rispetto alle sei categorie le percentuali più elevate sono associate a:

- "utile-necessaria" (37%);
- "professionale-sicura" (20%);
- "assistenza- cura" (20%).

Segue, poi, la dimensione del benessere-salute con l'11% delle preferenze.

Agli ultimi posti le qualità intrinseche di una *casa*: famiglia, cortesia, gentilezza (3%), nonché la modalità operativa del lavoro di squadra: unione-collaborazione (3%).

Questo il simbolico raccolto. Simbolico che in nessun modo può essere spiegato o compreso nelle sue motivazioni di fondo trattandosi di elaborazioni *personali* e *soggettive*.

Ogni genere di raffigurazione va lasciata all'interpretazione di coloro che ne sono i legittimi autori senza alcuna presunzione di comprenderle secondo il nostro sguardo da ricercatore. Tuttavia, una lettura vuole essere offerta non in merito al "significato" delle rappresentazioni quanto invece delle differenze emerse tra le "case".

Infatti, sulla base delle risultanze ricavate dall'elaborazione dei questionari sono affiorati aspetti che possono essere intesi quali *fattori d'indirizzo* della difformità raffigurativa del gruppo di Colorno e di San Secondo. In primis la *provenienza*, ovvero, la tipologia dei servizi in cui sono stati raccolti il maggior numero di questionari; provenienza che nel caso di San Secondo è il settore della medicina generale mentre nel caso di Colorno si tratta delle specialistiche e del servizio di Day Service.

È possibile connettere l'aspetto della *provenienza* con il settore di appartenenza (medicina generale e specialista) dei nostri "referenti interni", che in qualità di figure di riferimento per lo svolgimento della ricerca hanno avuto un ruolo fondamentale per il coinvolgimento e l'adesione all'indagine sia dei colleghi (*interviste*) che dell'utenza (*questionari*). Un altro fattore d'indirizzo, collegabile alla provenienza, consiste nella *diversità del bisogno sanitario*, dal momento che la fase di invio alla medicina specialistica o di controllo delle generali condizioni di salute (MMG) sottendono ad *attese* differenti rispetto a prestazioni di tipo diagnostico-terapeutiche e di piccola chirurgia. È ipotizzabile, infatti, che nel primo caso l'assistito abbia maggior necessità di sentirsi ascoltato, accolto con disponibilità e cortesia dal proprio medico di fiducia, dal quale si aspetta - appunto - il conforto tipico delle relazioni familiari. Differentemente, al livello di diagnosi e cura le attese dell'assistito sono inevitabilmente di natura più prestativa che relazionale, almeno nella fase d'avvio del percorso assistenziale. Con l'emergenza di un problema di salute la finalità primaria è capire la natura dello stesso e - quindi - la tipologia d'intervento, da cui l'attesa di un elevato livello delle *performance professionali* di diagnosi e cura.

A fronte di queste riflessioni è possibile ritenere che le *caratteristiche di salute* dei due gruppi, da cui le legittime *attese*, abbiano portato a raffigurazioni così diverse delle "case".

In riferimento ai dati, infatti, è emerso che il 73,9% del gruppo di San Secondo ha fruito prevalentemente di una *visita* (dal medico di famiglia 50,7% o specialistica 23,2%) rispetto al 74,6% del gruppo di Colorno che invece ha avuto necessità di prestazioni più impegnative come una *terapia* 47,5%, un *esame* 18,6% o un *intervento di piccola chirurgia* 8,5% (es. cataratta). A tutto questo va aggiunto un ulteriore elemento, ovvero, la gestione delle malattie *cronico-degenerative*, che a San Secondo interessano il 53% dei rispondenti mentre a Colorno il 61%, percentuali che - se disaggregate rispetto alla posizione di *paziente* o *familiare* - diventano rispettivamente: 19% vs 39% (paziente) e 34% vs. 22% (familiare).

Collocando tali dati all'interno della riflessione proposta, soprattutto in merito al *bisogno di salute* ed alle *attese* connesse, si possono ravvisare alcuni aspetti di conferma circa la differente simbolizzazione delle nostre "case" e, difatti, è del tutto legittimo ritenere che un paziente malato cronico si aspetti, in primis, l'efficienza e l'efficacia dei servizi necessari al suo problema (*visione prestativa*), differentemente un familiare - in virtù del ruolo di *caregiver* e della responsabilità del prendersi cura di un congiunto - è possibile che abbia più necessità di un supporto emotivo (*visione di conforto ed accoglienza, di familiarità*) che non solo prestativo.

Il grafico M, relativo al rapporto con il medico di fiducia e al grado di coinvolgimento nelle decisioni, evidenzia tale disparità in quanto già nella “casa” di San Secondo - dov'è minore la presenza di persone affette da patologie croniche - i familiari dichiarano un livello di coinvolgimento nel rapporto con l'MMG maggiore dell'ammalato stesso, risultato che è possibile leggere nell'ottica del *bisogno* non tanto di salute quanto di sostegno ed accoglienza dei timori, del senso di inadeguatezza e/o incapacità rispetto ai compiti da “caregiver”. In questa luce il medico di famiglia diventa *il* punto di riferimento sia perché *figura sanitaria* deputata a seguire *l'intero ciclo di vita degli assistiti* sia perché *figura di connessione* tra assistenza “familiare” ed assistenza “professionale”.

Similmente i risultati ricavati dall'elaborazione della dom. 17, pertinente la *valutazione d'insieme* della *casa* [grafici R e S], denotano una più elevata percezione della qualità erogata da parte dei partecipanti di Colorno che non di quelli di San Secondo.

In quanto *giudizio complessivo* i livelli assistenziali sottoposti a valutazione riguardano la totalità delle prestazioni e, pertanto, il *vissuto esperienziale* di chi fruisce della struttura con più frequenza e per bisogni di salute di maggior entità - com'è il caso del gruppo di Colorno - lascia intendere una consapevolezza più allargata dei contenuti della “casa”.

Contenuti che, ragionevolmente, vengono stimati *dapprima* sulla base della capacità di risposte efficaci ed appropriate rispetto al proprio problema e *quindi* sulla base del contesto e dei legami umani al suo interno.

In questa piattaforma di riferimento pensiamo possa essere letta la difformità raffigurativa dei nostri due gruppi: “collaborativa-familiare” per la casa di San Secondo e “performativa-efficientista” per quella di Colorno. Si tratta, ovviamente, di una chiave di lettura strettamente legata ai nostri contesti di studio ed alle caratteristiche di salute e malattia emerse dai questionari; come tale, quindi, non ha alcuna pretesa di generalizzazione né di esaustività analitica.

Per facilitare il lettore nell'opera di sintesi di questa dettagliata disamina *quantitativa* si propone di seguito un sommario dei punti più salienti e, quindi, uno schema riassuntivo delle risultanze emerse distinte per “case” di appartenenza.

Nonostante la differenza tra i due gruppi e la difficile tipizzazione degli stessi è tuttavia possibile evidenziare gli aspetti che ci paiono di maggior interesse anche in relazione alle testimonianze raccolte presso lo staff dirigenziale e professionale.

L'elemento che accomuna inequivocabilmente il gruppo di Colorno a quello di San Secondo è la percezione complessiva del *miglioramento assistenziale* introdotto dalla Casa della Salute, elemento che dovrebbe contenere il timore espresso dai professionisti della

“casa” circa la qualità percepita da parte dell’utenza. Senza dubbio tale aspetto è l’unico che ci possa permettere un paragone “certo” tra le nostre strutture vista l’eterogeneità dei due gruppi di partecipanti. Ciò nonostante l’obiettivo conclusivo di porre in evidenza gli aspetti salienti di questa parte della ricerca merita di essere perseguito.

Un altro fattore comune riguarda le pratiche di accesso al Pronto Soccorso, che almeno in teoria il modello della CdS dovrebbe modificare in senso di appropriatezza all’uso di tale servizio. Allo stato attuale emerge l’ininfluenza della “casa” al riguardo, tanto è vero che molte delle persone interpellate hanno dichiarato di esservi recate *su iniziativa personale*, nutrendo particolare fiducia nei confronti della struttura ospedaliera e dei suoi professionisti. Tale risultato corrobora l’opinione degli operatori delle nostre due case secondo la quale c’è ancora una *scarsa conoscenza* della nuova struttura sanitaria territoriale, per la quale occorrerebbe un maggior investimento in termini di *comunicazione esterna*. Pur a fronte del sostanziale giudizio positivo espresso dall’utenza esistono diversi margini di miglioramento, soprattutto, in relazione a due ambiti: *l’integrazione socio-sanitaria* e quella *tra cure primarie e secondarie*.

Circa la prima tipologia emerge una difformità rispetto alle interviste con le figure dello staff, che reputano - come evidenziato nel capitolo precedente - l’integrazione tra sociale e sanitario un’opportunità futura per la “casa”, un valore aggiunto di facile e celere realizzazione. Diverso, invece, il discorso circa l’incontro tra il mondo ospedaliero e quello dell’assistenza territoriale; in merito il pensiero degli utenti e degli operatori è identico ed impietoso: non esiste alcun tipo di comunicazione né di effettiva relazione.

Tale giudizio assume un peso ancora più grave se posto a confronto con il settore della cronicità, per il quale il modello della CdS dovrebbe rappresentare “il salto di qualità” in senso di garanzia della continuità assistenziale.

Dai questionari raccolti coloro che dichiarano di avere in famiglia pazienti affetti da una patologia invalidante indicano tra i fattori di debolezza attuali della “casa” tutto ciò che si pone al di fuori delle sue mura quale, appunto, il rapporto con le cure secondarie, la rete tra medici del territorio ed ospedalieri e l’integrazione con i servizi sociali.

Si tratta di “lacune” niente affatto secondarie, anzi.

Il cuore dell’*innovazione* perseguita col modello della Casa della Salute, infatti, dovrebbe essere rappresentato proprio dalla capacità di rispondere ai mutati bisogni di salute delle persone ed all’emergenza epidemologica del nuovo millennio: la gestione delle cronicità e della non-autosufficienza. L’incomunicabilità tra i due pilastri del servizio

sanitario nazionale inficia inevitabilmente il progetto di rinnovamento, pur a fronte di una CdS operativamente efficiente ed efficace e di un ospedale “per acuti” di eccellenza.

L’opera di revisione dell’uno e dell’altro livello assistenziale in senso monolitico e non interconnesso comporta il rischio concreto di creare due entità esteticamente perfette e moderne, ma troppo autoreferenziali per integrarsi e condividere una visione comune sul futuro del servizio sanitario nazionale.

È auspicabile, quindi, un intervento di natura politica che possa indirizzare entrambi i settori assistenziali verso il medesimo traguardo: la *salute* e la *qualità della vita* dei pazienti e della popolazione in generale.

Per ciò che concerne i fattori di forza della “casa”, sia in senso generale che in caso di presenza di cronicità, un aspetto che merita di essere evidenziato è quello delle relazioni tra i pazienti, le famiglie ed i professionisti. In entrambi i nostri gruppi c’è un elevato gradimento della qualità del rapporto con le figure di “cura” formali, nei confronti delle quali si apprezza la capacità di ascolto, la gentilezza ed il coinvolgimento rispetto al percorso terapeutico ed alla gestione clinica del proprio caso.

Sotto tale profilo, quindi, la CdS mostra di avere la capacità di erogare prestazioni non soltanto in termini di performance ma anche di “caring”.

Altri aspetti qualificanti la “casa”, comunemente percepiti dai due gruppi, sono il lavoro di squadra e la localizzazione dei servizi in un’unica sede, che vengono valutati dai nostri interlocutori non tanto sotto il profilo organizzativo-gestionale quanto piuttosto di *specificità* ed *appropriatezza delle cure*, finalità poste ai primi posti dei moderni sistemi curanti.

Questi, dunque, i fattori che avvicinano le nostre popolazioni le cui tipicità vengono di seguito riassunte e poste a confronto per facilitare una lettura conclusiva di quanto emerso dall’elaborazione dei dati raccolti.

Schema di sintesi: “Le case della salute di San Secondo e di Colorno secondo gli utenti”

San Secondo	Colorno
<p><u>Anagrafica:</u> [dom.20-26] - ruolo: <i>paciente</i> - genere: <i>maschile</i> - età: <i>giovane adulto (31-45 anni); adulto (46-60 anni)</i> - titolo di studio: <i>diploma superiore; laurea</i> - condizione lavorativa: <i>occupato 59%; pensionato 30%</i></p>	<p><u>Anagrafica:</u> [dom.20-26] - ruolo: <i>paciente</i> - genere: <i>maschile</i> - età: <i>adulto (46-60 anni); anziano (61-75 anni)</i> - titolo di studio: <i>diploma superiore; licenza media</i> - condizione lavorativa: <i>occupato 51%; pensionato 41%</i></p>
<p><u>Accesso ai servizi:</u> [dom.1-6] - frequenza: <i>poche volte: 68%; spesso: 32%</i> (frequenza che aumenta con l'età e l'insorgenza di cronicità) - prestazione fruita: <i>visita (mmg o specialistica)</i> - conoscenza dei servizi erogati: <i>non adeguata</i> (migliora in base alla frequentazione della “casa”) - modalità di accesso PS: <i>la “casa” non influisce</i></p>	<p><u>Accesso ai servizi:</u> [dom.1-6] - frequenza: <i>poche volte: 51%; spesso: 49%</i> (frequenza che aumenta con l'insorgenza di cronicità) - prestazione fruita: <i>terapia, esame o piccola chirurgia</i> - conoscenza dei servizi erogati: <i>non adeguata</i> (migliora in base alla frequentazione della “casa”) - modalità di accesso PS: <i>la “casa” non influisce</i></p>
<p><u>Valutazione organizzativa:</u> [dom.7-11] (utenza in generale) <i>Percezione complessiva di miglioramento</i> - punti di forza: <i>integrazione professionale</i> - punti di debolezza: <i>integrazione con l'ospedale</i> (presenza di cronicità) <i>Percezione complessiva di miglioramento</i> - punti di forza: <i>presa in carico; relazioni con i professionisti della casa (capacità d'ascolto, coinvolgimento della rete familiare); appropriatezza dell'assistenza/cura</i> - punti di debolezza: <i>continuità assistenziale; integrazione istituzionale: cure primarie e secondarie/ sociale e sanitario</i></p>	<p><u>Valutazione organizzativa:</u> [dom.7-11] (utenza in generale) <i>Percezione complessiva di miglioramento</i> - punti di forza: <i>organizzazione dell'iter di accesso ai servizi</i> - punti di debolezza: <i>integrazione con l'ospedale</i> (presenza di cronicità) <i>Percezione complessiva di miglioramento</i> - punti di forza: <i>presa in carico; relazioni con i professionisti della casa (capacità d'ascolto, coinvolgimento della rete familiare); appropriatezza dell'assistenza/cura</i> - punti di debolezza: <i>continuità assistenziale; integrazione istituzionale: cure primarie e secondarie/ sociale e sanitario</i></p>
<p><u>Valutazione delle relazioni:</u> [dom.12-16] - rapporto con MMG: <i>molto coinvolgente</i> (con l'età diventa maggiormente di “delega”) - in presenza di cronicità: <i>per il paziente la malattia non diventa un fattore di più elevato coinvolgimento mentre nel caso del familiare diventa un elemento di rinforzo del rapporto</i> - aspetto qualificante: <i>lavoro di squadra dei medici</i> (miglioramento percepito non tanto in senso organizzativo quanto di appropriatezza e qualificazione delle cure) - rapporto con Infermieri: <i>molto buono</i> (sia per l'utenza “tout court” che in presenza di cronicità) - aspetto qualificante: <i>caring</i> (gentilezza e disponibilità all'ascolto)</p>	<p><u>Valutazione delle relazioni:</u> [dom.12-16] - rapporto con MMG: <i>coinvolgente</i> (con l'età diventa maggiormente di “delega”) - in presenza di cronicità: <i>per il paziente la malattia non diventa un fattore di più elevato coinvolgimento mentre nel caso del familiare diventa un elemento di rinforzo del rapporto</i> - aspetto qualificante: <i>lavoro di squadra dei medici</i> (miglioramento percepito non tanto in senso organizzativo quanto di appropriatezza e qualificazione delle cure) - rapporto con Infermieri: <i>molto buono</i> (sia per l'utenza “tout court” che in presenza di cronicità) - aspetto qualificante: <i>caring</i> (gentilezza e disponibilità all'ascolto)</p>
<p><u>Valutazione complessiva della “casa”:</u> [dom.17-19] - risultanze: <i>grado di soddisfazione generale (+)</i> - criticità percepite: <i>esterne alla casa</i> (integrazione istituzionale e tra livelli assistenziali) - percezione della qualità interna per la dimensione: 1. <i>organizzativa:</i> (-) [tempi d'attesa ed iter d'accesso] 2. <i>clinica:</i> (+) 3. <i>di “caring”:</i> (++) - percezione del ruolo della casa: <i>corretta (49%)</i> “Una struttura qualificata di cura/assistenza accanto all'ospedale” - Raffigurazione della casa: <i>“collaborativa-familiare”</i></p>	<p><u>Valutazione complessiva della “casa”:</u> [dom.17-19] - risultanze: <i>buon grado di soddisfazione generale (++)</i> - criticità percepite: <i>esterne alla casa</i> (integrazione istituzionale e tra livelli assistenziali) - percezione della qualità interna per la dimensione: 1. <i>organizzativa:</i> (+) 2. <i>clinica:</i> (++) 3. <i>di “caring”:</i> (++) - percezione del ruolo della casa: <i>corretta (59%)</i> “Una struttura qualificata di cura/assistenza accanto all'ospedale” - Raffigurazione della casa: <i>“performativa-efficientista”</i></p>

Conclusioni

Giunti al termine di questa dissertazione è buona regola cercare di tirare le somme del lavoro fin qui presentato allo scopo di fornire al lettore una chiave di lettura finale dell'intero percorso analitico. Lo schema concettuale posto alla base di quest'ultimo sforzo interpretativo prende spunto dai tre livelli analitici proposti da Giesen [1987] dei *microprocessi*, delle *situazioni* e delle *macrostrutture*, che seppur autonomi rimandano ad un intreccio con gli altri livelli da cui scaturisce il legame che li connette significativamente.

In riferimento a tale modello i livelli analitici attorno ai quali ricomporre lo scenario del nostro lavoro di ricerca sono rappresentati dalle seguenti dimensioni:

- ✓ *clinica*, relativa al sistema d'interazione tra i diversi attori dell'organizzazione sanitaria soprattutto in merito al rapporto tra operatori ed utenti/famiglie;
- ✓ *organizzativa*, fondata sulla divisione del lavoro sanitario che caratterizza le relazioni tra la classe medica e le altre occupazioni sanitarie non mediche, compreso il lavoro di cura delle figure “profane” - dal *self-help* alla *community care* - e le medicine alternative o complementari;
- ✓ *strutturale*, ovvero, il complesso delle relazioni tra attori sociali ed istituzioni (es. Regione, Azienda sanitaria, Ente locale, professioni sanitarie e cittadini).

Sulla base dei materiali raccolti il livello *micro* delle relazioni interpersonali tra figure professionali ed utenza si presenta per essere caratterizzato dalla ricerca di una *partnership terapeutica*, che si manifesta in diversi indicatori. Tra questi la *personalizzazione* delle risposte di cura che rappresenta uno degli aspetti qualificanti il modello della Casa della Salute, all'interno del quale il paziente ricopre un ruolo centrale non perché semplice “portatore di un bisogno”, ma in quanto “principale attore” del proprio percorso clinico.

L'integrazione professionale che la CdS sembra favorire grazie alla prossimità fisica dei servizi e delle discipline ed all'unitarietà dei percorsi diagnostico-terapeutici, permette di coltivare l'obiettivo dell'appropriatezza degli interventi sanitari unitamente alla presa in carico modellata sul bisogno specifico della persona e del suo contesto di vita.

Un secondo elemento a sostegno dell'alleanza terapeutica tra medico e paziente è fornito dal grado di soddisfazione espresso dagli utenti - sia pazienti cronici che non - rispetto al *coinvolgimento nelle decisioni* relative alle proprie condizioni di salute. Difatti, i fattori che maggiormente sembrano connotare il legame con gli operatori della “casa”, nel complesso, e con la figura del medico di famiglia, nello specifico, sono rappresentati dalla

partecipazione del malato alla gestione clinica del proprio caso e dall'attivazione della rete familiare. A quest'ultimo proposito va detto che il coinvolgimento dei familiari risulta ancora più soddisfacente di quello dei pazienti stessi, segno di un cambiamento culturale a favore di un rapporto meno succube rispetto all'autorità professionale medica.

Il tema della partnership terapeutica chiama in causa quello dell'*empowerment* del cittadino e della comunità rispetto ai servizi fruibili. La questione che si pone è quella di quali prestazioni erogare a fronte di quali bisogni e, in tale luce, il ruolo del paziente e della collettività può essere di natura diametralmente opposta nel senso di "ricevitori passivi" oppure di "co-produttori". In riferimento ai nostri contesti pur non disponendo di dati specifici sull'argomento è, tuttavia, possibile dedurre una situazione caratterizzata dalla presenza della rappresentanza delle reti sociali e delle comunità locali (cfr. mondo del volontariato) che lascia intendere la possibilità di un *processo interattivo e negoziato* tra le parti: i professionisti, il paziente, la sua famiglia e la cittadinanza.

Gli elementi ricavati dalle interviste e dai questionari lasciano presagire il prevalere di una partecipazione comunitaria "consapevole", ma la certezza della strada realmente battuta non è ancora possibile. Qualche perplessità permane, infatti, sullo sfondo soprattutto per quel che concerne l'aspetto *promozionale della salute*. Al riguardo è emerso che i vari operatori della CdS tendono ad interpretare la promozione della salute sotto il profilo di educazione sanitaria anziché di sviluppo di competenze appropriate ai fini della partecipazione ai processi decisionali in materia di salute/malattia. Ciò non elimina di certo la possibilità dell'utenza e della comunità - interpreti del *sapere profano* - di poter influire sulle decisioni fondamentali relative all'erogazione dei servizi.

Del resto, rispetto ai nostri casi di studio è risultato che da parte dei decisori, ovvero, della dirigenza dell'Az. Usl di Parma c'è stata la volontà di adottare un approccio partecipativo (*bottom up*) con tutti i portatori d'interesse - utenti compresi - lasciando intuire il tentativo di avviare un rapporto di *patternariato* costruito sull'equilibrio dei diritti e delle responsabilità fra utenti ed erogatori.

Quarto ed ultimo indicatore dell'alleanza terapeutica è quello relativo ad una maggiore *umanizzazione* dell'assistenza. Dai materiali raccolti emerge con sufficiente chiarezza la percezione dell'utenza del miglioramento complessivo operato dal modello assistenziale della Casa della Salute sia sotto il profilo della qualità delle prestazioni e dei servizi erogati che sotto il profilo del *caring*, ovvero, della dimensione affettiva della *cura*. Nonostante l'era delle nano-tecnologie, della strumentazione diagnostica ad elevato grado di sofisticatezza e precisione valutativa, delle nuove metodiche di chirurgia e dei progressi

della ricerca biomedica, l'elemento che mostra di essere l'*innovazione* attesa dai fruitori dei servizi sanitari è dato dalla capacità dei suoi operatori di "prendersi cura" della malattia come *vissuto soggettivo* e dell'ammalato in quanto *persona*. Rispetto alle nostre due "case" tra gli elementi di qualità maggiormente percepiti e dichiarati dagli utenti vi è proprio quello del *care* messo in atto dalle diverse figure sanitarie, delle quali si apprezzano la capacità d'ascolto, il livello di coinvolgimento e la presa in carico complessiva del paziente. In tal senso, quindi, la "casa" sembra poter rappresentare l'innovazione ricercata da parte dei fruitori, attenti non soltanto all'efficacia delle "performance" offerte quanto piuttosto alla "fraternità" o, meglio, "accudimento" circa la propria esperienza di malattia e le necessità quotidiane di una vita in presenza di cronicità e/o invalidità.

Sotto il profilo organizzativo (*meso*) della divisione del lavoro clinico la Casa della Salute presenta vari fattori d'interesse. Senza dubbio l'ambiente organizzativo del lavoro clinico della "casa" si connota per una profonda differenziazione tra contesto interno la struttura stessa e contesto esterno rappresentato dal livello ospedaliero.

Rispetto ai confini della CdS la divisione del lavoro sanitario è di tipo *funzionale* nel senso che le relazioni tra le diverse professioni sono caratterizzate da forme orizzontali interdipendenti. Il fattore distintivo il lavoro clinico ed assistenziale interno al modello è dato, infatti, dall'*integrazione* dei percorsi di cura per la quale è condizione necessaria l'interconnessione funzionale di tutte le figure professionali indipendentemente dal tipo di giurisdizione (medica o non). Nonostante l'integrazione professionale sia considerata dai nostri interlocutori quale strumento di qualificazione del proprio operato come pure di riconoscimento reciproco delle funzioni e delle responsabilità legate al ruolo, è possibile cogliere qualche traccia di *segmentazione professionale*. In un'ottica di efficienza e di controllo dei costi di produzione la classe medica ha assunto nel tempo una nuova funzione, quella manageriale, che - come espresso da qualche testimone - sta accentuando la distanza culturale e salariale rispetto agli operatori sanitari rimasti ad occuparsi del lavoro clinico.

La dominanza professionale della figura del medico rispetto alle altre occupazioni sanitarie sta, quindi, assumendo una fisionomia differente rispetto al tradizionale modello verticistico e di subordinazione del "nursing" alla medicina. Cambia la forma, ma non la sostanza e ciò trova conferma anche in merito alle relazioni instaurate tra la biomedicina e le medicine non convenzionali, alternative o complementari.

Al riguardo non si possiedono molti elementi per poter asserire *se e come* la Casa della Salute potrebbe modificare il monopolio biomedico a favore di un *pluralismo sanitario*,

ma forse l'esiguità delle informazioni ricavate sull'argomento potrebbe rappresentare la prova di una "casa" ancora poco disposta ad accogliere paradigmi e terapie differenti da quelli della medicina occidentale. Differente le relazioni tra *care formale ed informale*.

In questo caso il ruolo che le reti sociali possono svolgere relativamente al lavoro di cura appare riconosciuto e legittimato da parte dello stesso "sapere esperto". Tale ruolo è percepito dai professionisti in maniera ancora più significativa in relazione alle nuove patologie emergenti, che richiedono un'assistenza prolungata nel tempo e risposte di tipo *relazionale*. L'apertura della CdS rispetto al lavoro non professionale di *care* è, dunque, maggiore dell'accoglienza del pluralismo sanitario, eppure, qualche problema permane.

Infatti, al di là del riconoscimento ufficiale dell'importanza rivestita dal settore informale del *self-help* e dalla *community care* circa la gestione dei nuovi bisogni di salute, nell'ambito della divisione del lavoro clinico resta un problema aperto l'individuazione dei meccanismi di raccordo tra sapere esperto e profano, allo scopo di garantire - da un lato - l'integrazione necessaria tra gli stessi e - dall'altro - il rispetto delle caratteristiche proprie la "cura" informale. In questa fase del progetto della Casa della Salute l'incorporazione del *care non professionale* si contraddistingue per essere prevalentemente associato al paradigma biomedico, all'aspetto gestionale di alcuni servizi di front-office e suppletivo - anziché integrato - del *care professionale*.

Per ciò che concerne le relazioni con i professionisti dell'ospedale si può affermare che la divisione del lavoro sanitario tra cure primarie e secondarie è di tipo *complementare*, ovvero, basato sulla separazione netta dei due livelli assistenziali all'interno dei quali ogni professione è sovrana. Si tratta di due mondi distinti per tipologia di intervento sanitario, complementari ma per nulla integrati. Lo scontro tra Titani vede la dominanza della classe medica ospedaliera rispetto a quella territoriale, che rivendica il riconoscimento della specificità della propria professione posta al centro del rinnovamento dell'intero sistema sanitario. Il territorio e l'ospedale sono organizzazioni tra di loro in forte competizione e la neonata CdS sembra accusare i medesimi difetti dell'esistente, quali l'autoreferenzialità e la chiusura sistemica, pur a fronte dell'innovazione che dovrebbe rappresentare in fatto di integrazione istituzionale e di continuità dell'assistenza *intra* ed *extra-moenia*.

Infine, a livello *macro* delle relazioni tra gli attori sociali ed istituzionali il quadro che si profila in questa fase di transizione appare focalizzato sull'attuazione di una logica di *cooperazione* interorganizzativa ed interistituzionale che, però, palesa ancora qualche difetto.

Nonostante le politiche sanitarie mondiali diano grande enfasi alla necessità di attribuire alla comunità locale un ruolo centrale in merito al tema della tutela della salute, di fatto l'obiettivo della *community governance*, ovvero, di un'amministrazione comunitaria delle questioni sanitarie stenta a realizzarsi. Lo stesso modello della Casa della Salute, idealmente preposto a fare del cittadino/paziente l'epicentro dei servizi alla persona, lascia intravedere un sistema di relazioni ancora sbilanciato a favore di alcuni attori rispetto alla totalità degli stessi. Le difficoltà che permangono riguardano soprattutto la *reale* capacità dei cittadini di far sentire la propria voce nell'ambito delle scelte in materia sanitaria.

Difatti, pur a fronte della volontà istituzionale dell'Azienda sanitaria di Parma di coinvolgere nel progetto delle "case" le comunità locali attraverso le loro rappresentanze, la partecipazione della cittadinanza sembra più spostata sul versante dell'accettazione e della legittimazione della bontà/qualità dell'iniziativa piuttosto che su quello decisionale.

È presumibile che con l'avanzamento del progetto ed il superamento di questa fase di passaggio il sistema delle relazioni tra *stakeholder* riesca a bilanciarsi così che anche la comunità, organizzata in gruppi d'interesse e/o movimenti sociali, possa assumere un ruolo più definito ed efficace nelle scelte di programmazione, gestione ed erogazione dei servizi sanitari. Nonostante tale sbilanciamento il quadro dei "portatori d'interesse" si compone di attori tra di loro alleati, nel senso che l'introduzione riformista della CdS nei nostri territori di studio sembra non aver prodotto *stakechallenger* (gruppi di opposizione).

Un anello decisamente debole di questa prospettiva macroscopica è costituito dal rapporto tra i due principali attori istituzionali: Regione ed Az.Usl di Parma.

Non che tra i due soggetti non esista una comunione di intenti programmatici: il progetto parmense delle ventisei "Case della Salute" è *di fatto* l'esperienza pilota regionale.

La criticità espressa dai nostri interlocutori riguarda piuttosto l'investitura ufficiale della Regione in merito al ruolo di azienda sanitaria *capofila* di una sperimentazione, i cui risultati - positivi o meno - avranno ricadute sulla sanità regionale e non specificatamente locale (Az. Usl di Parma).

Si tratta di timori del tutto legittimi e comprensibili pur a fronte della presenza di un "terzo" soggetto istituzionale, la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria di Parma, che formalmente ha approvato il piano di riforma delle "case". Il ruolo di quest'ultimo attore, tuttavia, è di differente caratura rispetto alle finalità del progetto di rinnovamento delle cure primarie. Difatti, a livello di integrazione tra aree istituzionali - sanità e sociale - la Conferenza ricopre funzioni di rilievo, in quanto sede istituzionale della programmazione

integrata; viceversa a livello di mandato, trattandosi di un organismo territorialmente circoscritto alla provincia, esercita un peso di minor tutela rispetto all'ente regionale.

Al di là di quelle che possono essere le “giuste” preoccupazioni di chi per primo opera cambiamenti importanti in settori di interesse pubblico, qual è la tutela della salute, l'elemento che in chiave analitica macro emerge con una certa evidenza dai nostri casi di studio è una diversa idea di *governance*.

Nonostante l'imperfezione odierna, attribuibile alla fase di passaggio dal modello dei Nuclei di cure primarie a quello della Casa della Salute, l'atteggiamento prevalente degli attori istituzionali (regione, azienda sanitaria, enti locali) è la *ricerca* di un sistema di relazioni “poliarchiche”, basate sulla divisione del potere decisionale e delle responsabilità fra una pluralità di soggetti *sociali ed istituzionali*. Sotto tale profilo, pertanto, la *governance* viene ad essere la risposta “strutturale” per la gestione della complessità dei nuovi bisogni di salute, in considerazione delle trasformazioni sociali e culturali determinate dall'epoca della planetarizzazione.

Dall'insieme degli aspetti considerati emerge, dunque, una serie di fattori che definiscono lo stato attuale del progetto di revisione dell'assistenza primaria parmense e che possono essere riepilogati come segue:

- la riorganizzazione dei servizi territoriali è ancora al *primo stadio* anche se le nostre due Case della Salute hanno alle proprie spalle una storia rilevante, determinata dalla riconversione di strutture sanitarie pre-esistenti e dall'istituzione dei Nuclei di cure primarie;
- in entrambi i contesti le figure professionali coinvolte si mostrano particolarmente motivate pur a fronte del permanere di una *pianta organica eterogenea* che vede i medici di medicina generale quali lavoratori autonomi rispetto al rapporto di pubblico impiego degli altri colleghi della “casa”: medici specialisti, operatori sanitari “tecnici” e personale amministrativo;
- sotto tale profilo va sottolineata la possibilità di *sperquazioni* che potrebbero rappresentare, in un futuro più o meno prossimo, forme di resistenza rispetto all'obiettivo della piena integrazione professionale e multidisciplinare;
- attualmente la presenza *carismatica* delle figure dei *facilitatori di processo* rappresenta un fattore di forza per l'integrazione tra servizi ed operatori della nuova struttura assistenziale;

- anche la concentrazione della medicina del territorio in una *sede unica* ha facilitato il processo di interconnessione professionale ed operativa, consentendo inoltre l'allargamento significativo dell'orario di assistenza [h12] e la configurazione della "casa" quale *presidio sanitario prossimo ed accessibile*;
- un elemento davvero strategico per l'avvio del progetto e per la realizzazione del modello assistenziale della CdS è rappresentato dall'ampia *adesione della medicina generale*, che proprio in provincia di Parma ha dato origine alla sperimentazione di forme di associazionismo complesso, come quello di rete, diventando punto di riferimento territoriale;
- il *lavoro di squadra* intrapreso con l'associazionismo medico sembra aver agito da strumento di contenimento delle "resistenze" al rinnovamento da parte dei medici di medicina generale con maggior anzianità professionale, che pur rappresentando un aspetto su cui intervenire in senso migliorativo non si pone, tuttavia, come ostacolo insormontabile;
- il lavoro in team all'interno della CdS non pare aver minato la *personalizzazione del rapporto* tra il paziente ed il "suo" medico, mentre ha rassicurato l'utenza circa l'esistenza di una struttura sanitaria *continuativamente disponibile* e contrassegnata dalla *professionalità*;
- la figura del *medico di famiglia* è venuta assunto un nuovo profilo sia in relazione alle proprie funzioni/competenze che rispetto alla divisione del lavoro clinico con le altre professionalità; i cambiamenti più evidenti sottesi dalla "casa" riguardano la fuoriuscita dall'isolamento operativo, l'adozione del paradigma della medicina d'iniziativa, l'ingresso ufficiale nel governo delle cure primarie con il ruolo di regia e l'essere *pars costruens* del sistema di promozione/tutela della salute;
- relativamente all'avvio del progetto di innovazione va posto in evidenza che risulta frutto dell'intreccio di due dinamiche: 1) di *bottom up* per ciò che concerne sia il tipo di approccio adottato dall'azienda sanitaria per la condivisione dell'iniziativa sia l'esperienza pregressa dei nuclei e dell'associazionismo di rete della medicina generale; 2) di *top-down* per quanto riguarda le linee d'indirizzo e gli strumenti finanziari necessari per la messa in atto del modello ed il conseguimento degli obiettivi della continuità assistenziale e dell'integrazione lungo l'asse sanitario e socio-sanitario. In merito a questa seconda dinamica va ricordato il ruolo assunto dalla dirigenza dell'Asl di Parma, che ha rappresentato il centro di *catalizzazione* e di *motivazione* delle figure implicate nel progetto di riforma;

- circa i processi d'integrazione tra *settori istituzionali* e tra *livelli di cura* il quadro che emerge è che, allo stato attuale, si pongono su due differenti piani di sviluppo; quella *socio-sanitaria* è in fase di attuazione ed il grado di successo pare dipendere dallo stato pre-esistente di integrazione nel territorio di riferimento; viceversa, l'integrazione tra *cure primarie e secondarie* è un traguardo ancora lontano ed oggi è sicuramente il problema di più complessa soluzione.
- infine, la *valutazione della soddisfazione degli utenti* rispetto alla quale non si hanno ancora indicatori che permettano di determinare in maniera puntuale gli outcome della sperimentazione sia di tipo economico-gestionale che soprattutto di risultati di salute. Va detto, comunque, che dall'elaborazione dei nostri questionari emerge l'apprezzamento dell'utenza e la coscienza di un miglioramento complessivo del servizio offerto.

Per affrontare le sfide che le grandi trasformazioni - *demografiche, epidemiologiche e sociali* - degli ultimi decenni hanno lanciato ai sistemi di welfare dei paesi a capitalismo maturo è riconosciuta la necessità di riorganizzare il servizio sanitario pubblico, puntando sul potenziamento delle cure primarie. L'agenda mondiale delle politiche sanitarie spinge fortemente verso una chiara e netta definizione delle competenze e delle funzioni che devono rispettivamente svolgere l'assistenza ospedaliera e quella territoriale: la prima basata sulla logica della massima intensività delle cure e la seconda sulla loro estensività e prossimità ai luoghi di vita delle persone. Entrambe, necessariamente, sull'integrazione a rete dei servizi, sulla continuità temporale e bi-direzionale dei percorsi assistenziali, sull'implementazione tecnologica e sulla valorizzazione dei rispettivi saperi "esperti".

In tale orizzonte di riferimento si forma la proposta di avviare la sperimentazione di un modello assistenziale multidimensionale, in grado di garantire l'aggregazione spaziale degli operatori e dei servizi territoriali nell'ottica della presa in carico complessiva e del tutoraggio permanente di un paziente sempre più frequentemente anziano ed affetto da patologie invalidanti. La Casa della Salute diventa così la chiave di svolta dell'aggregazione fisica e funzionale delle cure primarie del nostro paese attraverso la quale raccordare e potenziare l'insieme dei servizi assistenziali di base afferenti al Distretto.

Dall'analisi dei due casi di studio è emerso che nel passaggio dal piano teorico della programmazione all'empiria dei fatti qualche scarto esiste, seppure le nostre case possano considerarsi modelli abbastanza conformi all'obiettivo di un'assistenza territoriale unitaria e continuativa. La perplessità più manifesta della Casa della Salute concerne il tema

dell'integrazione, un compito che - tradizionalmente - gli stessi distretti sanitari hanno faticato e faticano a svolgere. Il progetto ministeriale confida nella "casa" quale sede più idonea per realizzarla, ma proprio in questo ambito, come abbiamo visto, si manifestano i problemi maggiori della nuova struttura territoriale. Dal nostro lavoro di ricerca si evince, infatti, l'oggettiva mancanza di un raccordo professionale e di pratiche con l'ospedale, che potrebbe inficiare l'intero progetto di ri-ordine dell'assistenza primaria. Senza un rapporto di collaborazione effettiva con le cure secondarie il modello della CdS rischia di essere una "soluzione parziale" rispetto alle sfide a cui è chiamata la sanità odierna.

Non vanno dimenticati, inoltre, i comportamenti all'interno della "casa" che, nonostante paiano già funzionalmente integrati, manifestano qualche disparità di natura contrattuale (lavoro autonomo e dipendente) e di riconoscimento ufficiale dei nuovi compiti (es. "case management" infermieristico). Si tratta di aspetti di non secondaria importanza se posti in relazione all'integrazione professionale intramoenia ed agli ostacoli che potrebbero insorgere per la sua completa attuazione.

Un altro aspetto di rilievo per la buona riuscita del progetto della Casa della Salute è quello connesso alla regolamentazione dei rapporti con i presidi e gli studi medici che permangono all'esterno della struttura, rispetto ai quali la nostra ricerca non ha potuto far luce in quanto "lavoro in allestimento". Si tratterà di allestire una "rete" ma ancora una volta l'obiettivo rappresenta il nodo da sciogliere, dal momento che le numerose leggi e i tanti programmi aziendali non hanno ancora trovato la via di una soluzione organica al problema. Il tema della rete dei servizi, com'è emerso anche dal nostro studio, difetta già di alcune sue componenti (cfr. connessione territorio/ospedale) e, in tale prospettiva, il raccordo di quanto resta al di fuori dei confini della "casa" diventa nevralgico.

Come tutte le innovazioni anche la Casa della Salute ha bisogno di un tempo per la sua realizzazione, un tempo che non può comporsi di fasi d'attesa quanto piuttosto di tappe progressive di un percorso che si completerà a regime con l'area *sistema-distrettuale*, che avrà i suoi *nodi* (le Case della Salute), i suoi *legami* (i Dipartimenti) ed il suo *centro unificatore* (Ufficio di coordinamento aziendale).

Rispetto a questo costrutto ideale siamo ancora al primo stadio del processo di ri-ordine dell'assistenza territoriale anche se i nostri casi di studio lasciano presagire la possibilità di arrivare alla meta per l'insieme dei fattori predisponenti che abbiamo visto caratterizzare il contesto parmense.

Il viaggio, però, resta lungo e difficile anche se i vantaggi sottesi dal traguardo sono per tutti: per i *cittadini*, che disporranno di una sede certa dove portare le proprie domande

di cura/salute e ricevere risposte appropriate e specifiche; per gli *amministratori* e la *comunità locale*, che potranno mettere a disposizione le proprie competenze nell'ambito della programmazione degli interventi di natura sanitaria e sociale; per gli *operatori*, che potranno disporre di tecnologie e di collegamenti diretti ed informatizzati tra settori e discipline con ricadute qualificanti la propria professione; per l'*azienda sanitaria*, che potrà realizzare gli obiettivi assistenziali (Lea) ad essa affidati per legge e svolgere al meglio la funzione di strumento tecnico, coordinatore dei fattori produttivi, per la tutela della salute individuale e collettiva. Tali benefici richiedono, senza dubbio, la collaborazione degli organismi regionali e municipali per dipanare le difficoltà della transizione; difficoltà di cui sembrano essere consapevoli sia la regione Emilia Romagna che l'Azienda sanitaria di Parma, che tuttavia - prime in Italia - hanno intravisto nell'idea della Casa della Salute un'*innovazione* che potrà dare nuova linfa e credibilità alla sanità pubblica del prossimo futuro.

Appendice

Traccia dell'intervista alle figure apicali

1. Area d'indagine: *“Il contesto di partenza e sua evoluzione”*

- Potrebbe delineare lo stato dell'assistenza territoriale regionale e locale antecedente l'avvio della “Casa della salute” (CdS)?
- Quali sono le esigenze a cui intende rispondere il progetto della CdS? Quali le problematiche da cui prende le mosse? Quali i compiti e gli obiettivi perseguiti?
- Rispetto all'antecedente stato delle cose, la Casa della Salute che impatto potrebbe avere? (es. sulla rete dei Nuclei di Cure primarie, sul modello/ruolo del distretto, ecc.)

2. Area d'indagine: *“Le azioni preliminari per l'attivazione del progetto”*

- Quale percorso, quali passi sono stato compiuti per arrivare alla realizzazione del progetto?
- Come sono stati individuati e coinvolti i vari “portatori di interesse”?
- Quali sono state le criticità nella relazione con gruppi di professionisti e/o associazioni di cittadini e/o istituzioni e quali processi sono stati attivati per creare l'adeguato consenso attorno al progetto?
- È stato necessario modificare prassi e protocolli sanitari?

(circa la formazione dei facilitatori dei processi)

- Quali sono stati i criteri di selezione dei partecipanti alla formazione? Quali i professionisti coinvolti? Quali i temi formativi? Che tipo di vulnerabilità sono emerse? Ci sono state richieste o proposte specifiche da parte dei partecipanti? Come opereranno i “facilitatori di processo” durante la fase di ricaduta?

3. Area d'indagine: *“Le innovazioni organizzative e professionali”*

(rispetto agli obiettivi della CdS)

- Quali sono i fattori innovativi della CdS attraverso cui perseguire l'efficacia dell'assistenza, l'appropriatezza delle cure, l'equità del trattamento, la continuità assistenziale?
- Rispetto alla promozione della salute e all'educazione sanitaria (ambiti ancora “poco” percorsi nel nostro paese) ritiene che l'apertura della CdS influenzerà questa situazione e se sì in che modo?

(rispetto all'integrazione gestionale e professionale)

- In che modo la CdS permette ai vari operatori (sanitari e sociali ma anche amministrativi) di integrarsi nel sistema in un'ottica di continuità assistenziale e di

presa in carico dei singoli e delle famiglie? Quale possibile integrazione con il livello ospedaliero?

- Quali cambiamenti sono stati attuati a livello organizzativo?
- La cultura professionale dei diversi operatori sanitari in che modo ha ostacolato o favorito il cambiamento organizzativo?

(rispetto al rapporto coi cittadini e pazienti)

- Su tale piano la CdS apporta delle innovazioni? Se sì, di che tipo?

4. Area d'indagine: "La valutazione"

(Grado di successo del progetto)

- In relazione all'attuale situazione di avvio della CdS come reputa lo stato dell'arte? Ci sono ambiti di intervento in cui maggiore è stato il rinnovamento? Che cosa ancora dovrebbe essere modificato e come?

(ostacoli superati o da superare)

- Quali sono state le difficoltà più rilevanti che si sono dovute affrontare? In che modo? Con quali risultati?

(fattori di forza e loro trasferibilità ad altre esperienze/ contesti)

- Quali sono stati i fattori favorevoli più significativi? Quali di questi potrebbero essere trasferiti ad altre esperienze?

Traccia dell'intervista alle figure professionali

1. Area d'indagine: **“Verso la Casa della Salute: aspettative e preoccupazioni circa il cambiamento del contesto professionale”**

- Potrebbe descrivere come si caratterizzava (o si caratterizza) il suo lavoro nell'ambito delle Cure primarie [Nuclei]: criticità, aspetti funzionanti/qualificanti, ecc.
- Quali attese ci sono rispetto alla nuova situazione [CdS]? Quali preoccupazioni? Quali rischi esistono (o sono sottesi)? Come andrebbero evitati?
- Quali sono le esigenze a cui intende rispondere il progetto della CdS? Quali i problemi da cui prende le mosse? Quali i compiti e gli obiettivi perseguiti?

2. Area d'indagine: **“Le azioni preliminari per l'attivazione del progetto”**

- Quale percorso è stato intrapreso per la condivisione del Progetto? Quale sono state le maggiori difficoltà incontrate lungo il percorso di attivazione? Come sono state risolte?
- Quali cambiamenti sono stati necessari? (verso se stessi, le altre figure sanitarie, l'organizzazione)
- È stato necessario modificare prassi e protocolli sanitari? Altro?

3. Area d'indagine: **“Le innovazioni organizzative e professionali”**

(rispetto agli obiettivi della CdS)

- Quali sono i fattori innovativi della CdS attraverso cui perseguire l'efficacia dell'assistenza, l'appropriatezza delle cure, l'equità del trattamento, la continuità assistenziale?
- Quali i cambiamenti da operare sia a livello organizzativo che di cultura professionale?
- Rispetto alla promozione della salute e all'educazione sanitaria (ambiti ancora “poco” percorsi nel nostro Paese) ritiene che l'apertura della CdS influenzerà questa situazione e se sì in che modo?

(rispetto all'integrazione gestionale e professionale)

Verticale

- In che modo la CdS permette alle diverse figure professionali di integrarsi nel sistema in un'ottica di continuità assistenziale e di presa in carico dei singoli e delle famiglie? Quale possibile integrazione con il livello ospedaliero?

Orizzontale

- Come vengono attivate tutte le competenze professionali e le risorse necessarie ai fini del raggiungimento degli obiettivi della CdS? Qual è lo stato dell'arte del "Case manager" e dell'infermiere di famiglia nel vostro contesto? In tal senso ci sono aspetti della formazione professionale da ripensare e/o implementare?
- Circa la figura del Medico di Medicina Generale nelle cure primarie, in generale, e nella CdS, nello specifico, quali potrebbero essere i cambiamenti da operare per svolgere le proprie funzioni? E a livello di formazione universitaria? Ai fini del rinnovamento la "clinical governance" (governo clinico) e il tema dell'accountability che effetti potrebbero avere sul ruolo professionale del MMG?

(rispetto alla motivazione e alla professionalità)

- Quali sono attualmente gli aspetti qualificanti del suo lavoro? Quali opportunità professionali intravede nella realizzazione della CdS? Quali modifiche si aspetta per migliorare la qualità del lavoro che svolge?

(rispetto al rapporto coi cittadini e pazienti)

- Vi è innovazione su questo piano? Di che tipo?

4. Area d'indagine: "La valutazione"

(Grado di successo del progetto)

- In relazione all'attuale situazione di avvio della CdS come reputa lo stato dell'arte? Ci sono ambiti di intervento in cui maggiore è stato il rinnovamento? Che cosa ancora dovrebbe essere modificato e come?
- Come sono cambiate le relazioni tra i vari professionisti sanitari? E con le figure sociali (es. assistente sociale)?

(ostacoli superati o da superare)

- Quali sono state le difficoltà più rilevanti che si sono dovute affrontare? In che modo? Con quali risultati?

(fattori di forza e loro trasferibilità ad altre esperienze/ contesti)

- Quali sono stati i fattori favorevoli più significativi? Potrebbero essere trasferibili ad altre esperienze?



Università degli Studi di Ferrara

Questionario: “La Casa della Salute dal punto di vista dagli utenti”

Gentile Signora/e,

Le chiediamo di esprimere la Sua opinione sui servizi offerti dalla “Casa della Salute” di.....

I giudizi da Lei assegnati nel presente questionario verranno trattati nel pieno rispetto della Sua riservatezza ed anonimato. Le informazioni ricevute saranno utilizzate all'interno di un progetto di ricerca di dottorato dell'Università degli Studi di Ferrara inerente le cure primarie e un'analisi di alcune esperienze di CdS.

Per ogni domanda Le chiediamo di porre una crocetta [X] nella casella corrispondente alla Sua opinione, dando una sola risposta.

Grazie per la gentile collaborazione.

1. Con quale frequenza accede a questa struttura chiamata “Casa della Salute” (CdS)?

Poche volte, all'occorrenza

Spesso, per problemi di salute permanenti ☞ *specificare quali:* _____

2. Oggi ha effettuato?

Una visita dal medico di famiglia

Una visita specialistica

Una terapia

Un esame

Altro: ☞ *specificare* _____

3. Conosce il tipo di prestazioni/servizi che può avere all'interno della Casa della Salute?

Non in modo adeguato

Sì, bene (*proseguire alla dom.5*)

4. Per migliorare la conoscenza delle prestazioni/servizi offerte dalla Casa della Salute ritiene utile:

Ricevere informazioni dal medico di famiglia

Organizzare incontri con la cittadinanza

Disporre di uno sportello informativo specifico

Altro: ☞ *specificare* _____

5. Nel corso degli ultimi sei mesi/un anno è ricorso al Pronto Soccorso perché?:

Su iniziativa personale

Su invio del medico di famiglia (*proseguire alla dom.7*)

Su richiesta del medico specialista (*proseguire alla dom.7*)

Su richiesta del medico di continuità assistenziale (guardia medica) (*proseguire alla dom.7*)

6. Può dire perché è andato al pronto soccorso di propria iniziativa?

Non ero a conoscenza della possibilità di *assistenza continua* offerta dalla Casa della salute

In ospedale mi sento più assistito

In assenza del mio medico, ho più fiducia dei medici ospedalieri/pronto soccorso che di altri

Altro: ☞ *specificare* _____

7. Secondo la sua *personale esperienza*, rispetto a quando vi era solo il medico di famiglia sul territorio, la Casa della Salute come influisce sui servizi/prestazioni per ciascuno dei seguenti aspetti:?

Tempi di attesa	Peggiorati	Identici a prima	Migliorati	Ottimizzati	Non so dire
Percorso di prenotazione	Peggiorato	Identico a prima	Migliorato	Ottimizzato	Non so dire
Collocazione dei servizi sul territorio	Peggiorata	Identica a prima	Migliorata	Ottimizzata	Non so dire
Collaborazione tra i servizi	Peggiorato	Identico a prima	Migliorato	Ottimizzato	Non so dire
Comunicazione tra i vari operatori (medici, assistenti, infermieri, ecc..)	Peggiorata	Identica a prima	Migliorata	Ottimizzata	Non so dire
Contatti con l'ospedale	Peggiorati	Identica a prima	Migliorati	Ottimizzati	Non so dire

8. Rispetto alle sue aspettative i servizi dati dalla Casa della Salute sono:

Peggiori di come me li aspettavo	Come me li aspettavo	Migliori di come me li aspettavo	Non ho elementi di giudizio
----------------------------------	----------------------	----------------------------------	-----------------------------

9. Nella sua famiglia ci sono persone affette da malattie croniche (es. diabete, cardiopatie, malattie respiratorie) o non autosufficienti/disabili?

Sì *specificare:* No (*proseguire alla dom.12*)
 me stesso
 coniuge
 figlio/a
 fratello/sorella
 nonno/nonna
 altri familiari

10. Se sì, secondo lei cosa si dovrebbe fare per un malato cronico (esempio con il diabete o con scompenso cardiaco, ipertensione, BPCO) o disabile?

	Sì	No	Non so dire
1. Ascoltare i suoi problemi di salute			
2. Offrire cure appropriate			
3. Seguire il malato in ogni fase dell'assistenza di cui ha bisogno			
4. Informare la famiglia e coinvolgerla nella cura del malato			
5. Rendere semplice e veloce l'accesso a tutti i servizi sanitari che servono per la cura del paziente			
6. Fare in modo che tutti i medici che curano il paziente parlino tra loro per assistere al meglio il malato			
7. Organizzare l'assistenza dopo essere stato dimesso dall'ospedale (es. per la riabilitazione)			
8. Offrire al malato tutto quello di cui ha bisogno anche con l'aiuto dei servizi del Comune (es. per essere assistito bene anche a casa)			

11. Delle cose sopra elencate secondo la sua esperienza questa Casa della Salute quali offre? Metta una X sui numeri corrispondenti alle cose che, secondo lei, vengono realmente offerte:

[1]; [2]; [3]; [4]; [5]; [6]; [7]; [8]; nessuna delle cose indicate Non so

12. Quali sono le modalità di accesso all'ambulatorio del suo medico di famiglia?

Per accesso diretto, ma solo per le urgenze

Per appuntamento

Sia per accesso diretto che per appuntamento

13. Nel suo rapporto con il medico di famiglia quanto si sente coinvolto nelle decisioni riguardanti le sue cure ed il suo trattamento?

Per nulla coinvolto

Abbastanza coinvolto

Coinvolto

Molto coinvolto

Preferisco far decidere al mio medico

14. Secondo Lei il raggruppamento di medici e servizi nella Casa della Salute è migliore rispetto al solo medico di famiglia?

Sì *perché:* _____

No *perché:* _____

Non saprei dire

15. Come valuta l'operato del suo medico di famiglia per ciascuno dei seguenti aspetti?

Gentilezza durante la visita e disponibilità all'ascolto	Non sempre soddisfacente/adeguato	Soddisfacente/adeguato	Molto soddisfacente/adeguato
Attenzione ai suoi problemi di salute e tempo dedicato alla visita	Non sempre soddisfacente/adeguato	Soddisfacente/adeguato	Molto soddisfacente/adeguato
Precisione circa le informazioni date sui suoi problemi di salute e sulle terapie da seguire a casa	Non sempre soddisfacente/adeguato	Soddisfacente/adeguato	Molto soddisfacente/adeguato
Aiuto offerto per la risoluzione dei problemi burocratici/amministrativi	Non sempre soddisfacente/adeguato	Soddisfacente/adeguato	Molto soddisfacente/adeguato
Prescrizione dei farmaci ed invio alla medicina specialistica	Non sempre soddisfacente/adeguato	Soddisfacente/adeguato	Molto soddisfacente/adeguato
Capacità di capire il suo stato d'animo e di esserle di aiuto	Non sempre soddisfacente/adeguato	Soddisfacente/adeguato	Molto soddisfacente/adeguato

16. Come valuta il personale infermieristico di questa Casa della Salute per ciascuno di tali aspetti?

Gentilezza durante l'incontro e disponibilità all'ascolto	Non sempre soddisfacente/adeguato	Soddisfacente/adeguato	Molto soddisfacente/adeguato
Attenzione ai suoi problemi di salute e tempo dedicato alla prestazione	Non sempre soddisfacente/adeguato	Soddisfacente/adeguato	Molto soddisfacente/adeguato
Grado di partecipazione alla sua assistenza/cura	Non sempre soddisfacente/adeguato	Soddisfacente/adeguato	Molto soddisfacente/adeguato
Capacità di capire il suo stato d'animo e di esserle di aiuto	Non sempre soddisfacente/adeguato	Soddisfacente/adeguato	Molto soddisfacente/adeguato
Aiuto offerto per la risoluzione dei problemi burocratici/amministrativi	Non sempre soddisfacente/adeguato	Soddisfacente/adeguato	Molto soddisfacente/adeguato

17. Da quando è stata istituita la Casa della Salute potrebbe esprimere un suo giudizio sull'assistenza/cura che riceve per ciascuno di questi aspetti?
[valore 0=pessimo; valore 10=ottimo]

Coinvolgimento nelle decisioni da prendere per le cure da fare	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tempo che trascorre tra visite ed esami	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Gestione delle cose da fare per essere assistiti/curati (es. che visita/esame effettuare, dove, quando, ritiro del referto, ritiro di presidi per l'assistenza integrativa, ecc.)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Indicazioni su cosa fare per stare bene e in salute (es. alimentazione, passeggiate, ecc.)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Informazioni ricevute dai medici sulle proprie condizioni di salute	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Indicazioni su terapie e comportamenti da seguire a casa	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Cortesìa, gentilezza, disponibilità dei medici e degli infermieri nel curare la sua malattia ed assisterla quando ne ha bisogno	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

18. Secondo Lei la Casa della Salute rappresenta:

Un doppio dei servizi esistenti

Un luogo di cura/assistenza "alternativo" all'ospedale

Una struttura qualificata di cura/assistenza accanto all'ospedale

Non saprei

19. Qual è la prima parola che le viene in mente pensando alla Casa della Salute?

20. Chi risponde al questionario:

Paziente

Familiare

Altra persona  specificare: _____

21. Sesso:

M F

22. Et : (in anni compiuti) _____

23. Titolo di studio:

Nessuno

Licenza elementare

Licenza Media

Diploma

Laurea

Post-laurea

24. Condizione lavorativa:

Occupato  specificare professione: _____

In cerca di occupazione

Pensionato

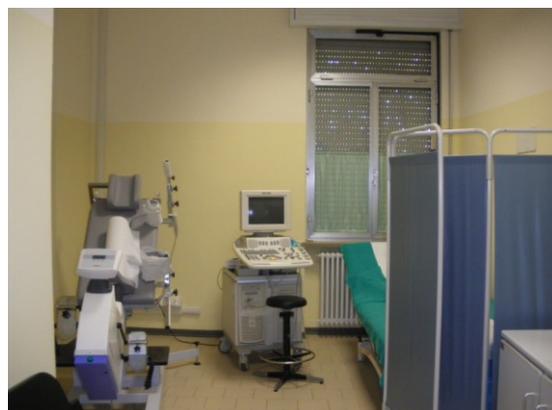
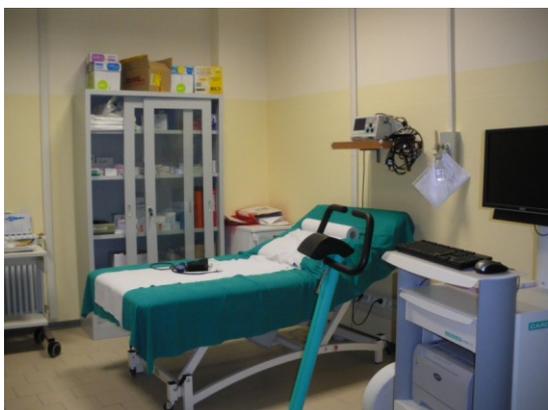
Casalinga

Studente

25. Comune di residenza: _____

26. Nazionalit : Italiana Altra  specificare: _____

“Le Case della Salute di Colorno e San Secondo: alcune immagini”



Bibliografia

- Agenzia per i Servizi sanitari Regionali-Sezione Organizzazione Servizi Sanitari. (2005). Il sistema sanitario inglese:raccordo tra medicina generale e specialistica. *I supplementi di Monitor*, 131-137.
- Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali. (2011). *La rete dei distretti sanitari in Italia*. Roma: Age.na.s.
- Albertini, M. (2009). Come affrontare la cattiva salute in età anziana: similitudini e differenze tra poveri e non, in Italia e in Europa. In A. Brandolini, C. Saraceno, & A. Schizzerotto, *Dimensioni della disuguaglianza in Italia: povertà, salute, abitazione* (pp. 231-250). Bologna: Il Mulino.
- Altieri, L. (2009). *Valutazione e partecipazione. Metodologia per una ricerca interattiva e negoziale*. Milano: Angeli.
- Altieri, L., Luison, L., (a cura di) (1997). *Qualità della vita e strumenti sociologici. Tecniche di rilevazione e percorsi di analisi*. Milano: Angeli.
- Ancona, A. (2008). Sette buone ragioni per investire sui PUA. *Monitor*, 4-6; anno VI n.2.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11; 11-18.
- Ardigò, A. (1980). *Crisi di governabilità e mondi vitali*. Bologna: Cappelli.
- Ardigò, A. (1997). *Società e salute. Lineamenti di sociologia sanitaria*. Milano: Angeli.
- Ascoli, U., (a cura di) (1984). *Welfare State all'italiana*. Roma-Bari: Laterza.
- Asworth, M., Seed, P., Armstrong, D., Durbaba, S., & Jones, R. (2007). The relationship between social deprivation and the quality of primary care: a national survey using indicators from the UK Quality and Outcomes Framework. *British Journal General Practise*, 57:441-448.
- Augè, M., & Herzlich, C. (1986). *Il senso del male*. Torino: Il Saggiatore.
- Aulizio, G. (2009). L'ospedale di comunità. In E. Guzzanti, *L'assistenza primaria in Italia dalle condotte mediche al lavoro di squadra* (p. 543-561). Roma: Edizioni Iniziative Sanitarie.
- Auxilia, F., Peduzzi, P., Lopicolli, S., & Vazzoler, C. (2011). Percorsi di diagnosi e cura. Cure primarie e politiche sanitarie. *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n.9-10; 6-10.
- Babbie, E. (2010). *Ricerca sociale*. Milano: Apogeo.

- Baldi, B. (2003). *Stato e territorio. Federalismo e decentramento nelle democrazie contemporanee*. Bari: Laterza.
- Bargagli, M., Castiglioni, M., & Della Zuanna, G. (2003). *Fare famiglia in Italia. Un secolo di cambiamenti*. Bologna: Il mulino.
- Barr, U. J., Robinson, S., Marin-Link, B., & Underhill, L. (2003). The Expanded Chronic care Model. *Hospital Quarterly*, Vol. n.7; 73-82.
- Barucchello, M. (2007). Ospedale e medicina generale:una collaborazione necessaria tra continuità delle cure e sicurezza del paziente. *Salute e Società*, 70-82.
- Bateson, G. (1972). *Steps to an Ecology of Mind*. S. Francisco: Chandler.
- Bateson, G. (1979). *Mind and Nature: A Necessary Unity*. New York: Dutton.
- Baudrillard, J. (1976). *La società dei consumi*. Bologna: Il Mulino.
- Bauman, Z. (2007). *Homo consumens. Lo sciame dei consumatori e la miseria degli esclusi*. Trento: Erickson.
- Bauman, Z. (2003). *Modernità liquida*. Roma- Bari: Laterza.
- Beck, U. (1999). *Che cos'è la globalizzazione. Rischi e prospettive nella società planetaria*. Roma: Carocci.
- Beck, U. (2000). *La società del rischio. Verso una seconda modernità*. Roma: Carocci.
- Bellentani, M. (2011). Il Distretto nella programmazione sanitaria nazionale. *Monitor*, pp. 83-99; supplemento n.8.
- Bellentani, M. (2009). *Stato di attuazione dei modelli innovativi di assistenza primaria nelle regioni italiane*. Roma: Age.na.s.
- Bellentani, M., & Guglielmi, E. (2009). Il Punto Unico di Accesso a garanzia dei Livelli essenziali di assistenza sociosanitaria. *Quaderni card*, n.9.
- Benigni, B. (2006). La Casa della salute. *Salute e Territorio*, 377-378.
- Bichi, R. (2005). *La conduzione delle interviste*. Roma: Carocci.
- Bichi, R. (2002). *L'intervista biografica. Una proposta metodologica*. Vita e Pensiero: Milano.
- Bindi, R. (2005). *La Salute impaziente*. Alessandria: Jaca Book.
- Bischoff, A. (2003). *Caring for migrant and minority patients in European hospitals: a review of effective interventions*. Neuchatel: Swiss Forum for Migration and Population Studies.
- Bodenheimer, T., Wagner, E. H., & Grumbach, K. (2002). Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA*, 288:1775-79.
- Borzaga, C., & Fazzi, L. (2004). Introduzione. In *Impresa Sociale*. Trento: Euricse; n.1.
- Boschi, T. (2003). Dove vanno i servizi sanitari? Svezia. *Salute e Territorio*, 137; pp.80-83.

- Bovenga, S. (2007). Le professioni sanitarie tra dominanza medica e condivisione dell'assistenza. *Toscana medica*, n.2; 10-12.
- Bovet, P., & Paccaud, F. (2005 n.149). Una transizione epocale. *Salute e Territorio*, 90-94.
- Brugnoli, A., & Vittadini, G. (2008). *La sussidiarietà in Lombardia*. Milano: Giuffrè.
- Brunello, C. (2001). Le forme di associazionismo medico: contenuti assistenziali e fattori produttivi di sostegno. In F. Longo, E. Vendramini, & et al., *Il budget e la medicina generale* (pp. 41-96). Milano: McGraw-Hill.
- Bulmer, M. (1987). *The social basis of community care*. London: Allen & Unwin.
- Cacciari, C., Pizzini, F. (a cura di) (1985). *La donna paziente, modelli di interazione in ostetricia e ginecologia*. Milano: Angeli.
- Caillé, A. (1998). *Anthropologie du don. Le tiers paradigme*. Paris: La Découverte.
- Cardano, M. (2009). Diseguaglianze sociali, povertà e salute. In A. Brandolini, C. Saraceno, & A. Schizzerotto, *Dimensioni della disuguaglianza in Italia: povertà, salute, abitazione* (pp. 121-138). Bologna: Il Mulino.
- Cardano, M. (2011). *La ricerca qualitativa*. Bologna: Il Mulino.
- Cardano, M. (2003). *Tecniche di ricerca qualitativa*. Roma: Carocci.
- Castelltort, A. L. (2003). Le strutture associative di base quali erogatori di cure primarie in Catalogna. *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n.1; 15-16.
- Castelltort, A. L., & Pascual, J. A. (2001). La fornitura dei servizi di cure primarie. *prospettive Sociali e Sanitarie*, n.1; 5-11.
- Catananti, C. (2000). Rapporto Sanità 2000. In Fondazione Smith Kline, *Nascita ed evoluzione dell'Ospedale: dall'ospitalità all'organizzazione scientifica* (pp. 41-81). Bologna: Il Mulino.
- Cavallo, M. C., Gerzeli, S., & Vendramini, E. (2001). *Organizzazione e gestione delle cure primarie*. Milano: McGraw-Hill.
- Cavicchi, I. (2010). *Medicina e sanità: snodi cruciali*. Bari: Dedalo ed.
- Cavicchi, I. (2005). *Sanità. Un libro bianco per discutere*. Bari: Dedalo ed.
- Cicchetti, A., Ceccarelli, A., Palmieri, A., & Vanacore, R. (2007). *Nuove forme di organizzazione della medicina territoriale: l'associazionismo in medicina generale*. Rapporto Osservasalute.
- Cipolla, C. (1998). *Il ciclo metodologico della ricerca sociale*. Milano: Angeli.
- Cipolla, C. (a cura di) (2002). *Trasformazione dei sistemi sanitari e sapere sociologico*. Milano: Angeli.

- Cipolla, C., Corposanto, C., & Tousijn, W. (2006). *I medici di medicina generale in Italia*. Milano: Angeli.
- Clark, H. H. (1996). *Using language*. Cambridge: University Press.
- Cockerham, W. C. (1983). The state of Medical Sociology in the United States, Great Britain, West Germany and Austria. *Social Science and Medicine*, 17:1531-1527.
- Cohen, E. L., & Cesta, T. G. (1997). *Nursing case management*. St. Louis: Mosby.
- Colozzi, I. (1999). Il principio di sussidiarietà come fondamento della rifondazione dello stato sociale nella direzione della crescita della community care. In L. Lazzari, G. Giorio, & A. Merler, *Dal micro al macro. Percorsi socio-comunitari e processi di socializzazione* (pp. 427-444). Padova: Cedam.
- Comodo, N., & Maciocco, G. (2005). Cure intermedie. La dimissione dall'ospedale va programmata e condivisa. *Occhio clinico. Rivista di pratica medica*, n.8.
- Corbetta, P. (1999). *Metodologia e tecniche della ricerca sociale*. Bologna: Il Mulino.
- Corsalini, E., & Vendramini, E. (2010). *Integrare la rete dei servizi territoriali*. Milano: Egea.
- Cosmacini, G. (2006). Dal medico condotto al medico di medicina generale. *Le giornate della medicina generale*. Como 10-11 Novembre: SNAMI.
- Cosmacini, G. (1996). *Dizionario di storia della salute*. Torino: Einaudi.
- Cosmacini, G. (1987). *Storia della Medicina e della Sanità in Italia*. Bari - Roma: Laterza.
- Costa, G., Cardano, M., & Demaria, M. (1998). *Torino. Storie di salute in una grande città*. Comune di Torino: Osservatorio Socio-economico Torinese/2.
- Dahrendorf, R. (1995). *Quadrare il cerchio. Benessere, coesione sociale e libertà politica*. Roma - Bari: Laterza.
- Damiani, G., & al. (2010). La qualità del sistema di assistenza territoriale ed il valore delle relazioni per un distretto con-vincente. *Assistenza primaria e Distretto, dallo sviluppo di modelli al modello di sviluppo. Spunti di riflessione per una Vision sostenibile* (pp. 6-13). Padova; VIII Congresso Nazionale CARD: Age.na.s.
- Damiani, G., Silvestrini, G., Vena, V., & Cosentino, M. (2010). *Assistenza territoriale. Rapporto Osservasalute*. Milano: Edizioni Prex.
- Damiani, G., Venditti, A., Palumbo, D., Rizzato, E., & Guzzanti, E. (2007). *Assistenza primaria: significato e prospettive di sviluppo organizzativo*. *Organizzazione Sanitaria* 2: 3-16.
- D'Andrea, D., & Pulcini, E. (2002). *Filosofie della globalizzazione*. Pisa: ETS.
- De Maeseneer, J. (2007). *Primary health care as a strategy for achieving equitable care, a literature review commissioned by Health Systems Knowledge Network*. WHO.

- De Maeseneer, J., & et al. (2007). *Primary Health Care as a strategy for achievement equitable care*. Geneve: Knowledge Network on Health Systems_WHO.
- De Martino, E. (1982). *Sud e magia*. Milano: Feltrinelli.
- De Vita, R., Donati, P., & Sgritta, G. (1994). *La politica sociale oltre la crisi del welfare state*. Milano: Angeli.
- Declaration of Alma Ata. (1978, September 6-12). *International Conference on Primary Health Care*. Alma Ata, USSR.
- Dei, S., Roti, L., & Francesconi, P. (2011). Regione Toscana. *Monitor*, n.27; 262-266.
- Del Boca, D., & Rosina, A. (2009). *Famiglie sole*. Bologna: Il Mulino.
- Delbanco, T. L., Berwick, D. M., Boufford, J. L., & et al. (2010). Healthcare in a land called peoplepower:nothing about me without me. *Health Expect*, 4:144-150.
- Delzotti, B. (2007). Distorsioni relazionali. *M.D. Medicinae Doctor*, n.2; 31 gennaio.
- Denzin, N. K. (1970). *The research act: a theoretical introduction to sociological methods*. Chicago: Aldine.
- Di Bari, M. &. (2004, n. 52). Invecchiamento nel mondo: compressione della mortalità, della morbilità, della disabilità. *G. Gerontol*, 438 - 445.
- Di Ruscio, E., Curcetti, C., Rolfini, M., Morini, M., & Spinozzi, E. (2008). L'assistenza primaria in Emilia Romagna. *Monitor*, n.20; 39-43.
- DIeS, & Censis. (2009). *Valutare la sperimentazione delle "Case della salute". I nuovi modelli di assistenza primaria in otto regioni italiane*. Roma: Rapporto di ricerca.
- Dirindin, N. (2001). Federalismo fiscale e tutela della salute. Un percorso di responsabilizzazione delle Regioni o il presupposto per cambiamenti strutturali? In N. Dirindin, & E. Pagano, *Governare il federalismo*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.
- Dirindin, N., & Pagano, E. (2001). *Governare il federalismo. Le sfide per la Sanità*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.
- Donaldson, M., & Vanselow, N. The Nature of Primary Care. *Journal of Family Practise*, 42:113.
- Donati, P. (1993). *Fondamenti di politica sociale*. Roma: NIS.
- Donati, P. (1986). L'integrazione socio-sanitaria nel distretto:rilevazione dei bisogni ed organizzazione dei servizi. In A. Ardigò, *I distretti socio-sanitari. Un esperimento sociologico*. Milano: Angeli.
- Donati, P. (a cura di) (1986). *Salute e complessità sociale. Il ruolo del sociologo per un rinnovato Servizio sanitario nazionale*. Milano: Angeli.

- Donati, P. (a cura di) (1983). *La sociologia sanitaria. Dalla sociologia della medicina alla sociologia della salute*. Milano: Angeli.
- Dotti, C., & Fazzone, U. (2003). Le politiche sociosanitarie in Lombardia. *La Rivista delle Politiche Sociali*, n.1; pp 9-12.
- Eriksson, M., & Lindstrom, B. (2008). A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter *Health Promotion International*, 23; 190-199.
- Favaro, G., & Tognetti Bordogna, M. (1991). *Donne dal mondo. Strategie migratorie al femminile*. Milano: Guerrini e Associati.
- Ferrera, M., & Maino, F. (2006). Le politiche sanitarie. In M. Ferrera (a cura), *Le politiche sociali* (pp. 171-226). Bologna: Il Mulino.
- Fimmg. (2007). La Ri-fondazione della Medicina Generale. *Avvenire Medico n. 7*, 23 - 45.
- Foschi, W. (2004). Epidemiologia ambientale ed epidemiologia sociale: per un approccio integrato. In C. Cipolla, *Manuale di Sociologia* (p. 185-201). Milano: Angeli.
- Foucault, M., & et al. (1979). *Les machines à guérir*. Bruxelles: P. Mardaga.
- France, G. (1990). *Il Libro Bianco "Al servizio dei pazienti"; la riforma del sistema sanitario britannico. Una valutazione italiana*. Roma: Quaderni per la ricerca; serie studi/20; Isr-Cnr.
- France, G. (1998). Healthcare quasi market in a decentralised system of goverment. In W. Bartlett, L. A. Roberts, & J. Le Grand, *Quasi-market reforms in the 1980s: a revolution in social policy* (pp. 155 -173). Bristol: The Policy Press.
- France, G. (2003). I livelli essenziali di assistenza: un caso italiano di "Policy Innovation". In G. Fiorentini, *I servizi sanitari in Italia*. Bologna: Il Mulino.
- France, G. (2004). Standard nazionali e devoluzione:una prima ricognizione. *Politiche Sanitarie*, 5(1): 3 - 15.
- Franzini, M., & Raitano, M. (2007). Welfare state universalistici e selettivi: definizioni, tendenze ed effetti. In *Rapporto sullo stato sociale 2007*. Roma: Utet.
- Frau, G. (2008). Il Punto unico di accesso come modello organizzativo per la presa in carico delle persone. *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 15-19; anno XXXVIII n.18.
- Freidson, E. (1970). *Professional Dominance*. New York: Atherton Press.
- Freidson, E. (2002). *La dominanza medica. Le basi sociali della malattia e delle istituzioni sanitarie*. Milano: Angeli.
- Freidson, E. (2002). Professioni e occupazioni. In G. Vicarelli, *La dominanza medica*. Milano: Angeli.
- Gadamer, H. G. (1960). *Verità e Metodo*. Milano: Bompiani.

- Galli, D., Heller, L., & Tedeschi, P. (2005). Nuova Convenzione della Medicina Generale e implicazioni sugli attuali accordi regionali. In Rapporto Oasi, *L'aziendalizzazione della sanità italiana* (pp. 252-274). Milano: Cergas.
- Gardini, A. (2007). *L'ospedale del XXI secolo*. Milano: Angeli.
- Geddes da Filicaia, M. (1997). Proposte per l'integrazione fra sanitario e sociale. *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 18-19; pp.12-17.
- Geddes da Filicaia, M. (2003). Quale confine tra ospedale e territorio? *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 12-13; pp.1-3.
- Geddes da Filicaia, M. (2005). Il rapporto tra ospedale e territorio. *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n.21; pp.1-5.
- Geddes da Filicaia, M. (2006). Le diseguaglianze nell'assistenza sanitaria. In Osservatorio Italiano sulla salute globale, *A caro prezzo* (pp. 22-35). Pisa: edizioni ETS.
- Geddes da Filicaia, M., & Maciocco, G. (2007). Diseguaglianze nella salute in Europa. *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n.7; 1-9.
- Gensini, G. F., Rizzini, P., Trabucchi, M., & Vanara, F. (2005). *Rapporto Sanità 2005. L'invecchiamento della popolazione e servizi sanitari*. Bologna: Il Mulino.
- Gentili, G., Madeddu, A., & Trimachi, A. (2011). I distretti italiani verso un modello di community oriented primary care: una sfida trentennale tra filosofia e pragmatismo. In Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, *La rete dei distretti sanitari in Italia* (pp. 172-177). Roma: Age.na.s.
- Giannone, M., De Carolis, L., Caputo, P., Gervasio, C., Panuccio, A., Lancione, E., et al. (2009). La sperimentazione della Casa della salute in Italia. *Salute e Territorio*, n.175; 219-223.
- Giarelli, G. (1998). *Sistemi sanitari. Per una teoria sociologica comparata*. Milano: Angeli.
- Giarelli, G. (2003). *Il malessere della medicina. Un confronto internazionale*. Milano: Angeli.
- Giarelli, G., & Patierno, M. (2006). *Medici in associazione. Esperienze, problemi e prospettive dell'associazionismo in Medicina Generale*. Milano: Angeli.
- Giarelli, G., & Venneri, E. (2009). *Sociologia della salute e della medicina. Manuale per le professioni mediche, sanitarie e sociali*. Milano: Angeli.
- Giddens, A. (1999). *La terza via. Manifesto per la rifondazione della socialdemocrazia*. Milano: Il Saggiatore.
- Giddens, A. (2000). *Il mondo che cambia. Come la globalizzazione ridisegna la nostra vita*. Bologna: Il Mulino.

- Giesen, B. (1987). *Beyond reductionism: four models relating micro and macro levels*, in Alexander et al., *The micro-macro link*, University of California Press, Berkely, pp. 337-355.
- Godbout, J. T., & Caillé, A. (1998). *The World of the Gift*. Montreal: McGill-Queen's University Press.
- Goffman, E. (2001). *Asylum. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*. Torino: Ed. Comunità (ed. orig. 1961).
- Golini, A. (2003). *La popolazione del pianeta*. Bologna: Il Mulino.
- Golini, A. (2005). L'invecchiamento della popolazione: un fenomeno che pone interrogativi complessi. *Tendenze Nuove*, n.3; 352-360.
- Good, B. J. (1994). *Medicine, Rationality and Experience: an antropological perspective*. Cambridge: University Press.
- Good, B. J. (1999). *Narrare la malattia*. Torino: Edizioni di Comunità.
- Good, B. J., & Del Vecchio, M. J. (2000). Parallel Systems: Medical Antropology and Medical Sociology. In C. E. Bird, P. Conrad, & A. M. Fremont, *Handbook of Medical Sociology* (p. 377-388). New Jersey: Prentice Hall.
- Gori, C. (2011). *Come cambia il welfare lombardo. Una valutazione delle politiche regionali*. Rimini: Maggioli.
- Gori, C., & Casanova, G. (2009). I servizi domiciliari. In N. A. Network, *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Report 2009* (p. 35 - 52). Rimini: Maggioli Editore.
- Griffith, T. (1967). *Population problems in the age of Malthus*. London: Frank Cass.
- Guthrie, B., McLean, G., & Sutton, M. (2006). Workload and reward in the Quality and Outcomes Framework of the 2004 general practise contract. *British Journal General Practise*, 56:836-841.
- Guzzanti, E. (1996). Le assicurazioni sociali di malattia. In E. Guzzanti, & P. Tripodi, *L'ospedale e la Medicina Sociale*. Roma: Istituto Italiano di Medicina Sociale.
- Guzzanti, E. (2006). L'ospedale del futuro:origini, evoluzione, prospettive. In AA.VV., *Recenti progressi in medicina* (pp. 594-603; vol.97; n.11). Enna: IRCCS.
- Guzzanti, E. (2009). Il governo clinico e l'Assistenza primaria. In E. Guzzanti, *L'assistenza primaria in Italia: dalle condotte mediche al lavoro di squadra* (pp. 775-786). Roma: Edizioni iniziative sanitarie.
- Guzzanti, E. (2011). Lo sviluppo dell'assistenza primaria nel SSN. *Percorsi di innovazione nelle cure primarie*, (pp. 1-40). Parma 21-22 Ottobre.

- Guzzanti, E., & Mastrobuono, I. (2001). I livelli essenziali di assistenza: l'evoluzione e l'interpretazione della normativa, i problemi e le proposte. *Mondo Sanitario*, VIII: 17 - 36.
- Ham, C. (2010). The coalition government's plan for the NHS in England. *British Medical Journal*, 341:c3790.
- Hazzard, W. R. (1996). *Principi di geriatria e gerontologia*. New York: McGraw-Hill.
- Hillier, S. (1987). Rationalism, Bureaucracy and the Organization of the Health Services: Max Weber's contribution to understanding modern Health Care Systems. In G. Scambler, *Sociological Theory and Medical Sociology* (pp. 194-200). London-New York: Tavistock Publications.
- Hirsch, F. (1981). *I limiti sociali allo sviluppo*. Milano: Bompiani.
- Hirschman, A. (1982). *Lealtà, defezione, protesta*. Milano: Bompiani.
- Illich, I. (1973). *Tools for Conviviality*. New York: Harper & Row; tr.it, "La Convivialità" RED, Como, 1993.
- Illich, I. (1977). *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*. Milano: Mondadori.
- Inglese, S. (2008). La lunga marcia dei sistemi di assistenza primaria. *Monitor*, anno VI, numero 21, 16-27.
- Ingresso, M. (a cura di) (1990). *Itinerari sistemici nelle scienze sociali: teorie e bricolage*. Milano: Angeli.
- Ingresso, M. (a cura di) (1994a). *La salute come costruzione sociale. Teorie, pratiche e politiche*. Milano: Angeli.
- Ingresso, M. (1994b). *Ecologia sociale e salute. Scenari e concezioni del benessere nella società complessa*. Milano: Angeli.
- Ingresso, M. (2000). voce: Salute. In A. Melucci, & a. cura, *Parole chiave: Per un nuovo lessico delle scienze sociali*. Roma: Carocci.
- Ingresso, M. (2001a). L'esagono della salute: un modello di costruzione sociale del benessere. *L'arco di Giano*, n.30; 49-77.
- Ingresso, M., (a cura di) (2001b). *Comunicare la salute. Scenari, tecniche, progetti per il benessere e la qualità della vita*. Milano: Angeli.
- Ingresso, M. (2002). La promozione della salute on-line. *Internet e la promozione della salute* (pp. 1-14). Modena: Conferenza Territoriale, Sociale e Sanitaria.
- Ingresso, M. (2003). *Senza benessere sociale. Nuovi rischi e attese di qualità della vita nell'era planetaria*. Milano: Angeli.

- Ingrosso, M. (a cura di) (2006). *La promozione del benessere sociale. Progetti e politiche nelle comunità locali*. Milano: Angeli.
- Ingrosso, M. (a cura di) (2008). *La salute comunicata. Ricerche e valutazioni nei media e nei servizi sanitari*. Milano: Angeli.
- Ingrosso, M. (2008a). La cura fra il dire e il fare: ostacoli e potenzialità di un'ecologia di caring. In M. Ingrosso (a cura di), *La salute comunicata*. Milano: Angeli.
- Ingrosso, M. (2008b). Lo scenario dei paradigmi di cura. Questioni aperte e nuove prospettive. *Animazione Sociale*, XXXVIII,1.
- Ingrosso, M., & Peccenini, M. (2008). I periodici del benessere: un'analisi dei contenuti e degli spazi pubblicitari. In M. Ingrosso (a cura di), *La salute comunicata. Ricerche e valutazioni nei media e nei servizi sanitari*. (pp. 60-73). Milano: Angeli.
- Ingrosso, M., Spaggiari, E., & Marchetti, E. (2008). Consulenti ed internauti: un'analisi dei messaggi in alcuni siti salute. In M. Ingrosso (a cura di), *La salute comunicata. Ricerche e valutazioni nei media e nei servizi sanitari* (pp. 16-37). Milano: Angeli.
- Ingrosso, M., & et al. (2009). *Pratiche di cura e qualità dei servizi domiciliari nel territorio di Ferrara*. Rapporto di ricerca.
- Ingrosso, M. (2010). Alle sorgenti della cura. Ricerca di idee guida per la società della salute. *Società degli individui*, 38,2.
- Ingrosso, M., & al. (2012). *Identità e prospettive del fisioterapista. Autorappresentazione ed attese dei fisioterapisti italiani: un'indagine nazionale*. Rapporto di ricerca (III Parte).
- Jefferys, M. (1996). The development of Medical Sociology in theory and practice in Western Europe. 1950-1990. *European Journal of Public Health*, 6,2; 94-98.
- Kickbusch, I., & Maag, D. (2007). Lo sviluppo della Health Literacy nelle moderne società della salute. In M. Ingrosso, *Fra reti e relazioni: percorsi nella comunicazione della salute* (pp. 185-200). Milano: Angeli.
- Kinckbusch, I., & Maag, D. (2005). *Health Literacy: towards active health citizenship*.
- Klein, R. (2006). *The New Politics of the NHS*. Harlow: Pearson Education.
- Kleinman, A. (1978). Concepts and Model for the comparison of Medical Systems as Cultural System. *Social Science and Medicine*, 85-93.
- La Rosa, M. (2001). *Innovazione e trasformazione nelle politiche sanitarie europee*. Milano: Angeli.
- Land, H., & Rose, H. (1985). Compulsory altruism for some or an altruistic society for all. In P. Bean, J. Ferris, & D. Whyne, *In defence of Welfare*. London: Tavistock.
- Landau, J., & Brambilla, A. (2001). La medicina di gruppo a Milano e provincia: i reali contenuti. *Mecosan*, 93-102; 10, n.37.

- Lanzetti, C. (2005). *Qualità e modelli di cura. Una verifica sulle riforme in sanità*. Milano: Angeli.
- Lasch, C. (1981). *La cultura del narcisismo*. Milano: Bompiani.
- Latouche, S. (1995). *La megamacchina*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Latouche, S. (2006). *La scommessa della decrescita*. Milano: Feltrinelli.
- Leslie, C. (1980). Medical pluralism in world perspective. *Social Science and Medicine*, 191-195.
- Levine, S. (1987). The changing terrains in Medical Sociology: Emergent concern with the quality of life. *Journal of Health and Social Behaviour*, n.28; 1-6.
- Light, D. W. (1991). Professionalism as a countervailing power. *Journal Health Polit Policy Law*, 16:499-506.
- Light, D. W. (2000). The Medical Profession and Organizational Change: From Professional Dominance to Countervailing Power. In C. E. Bird, P. Conrad, & A. M. Fremont, *Handbook of Medical Sociology* (pp. 201-216). 5 th edn; Upper Saddle River: Prentice Hall.
- Livi Bacci, M. (1998). *Storia minima della popolazione nel mondo*. Bologna: Il mulino.
- Lo Presti, E. (2003). Dove vanno i servizi sanitari? Danimarca. *Salute e Territorio*, 137; pp.83-86.
- Longo, F. (2002). Piano Lombardo: quali prospettive per i distretti e le cure primarie? *Salute e Territorio*, n.132; 159-162.
- Longo, F. (2011). Reti socio-sanitarie e strumenti di integrazione: quale ruolo per il distretto? *Monitor*, n.27; 113-127.
- Longoni, P. (2000). Associazionismo: critica alle critiche. *Occhio Clinico*, n.7; settembre.
- Lucchini, M., Sarti, S., & Tognetti Bordogna, M. (2009). I welfare regionali e le differenze territoriali nelle diseguaglianze di salute. In A. Brandolini, C. Saraceno, & A. Schizzerotto, *Dimensioni della diseguaglianza in Italia: povertà, salute, abitazione*. (pp. 165-189). Bologna: Il Mulino.
- Luhmann, N. (1990). *Sistemi sociali. Fondamenti di una teoria generale*. Bologna: Il Mulino.
- Liotard, J. F. (1979). *La condizione postmoderna*. Milano: Feltrinelli.
- Maccacaro, G. A. (1979). L'Unità Sanitaria Locale come sistema. In G. A. Maccacaro, *Per una medicina da rinnovare. Scritti 1966-1976*. (pp. 383- 405). Milano: Feltrinelli.
- Macinko, J., Starfield, B., & Shi, L. (2003). The contribution of Primary Care Systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries 1970 - 1998. *Health Service Research*, 38:3; 831 -865.

- Maciocco, G. (2002). Le Società della salute. Il confronto con l'evoluzione del Servizio sanitario inglese. *Salute e Territorio*, n. 132; 150-154.
- Maciocco, G. (2004). Il nuovo contratto dei medici di famiglia inglesi. *Toscana medica*, anno XXII; n.10 Novembre - Dicembre; 1:45.
- Maciocco, G. (2008). *A trent'anni da Alma Ata. Cure primarie:evoluzione storica e prospettive*. Toscana Medica 6: 35-41.
- Maciocco, G. (2008a). Cure Primarie: storia e prospettive. *Prospettive Sociali e Sanitarie*, anno XXXVIII - n. 3; 1-5.
- Maciocco, G. (2010). Cosa possono (e devono) fare i medici contro le diseguaglianze nella salute. *Toscana medica*, n.10; 72-73.
- Maciocco, G. (2010a). Equity and excellence:liberating the NHS. *Toscana Medica*, n. 9; 52-53.
- Maciocco, G. (2009). *Politica, Salute e Sistemi sanitari. Le riforme dei sistemi sanitari nell'era della globalizzazione*. Roma: Il pensiero Scientifico Editore.
- Maciocco, G., Roti, L., Gori, E., & Gostinicchi, S. (2005). Innovazione e qualità dell'assistenza. *Salute e Territori*, anno XXVI, Marzo-Aprile 2005, n. 149, 30-34.
- Mackenbach, J., & Bakker, M. (2002). *Reducing inequalities in health:a European perspective*. London: Routledge.
- Maino, F. (2001). *La politica sanitaria*. Bologna: Il Mulino.
- Maino, F., & Neri, S. (2006). La Politica sanitaria ai tempi della 'devolution'. *Il Mulino n.1/06*, 132-142.
- Maio, V., Donatini, A., Lazzarato, M., Fabi, M., Sforza, S., & Brambilla, A. (2011). I profili dei nuclei: uno strumento per il governo clinico e per il miglioramento della qualità nel territorio. *Percorsi di innovazione nelle cure primarie*. 21-22 Ottobre Parma: Regione Emilia Romagna-Assessorato Politiche per la salute.
- Manghi, S. (a cura di) (1998). *Attraverso Bateson. Ecologia della mente e relazioni sociali*. Milano: Raffaello Cortina.
- Manghi, S. (2005). *Il medico, il paziente e l'altro*. Milano: Angeli.
- Manghi, S. (2009). *Il soggetto ecologico di Edgar Morin*. Trento: Erickson.
- Mapelli, V. (2000). Tre riforme sanitarie e ventun modelli regionali. In L. Bernardi, *La finanza pubblica in Italia. Rapporto 2000* (p. 299-344). Bologna: Il Mulino.
- Marmot, M. (2007). *Achieving health equity:from root causes to fair outcomes*. *Lancet*; 370:1153-63.

- Marmot, M. (2004). *Status Syndrome. How your social standing directly affects your health*. London: Blomsbury Publishing.
- Marmot, M., & Wilkinson, R. G. (1999). *Social determinant of Health*. Oxford: Oxford University Press.
- Marotta, R. (2011). Gli obiettivi della Regione. In C. Gori, *Come cambia il welfare lombardo. Una valutazione delle politiche regionali* (pp. 19-30). Rimini: Maggioli.
- Marradi, A. (1987). *Concetti e metodi per la ricerca sociale*. Firenze: Giuntina.
- Marradi, A. (1993). *L'analisi monovariata*. Milano: Angeli.
- Marradi, A. (1997). *Linee guida per l'analisi bivariata dei dati nelle scienze sociali*. Milano: Angeli.
- Mascagni, G. (2010). *Salute e disuguaglianze in Europa. Processi sociali e meccanismi individuali in azione*. Firenze: University Press.
- Maturana, A., & Varela, F. (1988). *Autopoiesi e cognizione*. Padova: Marsilio.
- Maturo, A. (2004). La Sociologia della salute in Italia: bilanci e prospettive future. Tavola rotonda con Paolo De Nardis, Pierpaolo Donati, Carlo A. Gobatto, Marco Ingrosso e Luigi Melocchi. In AA.VV, *La Sociologia della salute in Italia: temi, approcci, spendibilità* (pp. 113-135). Milano: Angeli.
- Maturo, A. (2007). *Sociologia della malattia. Un'introduzione*. Milano: Angeli.
- Mauss, M. (1965). *Saggio sul dono*. Torino: Einaudi.
- Mays, N., & Goodwin, J. A. (2000). The British quasi-market in health care: a balance sheet of the evidence. *Journal of Health Services Research and Policy*, 5, 1: 49-61.
- Mazzeo, M. C., & Le Rose, C. F. (2009). Le criticità nella realizzazione dell'Assistenza Primaria in Italia. In E. Guzzanti, *L'Assistenza Primaria in Italia: dalle condotte mediche al lavoro di squadra* (pp. 699-716). Roma: Edizioni Iniziative Sanitarie.
- Mazzeo, M. C., Le Rose, C. F., & Ceccarelli, A. (2009). Assistenza domiciliare. In E. Guzzanti, *L'assistenza primaria in Italia* (pp. 609-635). Roma: Edizioni Iniziative sanitarie.
- Mazzeo, M. C., Le Rose, C. F., & Ceccarelli, A. (2009). L'Assistenza Primaria e l'integrazione socio-sanitaria. In E. Guzzanti, *L'Assistenza Primaria in Italia: dalle condotte mediche al lavoro di squadra* (pp. 421-499). Roma: Edizioni iniziative sanitarie.
- McDonough, P., & Berglund, P. (2003). Histories of Poverty and Self-rated Health Trajectories. *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 44; number 2; 198-214.
- McKee, M. (2002). *Hospital in a changing Europe*. Philadelphia: Open University Press.
- Melucci, A. (1992). L'Aids come costruzione sociale. *Quaderno n.20 del Dipartimento di Politica Sociale di Trento*.

- Melucci, A. (1994). *Passaggio d'epoca: il futuro è adesso*. Milano: Feltrinelli.
- Melucci, A. (1994 a). Guarire o prendersi cura: la scelta della salute. In M. Ingrosso, *La salute come costruzione sociale* (pp. 253-265). Milano: Angeli.
- Mete, R. (2009). Il ruolo del distretto. In E. Guzzanti, *L'assistenza primaria in Italia dalle condotte mediche al lavoro di squadra* (p. 281-289). Roma: Edizioni iniziative sanitarie.
- Mete, R. (2008). Il ruolo del distretto nelle cure primarie. *Monitor*, pp. 29-34; n.20;
- Milillo, G. (2009). La crisi della medicina generale: la situazione italiana. In E. Guzzanti, *L'assistenza primaria in Italia: dalle condotte mediche al lavoro di squadra* (pp. 716-738). Roma: Edizioni Iniziative Sanitarie.
- Milillo, G. (2008). Ripensare la medicina generale nel contesto dell'assistenza primaria. *Prima conferenza nazionale sulle cure primarie*. Bologna 25-26 Febbraio.
- Milillo, G., Rovescala, P. C., & Mazzeo, M. C. (2009). La proposta Fimmg. In E. Guzzanti, *L'assistenza primaria in Italia: dalle condotte mediche al lavoro di squadra* (pp. 787-813). Roma: Edizioni Iniziative Sanitarie.
- Ministero della Salute (2007). *La Casa della Salute, luogo di ricomposizione delle cure primarie e della continuità assistenziale*. Roma.
- Mislej, M., & Paoletti, F. (2008). *L'infermiere di famiglia e di comunità*. Bologna: Maggioli editore.
- Montesperelli, P. (1998). *L'intervista ermeneutica*. Milano: Angeli.
- Morin, E. (1980). *La Méthode II. La vie de la vie*. Paris: Seuil.
- Morin, E. & Sami, N. (1999). *Una politica di civiltà*. Trieste: Asterios
- Naldini, M. (2002). le politiche sociali e la famiglia nei paesi mediterranei. Quale prospettiva per un'analisi comparata? *Stato e Mercato*, Volume 1, n. 64, 73-99.
- Naldini, M. (2003). *The Family in the Mediterranean Welfare States*. London: Frank Cass.
- Nappi, A. (1996). Inquinamento atmosferico e tutela della salute. *Urbanistica ed informazione*, n.147.
- Nappi, A. (1993). Inquinamento dell'aria, trasporti ed amministrazione pubblica. *Archivio di studi urbani e regionali*, n.47.
- Nappi, A. (1997). Monitoraggio dell'inquinamento atmosferico, informazione dei cittadini e risanamento dell'aria a Milano. In M. La Rosa (a cura di), *Governo delle tecnologie, efficienza e creatività, il contributo dell'ergo-nomia*. Bologna: Monduzzi ed.
- Negri, N., & Saraceno, C. (2003). *Povertà e vulnerabilità sociale in aree sviluppate*. Roma: Carrocci.

- Noto, G., Raschetti, R., & Maggini, M. (2011). *Gestione integrata e percorsi assistenziali*. Roma: Il Pensiero Scientifico editore.
- Nutbeam, D. (2000). Health Literacy as public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21 st century. *Health Promotion International*, Oxford University Press, 15 (3), 259 - 267.
- Nuvolati, G., Tognetti Bordogna, M. (a cura di) (2008). *Salute, ambiente e qualità della vita nel contesto urbano*. Milano: Angeli.
- Omran, A. R. (1971). The epidemiologic transition. A theory of the epidemiology of population change. *Milbank Men Fund*, Oct, 49 (4): 509 - 538.
- Oms, & Eupha. (2004). *10 statements on the future of public Health in Europe*. Oms - Regional Office for Europe.
- Organization, W. H. (1998). *Health Promotion Glossary*.
- Orsi, W. (2003). *Progettare insieme la qualità della vita. Il cittadino protagonista di un'altra globalizzazione*. Milano: Angeli.
- Paci, M. (1982). Onde Lunghe nello sviluppo dei sistemi di welfare. *Stato e Mercato*, 6; 345-400.
- Paci, M. (1989). *Pubblico e privato nei moderni sistemi di welfare*. Napoli: Liguori.
- Pagni, A. (2010). Dalla condotta medica alla medicina telematica. *Dalla sanità elettronica alla medicina telematica: il futuro è adesso*. Firenze (atti del Convegno).
- Paolini, I., & Pesca, L. (2009). Il ruolo delle tecnologie della informazione e della comunicazione. In E. Guzzanti, *L'assistenza primaria in Italia: dalle condotte mediche al lavoro di squadra* (pp. 739 - 756). Roma: Edizioni Iniziative Sanitarie.
- Parrot, R. (2004). Emphasizing 'Communication' in health communication. *Journal of Health Communication*, 751-787.
- Parsons, T. (1996). *Il Sistema sociale*. Milano: Edizioni di Comunità.
- Patton, M. Q. (1985). *Qualitative Research and Evaluation Methods*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Pavolini, E. (2004). *Regioni e politiche sociali per gli anziani. Le sfide della non autosufficienza*. Roma: Carocci.
- Pavolini, E., & Azzolina, L. (2010). I processi di decentramento della sanità pubblica italiana: una visione dal sud. *XXIV Convegno annuale SISP*. Venezia.
- Pellegrini, L. (2005). Sanità nel Territorio. Studi ed esperienze di distretto nelle Regioni. *Monitor*, 5-12: supplemento al n. 13.

- Perucci, C. A. (2004, 28, 3). Prefazione al volume: "Diseguaglianze di salute in Italia". *Supplemento di Epidemiologia e Prevenzione*.
- Pescosolido, B., & Kronenfeld, J. (1995). Health, Illness and Healing in an Uncertain Era: Challenges From and For Medical Sociology. *Journal of Health and Social Behavior*, pp. n. spec.: 5-33.
- Physicians, R. C. (2010). *How doctors can close gap?* Suffolk: The Lavenham press Ltd.
- Pisauro, G. (2002). Patto di stabilità e disciplina di bilanci. In CNEL, *L'impatto delle riforme amministrative. Relazioni e materiali per l'analisi dei processi innovativi nella Pubblica Amministrazione*.
- Piva, P. (2001). Verso un mercato amministrato dei servizi di cura. *Animazione Sociale*, 20-29.
- Piva, P. (2002). *Buone pratiche per la qualità sociale*. Roma: Ediesse.
- Pizzini, F., & Lombardi, L. (1999). *Corpo medico e corpo femminile: parto, riproduzione artificiale e menopausa*. Milano: Angeli.
- Polillo, R. (2004). Il Distretto socio-sanitario come area sistema. *Quaderni del socio sanitario*, 15-29; n.6.
- Polillo, R. (2004a). La crisi del sistema sanitario. Un nuovo paradigma di organizzazione dei servizi, un nuovo patto di corresponsabilità tra Stato e Regioni (2a parte). *Collana quaderni AIS*, n. 43;15-27.
- Polillo, R. (2009). La nuova medicina territoriale. *I quaderni Italianieuropei - La Sanità*, n. 2.
- Polillo, R. (2008). Un nuovo paradigma per il SSN: cure primarie, sistemi a rete, appropriatezza e partecipazione dei cittadini. *I conferenza Nazionale sulle Cure Primarie, Atti del convegno*. Bologna.
- Pollock, A. M. (1992). Local voices. The bankruptcy of the democratic process. *British Medical Journal*, n.685; 535-536.
- Porcu, S., & Barbieri, M. (1997). La sociologia della salute ed il paradigma dell'interconnessione fra sistemi sociali e soggettività. In C. Cipolla, S. Porcu (a cura di), *La Sociologia di Achille Ardigò* (pp. 261-283). Milano: Angeli.
- Prigogine, I., & Stengers, I. (1981). *La nuova alleanza. Metamorfosi della scienza*. Torino: Einaudi.
- Putnam, R. (1993). *La tradizione civica delle Regioni italiane. Trad.it. di Making Democracy Work*. Milano: Mondadori.
- Ranci Ortigosa, E. (2002). Il Piano socio sanitario Lombardo. *Salute e Territorio*, n.132; pp 155-159.

- Ranci Ortigosa, E. (2002a). Il Piano socio sanitario Lombardo. *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n.32; pp 1-4.
- Ranci Ortigosa, E., & Belli, P. (1997). La scelta del modello di concorrenza amministrata. *Prospettive sociali e sanitarie*, 2: 1-5.
- Ranci, C. (2001). *L'assistenza agli anziani in Italia e in Europa*. Milano: Angeli.
- Ranci, C. (2004). *Politica sociale. Bisogni sociali e politiche di welfare*. Bologna: Il Mulino.
- Ricoeur, P. (1990). *Sè come un altro*. Milano: tr.it. Jaca Book (1993).
- Ridolfi, L. (2011). Il Community care quale possibile modello di integrazione socio-sanitaria a livello territoriale. *Innovare il welfare. Percorsi di trasformazione in Italia e in Europa*. Milano: Espanet Conference.
- Rizzi, G. (2000). Lavorare insieme è meglio, ma sono in pochi a farlo. *Occchio Clinico*, n. 7.
- Robertson, J. (1983). *Scenarios for lifestyles and health*. Copenhagen: Who-European Region.
- Roland, M. (2004). Linking Physicians' Pay to the Quality of Care - A Major Experiment in the United Kingdom. *N Eng J Med*, 351:1448-1454.
- Roland, M. (2010). What will the white paper mean for GPs? *British Medical Journal*, 341:c3985.
- Rossi, A., & Milillo, G. (2009). La formazione del medico di medicina generale. In E. Guzzanti, *L'assistenza primaria in Italia: dalle condotte mediche al lavoro di squadra* (pp. 815-840). Roma: Edizioni Iniziative Sanitarie.
- Saccheri, T. (2000). *L'equivoco terapeutico: promozione della salute e negoziazione sociale*. Milano: Angeli.
- Salisbury, C., Manku-Scott, T., Pope, C., & Moore, L. (2002). What is the role of Walk - in Centres in the NHS? *British Medical Journal*, 324: 399-402.
- Saltman, R. B., Rico, A., & Boerma, W. G. (2006). *Primary Care in the driver's seat?* New York: Open University Press.
- Salvadori, P., Mennuti, N., & al. (2011). Le Case della Salute in Toscana. *Percorsi di innovazione nelle cure primarie*. Parma: Regione Emilia Romagna- Assessorato politiche per la salute.
- Salvioli, G. (2006). Continuità delle cure o cure continue per gli anziani? *G. Gerontol*, 71-79.
- Sarfatti, L. M. (1997). *The Rise of Professionalism*. Berkeley: University of California Press.
- Sen, A. (1999). "Uguali e diversi" davanti alla salute. *Kéiron*, 8 - 17.
- Sennet, R. (1999). *L'uomo flessibile. Le conseguenze del nuovo capitalismo sulla vita personale*. Milano: Feltrinelli.

- Seppilli, A. (1996). L'educazione sanitaria nella difesa della salute. *L'educazione sanitaria n.3*
- Serio, M. (2012). *Reti e Governance. Organizzazione delle reti di servizi sociali*. Ferrara: Este Edition.
- Shorter, E. (1986). *La tormentata storia del rapporto tra medico e paziente*. Milano: Feltrinelli.
- Silvestro, A. (2009). L'assistenza distrettuale. Il ruolo dell'assistenza infermieristica. In E. Guzzanti, *L'assistenza primaria in Italia: dalle condotte mediche al lavoro di squadra* (pp. 361-370). Roma: Edizioni iniziative sanitarie.
- Simonds, S. K. (1974). Health education as a social policy. *Health Education Monograph*, 2,1, 1-25.
- Simonti, C. (2005). Le Unità di Cure Primarie in Toscana. *Monitor*, 151-159.
- Smith, L. M. (1978). An avolving logic of observation, educational ethnografy and other case studies. *Review of Research in Education*, 316-377.
- Soresina, M. (2010). La politica professionale e la legislazione sanitaria. 1859 - 1978. In AA.VV., *Cento anni di professione al servizio del Paese. 2010 -1910* (pp. 108-125). Roma: Health Comunication - FNOMCeO.
- Spinsanti, S. (2007). L'ospedale del futuro sarà un luogo etico? *Salute e società*, a. VI, n.3, 17-30.
- Stacey, M. (1976). The health service consumer: a sociological misconception. *Sociological Review Monograph* 22, University of Keele.
- Stake, R. E. (1995). *The art of Case Study Research*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Starfield, B. (1992). *Primary Care: Concept, Evalutation and Policy*. London: Oxford University Press.
- Starfield, B. (2011). The hidden inequity in health care. *International Journal for Equity in Health*, 10-15.
- Starfield, B., & Shi, L. (2002). Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy*, 60: 201 - 218.
- Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *The Milbank Quarterl*, 83(3); 457-502.
- Statera, G. (1997). *La ricerca sociale. Logica, strategie, metodo*. Roma: Seam.
- Strauss, R. (1957). The nature and status of Medical Sociology. *American sociological Review*, n.22; 200-204.
- Tarlov, A. R. (1996). Social determinats of health. The sociobiological translation. In D. Blane, E. Brunner, & R. G. Wilkinson, *Health and social organization. Toward a Health Policy for 21st Century* (pp. 71-93). London: London Routledge.

- Taroni, F. (2000). I livelli essenziali di assistenza: sogno, miraggio o nemesi? In *I servizi sanitari in Italia*. Bologna: Il Mulino.
- Tavarnelli, M. (2008). L'Aifi partecipa al gruppo di lavoro sul paziente anziano. Migliorare l'assistenza e la riabilitazione. *Fisioterapisti*, anno VI; maggio-agosto; 6.
- Titmuss, R. (1958). *Essays on the Welfare State*. London: Allen & Unwin; (trad. it. Saggi sul welfare state, Roma, Edizioni Lavoro, 1986).
- Tognetti Bordogna, M., Morelli, U., Prandi, F. (a cura di) (1984). *Il distretto possibile. Programmi e organizzazione del distretto socio-sanitario*. Abano Terme-Padova: Francisci.
- Tognetti Bordogna, M. (1986). Il Distretto socio-sanitario: entità mancata del servizio sanitario nazionale? In P. Donati, *Salute e complessità sociale* (pp. 185-195). Milano: Angeli.
- Tognetti Bordogna, M., & Losi, N. (1987). Per un approccio sociologico allo studio delle medicine alternative. In M. Ingrosso (a cura di), *Dalla prevenzione della malattia alla promozione della salute* (pp. 193-200). Milano: Angeli.
- Tognetti Bordogna, M. (1988). *La salute degli immigrati*. Milano: Unicopli.
- Tognetti Bordogna, M. (1988a). “Concezioni profane di malattia: verso un nuovo paradigma della salute?”. In E. Minardi, L. Luison (a cura di), *Sociologia e sociologi nell'evoluzione delle politiche sociali* (pp. 192-211). Milano: Angeli.
- Tognetti Bordogna, M. (1989). La sociologia al capezzale del medico e del malato. In M. Tognetti Bordogna, (a cura di), *I confini della salute. Paradigmi da contestualizzare* (pp. 17-45). Milano: Angeli.
- Tognetti Bordogna, M. (1989a). Medicine alternative: vecchi e nuove forme di cura? In M. Tognetti Bordogna (a cura di) *I confini della salute. Paradigmi da contestualizzare* (pp. 59-82). Milano: Angeli.
- Tognetti Bordogna, M. (1998). *Lineamenti di politica sanitaria. Cambiamenti normativi ed organizzazione dei servizi alla persona*. Milano: Angeli.
- Tognetti Bordogna, M. (2002; 2005). *Promuovere i gruppi di self help*. Milano: Angeli.
- Tognetti Bordogna, M. (a cura di) (2004). *I colori del welfare. Servizi alla persona di fronte all'utenza che cambia*. Milano: Angeli.
- Tognetti Bordogna, M., & Lombardi, L. (2006). Migrazioni, salute e culture: bisogni e servizi alla persona. *Salute e Società*, I (suppl); 146-180.
- Tognetti Bordogna, M. (a cura di) (2008). *Diseguaglianze di salute ed immigrazione*. Milano: Angeli.

- Tognetti Bordogna, M. (2010). L'evoluzione del sistema sanitario tra contenimento della spesa e modelli di funzionamento. In AA.VV., *Cento anni di professione al servizio del Paese. 2010 - 1910* (pp. 191-221). Roma: Health Communication - FNOMCeO.
- Tomasello, M. (2009). *Le origini della comunicazione umana*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Tombesi, M. (2009). Il ruolo della medicina generale. In E. Guzzanti, *L'assistenza primaria in Italia: dalle condotte mediche al lavoro di squadra* (pp. 291-307). Roma: Edizioni Iniziative Sanitarie.
- Toniolo, F. (2010). *Sanità e Regioni. Dalla riforma "bis" del 1992 al Nuovo patto per la salute 2006-2008*. Milano: Angeli.
- Torregiani, A. (2003). Medicina generale ed organizzazione delle cure primarie: i gruppi di cure primarie. *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 5-7.
- Toth, F. (2008). Le Politiche sanitarie degli ultimi vent'anni in Europa: tra continuità e cambiamento. *Convegno Annuale della Società Italiana di Scienza Politica*. Pavia.
- Tousijn, W. (1998). Lo spazio occupazionale della professione infermieristica: una prospettiva storico-comparativa. In M. Giannini, & E. Minardi, *I gruppi professionali* (pp. 227-250). Milano: Angeli.
- Tousijn, W. (2000). *Il sistema delle occupazioni sanitarie*. Bologna: Il Mulino.
- Tousijn, W. (2004). Le professioni della salute. In C. Cipolla, *Manuale di sociologia della salute, Vol.I*. Milano: Angeli.
- Tozzi, V., & Vendramini, E. (2004). L'associazionismo come strumento di governo della medicina generale. In *L'aziendalizzazione della sanità in Italia*. Rapporto Oasi; 432-446.
- Tsai, A. C., Morton, S. C., Mangione, C. M., & Keeler, E. B. (2005). A meta-analysis of interventions to improve care for chronic illness. *Am J Manag Care*, 11(8): 478-488.
- Tudor, H. (1971). The inverse care law. *Lancet*, i; 404-412.
- Turco, L. (2007). *Un New Deal della salute. Linee del programma di Governo per la promozione ed equità della salute dei cittadini*. Roma: Audizione Camera dei Deputati.
- Ugolini, C. (2004). Verso una rilettura del modello di concorrenza amministrata? *La Rivista delle Politiche sociali*, n.4; pp. 197-212.
- Vecchiato, T. (2004). Care Pathways. In H. Nies, & P. Berman, *Integrating Services for Older people* (pp. 83-100). Dublin: Ehma.
- Vespa, F.M. (2006). L'associazionismo dei MMG e l'organizzazione delle AUSL in Emilia Romagna. In G. Giarelli, & M. Patierno, *Medici in associazione. Esperienze, problemi e prospettive dell'associazionismo in Medicina Generale* (pp. 163-174). Milano: Angeli.

- Vicarelli, M.G. (1994 a). Il sistema sanitario. Le unità sanitarie locali. In P. Ginsborg, & a. cura, *Lo stato d'Italia*. Milano: Il Saggiatore.
- Vicarelli, M.G. (1994 b). La decentralizzazione delle responsabilità nella politica sanitaria italiana. In R. De Vita, P. Donati, G. Sgritta (a curadi), *La politica sociale oltre la crisi del welfare state*. Milano: Angeli.
- Vicarelli, M G. (1996). Le trasformazioni del sistema sanitario italiano: il ruolo della ricerca. In V. AA., *Diseguaglianza e Stato sociale*. Roma: Donzelli.
- Vicarelli, M.G. (1997). *Alle radici delle politiche sanitarie in Italia. Salute e società da Crispi al fascismo*. Bologna: Il Mulino.
- Vicarelli, M.G. (1999). La fiducia nei servizi sanitari come prerequisito della qualità. *Arco di Giano*, n.21; 143-152.
- Vicarelli, M.G. (2000). Fiducia e stima nei riguardi della professione medica in Italia. Un'interpretazione di carattere storico-comparativo. *Rassegna Italiana di Sociologia*, n.3; 389-411.
- Vicarelli, M. G. (2002). La qualità e le politiche sanitarie in un'ottica di lungo periodo. In C. Cipolla, G. Giarelli, & L. Altieri, *Valutare la qualità in Sanità*. Milano: Angeli.
- Vicarelli, M. G. (2002a). Presentazione. In E. Freidson, *La dominanza medica. Le basi sociali della malattia e delle istituzioni sanitarie* (pp. 7-21). Milano: Angeli.
- Vicarelli, M.G. (2003). Il genere nelle professioni di cura. La diade medico-infermiere. *Salute e Società*, anno II, n.1; 47-67.
- Vicarelli, M.G. (2003a). Identità e percorsi professionali delle donne medico in Italia. *Polis*, n.1; 93-124.
- Vicarelli, M.G. (2003b). Un cura chiamata famiglia. Cresce il ruolo delle strutture parentali nei processi di welfare. *Janus*, n.9; 45-52.
- Vicarelli, M.G., (a cura di) (2003c). *Introduzione a famiglia e capitale sociale nei processi di riabilitazione*. Milano: Editoriale Vita.
- Violini, L. (2004). *L'attuazione della sussidiarietà orizzontale in Lombardia*. Milano: Giuffrè.
- Vitale, T. (2005). Contrattualizzazione sociale. *La Rivista delle Politiche Sociali*, n.1; pp 291-323.
- Vittadini, G. (2002). *Liberi di scegliere. Dal welfare state al welfare community*. Milano: Etas.
- Von Wright, G. H. (1988). *Spiegazione e comprensione*. Bologna: Il Mulino.
- Vuori, H. (1986). *Health for all, primary health care and the general practitioners*. Keynote address, WONCA.

- Whitehead, M. (1990). *The concepts and principles of equity and health*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.
- WHO. (1986). *Ottawa Charter for health promotion: an International Conference on Health Promotion. The move towards a new public health*. Geneva: WHO.
- WHO. (2005). *World Health Report*. Geneva: WHO.
- WHO. (2008). *The world health report 2008: Primary Health Care. Now more than ever*. Geneva: World Health Organization.
- Wilkinson, R. G. (1996). *Unhealthy societies: the afflictions of inequality*. London: Routledge.
- Wilkinson, R. G., & Pickett, K. (2009). *The spirit level. Why more equal societies almost always do better*. London: Penguin.
- Williams, M., & et al. (1998). Inadequate literacy is a barrier to reading ability to self-reported health and use health services. *Chest*, 114:1008-1015.
- Wonca Europe. (2002). *La definizione europea della medicina generale/medicina di famiglia*. www.woncaeurope.org.
- Yin, R. K. (1994). *Case Study Research: Design and Methods*. Thousand Oaks: Sage Publications (First edition 1984).
- Yin, R. K. (1996). *Applications of case study research*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Zamagni, S. (2008). Qui ci vorrebbe un mercato di qualità. In V. AA, *Il Welfare che verrà. Budget personali e servizi sociali autogestiti. L'esperienza della Gran Bretagna. La ricerca dell'istituto inglese Demos e una discussione*. (pp. 89-95). Milano: Communitas.
- Zanella, R. (2011). *Manuale di economia sanitaria*. Rimini: Maggiolo Editori.
- Zannier, P. M. (2003). la medicina generale e l'integrazione con i servizi di assistenza domiciliare. In AA. VV., *Cure Domiciliari* (pp. 116 - 124). Milano: Angeli.
- Ziglio, E., Hagard, S., & Griffiths, J. (2000). Health promotion development in Europe: achievements and challenges. *Health Promotion International*, 15; 143- 154.

Sitografia

(in ordine alfabetico)

Audit

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1552_allegato.pdf

Azienda Usl di Modena:

<http://www.ausl.mo.it>

Azienda USL di Parma

<http://www.ausl.pr.it>

<http://www.ausl.pr.it/page.asp?IDCategoria=625&IDSezione=3662&ID=111345>

<http://www.ausl.pr.it/page.asp?IDCategoria=625&IDSezione=3662&ID=416134>

British Medical Journal

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1119245/?tool=pubmed>

Calgary Charter on Health Literacy:

http://www.centreforliteracy.qc.ca/health_literacy/calgary_charter

Case study research

<http://www.nova.edu/ssss/QR/QR3-2/tellis1.html>

<http://www.nova.edu/ssss/QR/QR3-3/tellis2.html>

Carta di Tallin

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1314_allegato.pdf

Census Bureau:

<http://www.census.gov/prod/2011pubs/p60-239.pdf>

Cipes Piemonte

http://www.cipespiemonte.it/cedo/allegati/2811-4marzo_retedellaslaute/4marzo-retesalute/docum/4-21oms.pdf

Comune di Parma

<http://www.statistica.parma.it>

Dichiarazione di Erice

http://www.igiene.unifi.it/even/Dichiarazione_eric_2008.pdf

Health Literacy:

<http://www.pfizerhealthliteracy.com/public-policy-researchers/PchcAskme3.aspx>

Improving Chronic Illness Care (ICIC):

<http://www.improvingchroniccare.org>

Istituto Superiore di Sanità:

http://www.snlg-iss.it/cms/files/LG_partecipazione.pdf

ISTAT:

<http://demo.istat.it>

King's Fund:

<http://www.kingfund.org.uk>

Federazione Italiana Medici di Medicina Generale: Fimmg
http://old.fimmg.org/avveniremedico/200707/AM_200707_avveniremedico.pdf
http://www.fimmgpa.it/index.php?option=com_k2&view=item&id=499:nuove-cure-primarie
<http://www.fimmg.org/index.php?action=index&p=341>

Medicina democratica
<http://www.medicinademocratica.org/>

Meridiano Sanità (Rapporto 2007)
<http://www.pfizer.it/cont/pfizer-italia-meridiano-sanita/0807/2400/meridiano-sanita.aspl>

Ministero della Salute:
https://www.snlg-iss.it/cms/files/LG_partecipazione.pdf
<https://www.ministerosalute.it>
<https://www.salute.gov.it/curePrimarie/paginaInternaCurePrimarie.jsp?id=497&menu=regionale>
https://www.salute.gov.it/servizio/usldb/regusl_aslspec.jsp?reg=080&usl=102

National Health Service:
<http://www.dh.gov.uk/en/index.htm>
<http://healthandcare.dh.gov.uk/future-forum-report>
<http://www.nhsdirect.nhs.uk>
<http://www.sdu.nhs.uk>
<http://www.sdu.nhs.uk>

Occhio clinico
<http://www.occhioclinico.it/cms/>
<http://www.occhioclinico.it>

Organizzazione Mondiale della Sanità:
<https://www.who.int>
https://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf

Organizzazione delle Nazioni Unite:
<https://www.esa.un.org>
<https://www.prb.org>

Osservasalute (Rapporto 2008)
<http://www.osservasalute.it>

Partecipa Salute:
<http://www.partecipasalute.it>

Proposta Spi-Cgil
<http://www.cgil.it/archivio/welfare/public/040701115525002.pdf>

Regione Lombardia
<http://www.sanita.regione.lombardia.it/Atti/pssr/pianosociosanitario.htm>

Regione Emilia Romagna
<http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/aree/accred/accreditamento/sussidi/sussidio6.pdf>
<http://www.regione.emilia-romagna.it/prim/documentazione.htm>

Regione Toscana
<http://www.regione.toscana.it/sst/organizzazione/societa/index.html>
<http://www.regione.toscana.it/regione/multimedia/RT/documents/0637c1a738986139ea518d73a48f209e.pdf>
<http://www.salute.toscana.it>

Reti di rilevazione nazionale

<http://www.digilander.libero.it/rete.unire>

<http://www.netaudit.org>

<http://www.healthsearch.it>

<http://www.bestsoft.it/products/ris>

<http://www.picenumstudy.com>

Royal College of General Practitioners:

http://www.rcgp.org.uk/pdf/CIRC_RCGP_Roadmap_Future_General_Practice_13th_Sept_2007

“Saluter” il Portale del Servizio sanitario regionale Emilia Romagna

<http://www.saluter.it/documentazione/leggi/regionali/delibere/programmazione-provvedimenti-regionali-del-2007/dgr-2011-2007>

<http://www.saluter.it/ssr/aree/cure-primarie>

http://www.saluter.it/documentazione/convegni-e-seminari/percorsi-di-innovazione-nelle-cure-primarie-parma-21-22-ottobre-2011/07_deluca.pdf

<http://www.saluter.it>

<http://www.saluter.it/ssr/aree/cure-primarie/?searchterm=casa%20della%20salute>

<http://www.saluter.it/search?SearchableText=casa+della+salute> (relativo al progetto *Casa della salute*).

Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa (SIMFER)

http://www.simfer.it/cont_188_2267.phtml#2267

Slow medicine

<http://www.slowmedicine.it>

Università degli Studi di Pisa:

<http://www.biologia.unipi.it/ocs/index.php/attivita-di-ricerca/articoli-sanita>

World Population Ageing:

<http://www.un.org/esa/population/publications/WPA2009/WPA2009-report.pdf>