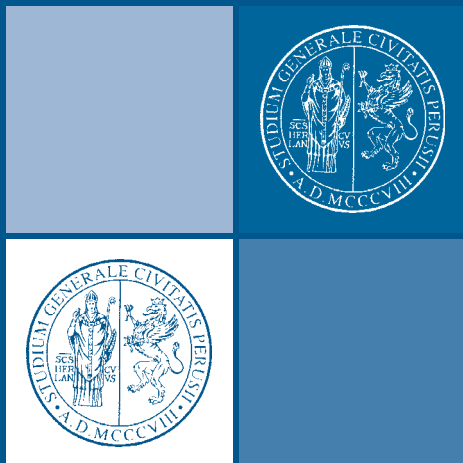


SISTEMA SALUTE

La Rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute

rivista del Centro Sperimentale per la Promozione della Salute
e l'Educazione Sanitaria dell'Università degli Studi di Perugia

ISSN 2280-0166 - Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in A.P. - D.L. 353/2003
(conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1, C1/PG/110



CULTURA E SALUTE EDITORE PERUGIA

Modalità di abbonamento 2020

Editore: Cultura e Salute Editore Perugia
www.edizioniculturasalute.com

Iscrizione al Registro degli Operatori di Comunicazione (ROC) n. 28166

Abbonamento (4 fascicoli)

Italia

Enti, Istituti, Biblioteche: cartaceo € 100 / on-line € 90 / cartaceo+on-line € 180

Privati: cartaceo € 50 / on-line € 45 / cartaceo+on-line € 90

Un fascicolo: cartaceo € 20 / on-line € 15

Estero

cartaceo € 150 / on-line € 120 / cartaceo+on-line € 250

Un fascicolo: cartaceo € 50 / on-line € 40

PAGAMENTO TRAMITE BONIFICO BANCARIO

IBAN: IT 40 M 02008 03030 000104591258

Conto corrente bancario UniCredit Agenzia di Perugia Fontivegge

intestato a CULTURA E SALUTE EDITORE PERUGIA

codice SWIFT UNCRITM1770

UFFICIO ABBONAMENTI

rivistecespes@gmail.com

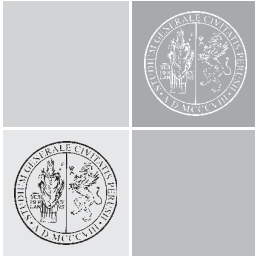
per informazioni: Dott.ssa Paola Beatini - 075. 585.7357

PRINT

Grafox Srl

via Pievaiola, 166 - 06132 Perugia

tel.: 075.5171532



SISTEMA SALUTE

LA RIVISTA ITALIANA DI EDUCAZIONE SANITARIA E PROMOZIONE DELLA SALUTE

già Educazione Sanitaria e Promozione della Salute

vol. 64, n.1, gennaio - marzo 2020

Sistema Salute. La Rivista Italiana di Educazione Sanitaria e Promozione della Salute è Organo del Centro sperimentale per la promozione della salute e l'educazione sanitaria dell'Università degli studi di Perugia. Già diretta da Alessandro Seppilli

Direzione e Redazione: Centro sperimentale per la promozione della salute e l'educazione sanitaria, Università degli Studi di Perugia, via del Giochetto 6, 06126 Perugia / tel.: 075.5857357-58 / e-mail: paola.beatini@unipg.it / <http://cespes.unipg.it>

Direttore responsabile: Filippo Antonio Bauleo

Presidente onorario: Maria Antonia Modolo

Presidente del Comitato scientifico editoriale: Giuseppe Michele Masanotti

Redattore capo: Lamberto Briziarelli

Segretario di redazione: Paola Beatini

Editing: Grafox Srl

Comitato scientifico editoriale: Carlos Alvarez-Dardet Diaz, Observatory of Public Policies and Health, University of Alicante, Spain / Margaret Barry, WHO Collaborating Centre for Health Promotion Research, National University, Galway, Ireland / Fabio Bianconi, Dipartimento di Ingegneria civile e ambientale, Università degli studi di Perugia / Anna Bonmati Tomàs, Department of Nursing, University of Girona, Spain / Francesco Bottaccioli, Società Italiana di Psiconeuroimmunologia, Roma / Eric Breton, EHESP, Département Sciences humaines, sociales et des comportements de santé, Rennes, France / Enza Caruso, Dipartimento di Scienze politiche, Università degli studi di Perugia / Cordia Chu, School of Medicine, Griffith University, Queensland, Australia / Carla Collicelli, ASVIS, Roma / Paolo Contu, Dipartimento di Sanità pubblica, medicina clinica e molecolare, Università di Cagliari / Michele Conversano, Dipartimento di Prevenzione ASL Taranto / Claudio Cricelli, Società Italiana di Medicina Generale (SIMG) / Paolo Da Col, Confederazione Associazioni Regionali di Distretto (CARD) / Barbara D'Avanzo, Dipartimento di Neuroscienze, Istituto di Ricerche farmacologiche Mario Negri, Milano / Enrico Desideri, Fondazione per l'Innovazione e la Sicurezza in Sanità, Roma / Chiana de Waure, Dipartimento di Medicina sperimentale, Università degli studi di Perugia / Paola Di Nicola, Dipartimento Spazio Immagine Società, Università di Verona / Floriana Falcinelli, Dipartimento di Filosofia, scienze sociali, umane e della formazione, Università degli studi di Perugia / Giuseppe Fattori, Università Alma Mater Bologna / Carlo Favaretti, Società Italiana di Health Technology Assessment (HTA) / Luigi Ferrannini, Società Italiana di Psichiatria (SIP) / Marco Filippucci, Dipartimento di Ingegneria civile e ambientale, Università degli studi di Perugia / Elisabeth Fosse, Department of Health Promotion and Development, University of Bergen, Norway / Fausto Francia, Azienda USL Bologna / Patrizia Garista, INDIRE, Roma / Gilberto Gentili, Confederazione Associazioni Regionali di Distretto (CARD) / Salvatore Genaci, Area sanitaria, Caritas Diocesana di Roma / Ali Ghaddar, Observatory of Public Policies & Health, Lebanese International University, Beirut, Lebanon / Mariano Giacchi, CREPS, Università di Siena / Margherita Giannoni, Dipartimento di Economia, Università degli Studi di Perugia / Guido Giarelli, Dipartimento di Scienze della salute, Università Magna Graecia, Catanzaro / Theodor Hanatau, Romtens Foundation, Bucharest, Romania / Arnd Hofmeister, German Network Universities for Health, Berlin / Marco Ingresso, Dipartimento di Studi umanistici, Università di Ferrara / Dolores Juvinyà Canal, Department of Nursing, University of Girona, Spain / Lynne Kennedy, Department of Clinical Sciences and Nutrition, University of Chester, UK / Maria Koelen, Department of Social Sciences, Wageningen University, Netherlands / Domenico Lagravinese, Dipartimento di Prevenzione, ASL Bari / Joe Leutzinger, Health Improvement Solutions, USA / Bengt Lindström, IUHPE Global Working Group on Salutogenesis, Norwegian University of Science & Technology, Trondheim, Norway / Gavino Maciocco, Osservatorio italiano sulla salute globale, Università di Firenze / Edvige Mancinelli, Dipartimento di Medicina sperimentale, Università degli Studi di Perugia / Giuseppe Michele Masanotti, Dipartimento di Medicina sperimentale, Università degli Studi di Perugia / Massimiliano Minelli, Dipartimento di Filosofia, scienze sociali, umane e della formazione, Università degli studi di Perugia / Maurice B Mittelmark, Department of Health Promotion and Development, University of Bergen, Norway / Massimo Moretti, Dipartimento di Scienze farmaceutiche, Università degli studi di Perugia / Aldo Morrone, Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti ed il contrasto delle malattie della povertà (INMP), Roma / Damiano Parretti, Società Italiana di Medicina Generale (SIMG) / Rossana Pasquini, Dipartimento di Filosofia, scienze sociali, umane e della formazione, Università degli Studi di Perugia / Maristella Pitzalis, Ecologia agraria, Università degli studi di Perugia / Giancarlo Poetta, Dipartimento di Medicina sperimentale, Università degli Studi di Perugia / Walter Ricciardi, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma / Carlo Romagnoli, Associazione Internazionale dei Medici per l'Ambiente (ISDE Italia) / Roberto Romizi, Associazione Internazionale dei Medici per l'Ambiente (ISDE Italia) / Tiziano Scarponi, Società Italiana di Medicina Generale (SIMG), Sezione Umbria / Francesco Scotti, psichiatra / Maria Dolores Solé Gomez, Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, Spain / Fabrizio Stracci, Dipartimento di Medicina sperimentale, Università degli Studi di Perugia / Vincenzo Nicola Talesa, Dipartimento di Medicina sperimentale, Università degli Studi di Perugia / Maria Triassi, Dipartimento di Sanità pubblica, Università Federico II, Napoli / Lenneke Vaandrager, Department of Social Sciences, Wageningen University, The Netherlands / Maria Giovanna Vicarelli, Dipartimento di Scienze economiche e sociali, Università Politecnica delle Marche, Ancona / Milena Villarini, Dipartimento di Scienze Farmaceutiche, Università degli Studi di Perugia / Mauro Volpi, Dipartimento di Giurisprudenza, Università degli Studi di Perugia / Richard Wynne, Work Research Centre, Dublin, Ireland / Magdalena Wrzesińska, Department of Psycho-social Rehabilitation, Medical University of Lodz, Poland

Autorizzazione del Tribunale di Perugia n. 4 del 17 febbraio 2012

Sistema Salute. La rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute, vol. 64, n.1, gennaio-marzo 2020

- 5 *In questo numero*
- Editoriali*
- 7 SSN, crisi del sistema o nel sistema? Crisi del settore o dell'intero Paese?
NHS, Global System Crisis or Insider System Crisis?
Health Sector Crisis or Global Country Crisis?
Lamberto Briziarelli
- 10 E, di seguito, Coronavirus
And, than, Corona Virus-19
Lamberto Briziarelli
- Articoli*
- 14 Strumenti per valutare la performance del percorso dei pazienti cronici
Tools to assess the performance of the chronic care pathway
Milena Vainieri, Alice Borghini, Sabina Nuti
- 29 Tra razionalizzazione delle risorse e umanizzazione del percorso nascita: quali cambiamenti per ostetriche e ginecologi?
Between rationalization and humanization of birth: what changes for midwives and gynecologists?
Elena Spina
- 45 Fare la differenza nella prevenzione del cancro al collo dell'utero: il ruolo dell'ostetrica in Francia
Making a difference in cervical cancer prevention: the role of the midwives in France
Béatrice Jacques
- 59 Tra autonomia e subordinazione: il caso delle professioni sanitarie nei servizi esternalizzati
Between autonomy and subordination: the case of health professions in outsourced services
Luisa De Vita, Silvia Lucciarini

- 71 Curare ed essere accurati: uno sguardo sulla relazione medico-paziente
To take care and to be careful: a view on the doctor-patient relationship
Maria Teresa Medi
- Dibattito* 84 Sistemi, Salute, Slow Medicine
Systems, Health, Slow Medicine
Riflessioni su 10 anni di pensieri in movimento e di azioni dentro un cambio di paradigma
Reflections on ten years of thoughts in movement and actions inside a change of paradigm
Andrea Gardini
- 98 Cinque temi rilevanti per il futuro della sanità
Five relevant topics to the future of healthcare
Le sfide irrinunciabili per affrontare il cambiamento necessario a garantire equità e sostenibilità
The essential challenges to face the necessary change to guarantee equity and sustainability
Enrico Desideri
- Recensione* 107

In questo numero

Nel momento in cui ci siamo accinti a comporre, stampare e diffondere *questo numero* della rivista, il paese è stato investito dall'epidemia da Coronavirus Covid-19.

È nostro desiderio e intento rivolgere un pensiero a quanti drammaticamente toccati in prima persona da questa tragedia.

Manifestiamo con forza la nostra solidarietà e il nostro ringraziamento a tutti i professionisti della medicina del territorio e degli ospedali che combattono in prima linea per la salvezza delle persone; il nostro plauso ai numerosi gruppi di ricercatori che lavorano senza sosta per individuare una soluzione.

Abbiamo chiesto al nostro Redattore Capo, *Lamberto Briziarelli*, un contributo sul tema ed egli, nel suo secondo editoriale, ci propone una riflessione e un'analisi, lucida, dura, ma decisamente intensa e concreta su quello che egli stesso chiama *l'intero campo di battaglia, sulle forze di cui disponiamo e sulle possibilità per il poi*. Un forte invito a guardare avanti, facendo tesoro dell'insegnamento di questo periodo drammatico: il valore del servizio sanitario veramente nazionale, pubblico e robustamente fondato sul territorio e la prevenzione.

A seguire, proponiamo i lavori sui quali per mesi i nostri Autori hanno lavorato per la redazione di questo primo numero. Li ringraziamo per la loro preziosa e continua collaborazione.

Nell'ordine:

Milena Vainieri e coll. presentano gli strumenti approntati per valutare la performance del percorso dei pazienti cronici, ribadendo la necessità di sistemi di misurazione in grado di valutare la capacità delle organizzazioni di prendere decisioni ed implementare azioni efficaci.

Elena Spina riporta i risultati emersi da una ricerca condotta in tutti i punti nascita dell'ASUR Marche, che analizza le ricadute delle nuove politiche per la nascita sulla configurazione professionale delle categorie che si occupano di maternità.

Beatrice Jacques, in linea con l'argomento precedente, riferisce la nuova stagione che le politiche di maternità stanno vivendo in Francia a seguito dell'istituzione delle Maisons de Naissance e le conseguenze sulla figura professionale dell'ostetrica.

Teresa Medi espone un'analisi qualitativa che ha indagato le idee e i valori che i medici

attribuiscono al ruolo più attivo dei pazienti nei processi di cura.

Luisa De Vita e Silvia Lucciarini, a partire da una ricerca sulle condizioni di lavoro in servizi sanitari esternalizzati, ne mettono in luce le criticità più significative che condizionano aspetti fondamentali nel lavoro di cura.

Per la Rubrica "Dibattito" *Andrea Gardini*, co-fondatore del Movimento *Slow Medicine* ci propone le sue riflessioni su 10 anni di pensieri in movimento e di azioni, nel passaggio da un paradigma di salute meccanicistico-riduzionista ad uno sistemico della complessità, vera sfida da affrontare per provare a risolvere i problemi fondamentali del nostro tempo.

Enrico Desideri, in conclusione, dibatte sulle prove irrinunciabili per i sistemi sanitari e sui cambiamenti necessari a garantire equità e sostenibilità, oggi.

Editoriali

SSN, crisi del sistema o nel sistema? Crisi del settore o dell'intero Paese? *NHS, Global System Crisis or Insider System Crisis? Health Sector Crisis or Global Country Crisis?*

Lamberto Briziarelli

Ritengo sia assolutamente necessario riprendere un discorso sul SSN, quasi del tutto trascurato nel periodo di baldoria della rappresentazione teatrale allestita nel Paese in tutto il 2018 e 2019 nella quale sono stati del tutto lasciati a sé i problemi veri, i bisogni della popolazione. Illusione e malgoverno. Sulla scena della sanità abbiamo avuto un paio di figuranti in veste di ministresse che facevano a gara a spararla più grossa, *summa cum* incompetenza ed arroganza. Per non parlare dell'istruzione e della cultura. Basti pensare al trasferimento dei beni culturali al ministero dell'agricoltura (forse si pensava agli agriturismo come sedi museali?).

Eppure il nostro SSN, a parte le già note e a lungo denunciate disparità fra aree geografiche del Paese e le incongruenze derivate dalle (contro) Riforme 2 e 3 della fine del secolo XX, sta arretrando pericolosamente, scendendo di molto nella classifica dei Paesi avanzati; fenomeno che si riscontrava significativamente anche in alcune Regioni prima virtuose, come l'Umbria, scesa più in basso dal secondo posto. Senza che nessuno battesse il minimo colpo, nemmeno gli autonominati Governatori occupati solo a discutere dei soldi ma lontani dal preoccuparsi della salute dei cittadini e delle prestazioni ad essi fornite per la sua difesa.

Ora, per fortuna, ci mette le mani una "provvida ventura" (rubiamo a Manzoni) a risvegliare dal sonno con due motivazioni particolari, l'improvvisa (sic! sic! a più riprese annunciata e denunciata ma mai corretta) carenza di medici specialisti (mentre siamo in presenza di tanti giovani laureati in medicina disoccupati, che si arrabattano alla meglio o emigrano) e il clamoroso *affaire* dell'Azienda Ospedaliera di Perugia, che nulla aveva

a che fare con la qualità dell'assistenza erogata ma solo con la magistratura per concorsi truccati e malversazioni di funzionari, amministratori, politici.

In termini complessivi, rispetto al modo di funzionare del SSN, parlano i numeri, secondo i dati della Ragioneria dello Stato relativi al 2017 ed alcune analisi della Fondazione Cerm. Dice Baldassarri (*), economista ben noto, che "non spendiamo tantissimo ma malissimo, tanta spesa corrente e pochi investimenti. Seguitando in questo modo il sistema non può reggere".

Vediamo in grande sintesi i dati salienti. La spesa pubblica per la sanità pesa sul PIL per il 6,6% ma se si aggiunge ad essa la spesa privata (2,6) si arriva al 9,4. Comunque sempre inferiore a quella dei Paesi più industrializzati ma molto discutibile nella sua composizione interna. Prendendo a confronto l'anno 2000, la spesa per il personale, aumentata del 28%, si è però ridotta rispetto al totale della spesa al 30,7 %, rispetto al 40. Significa meno personale e/o peggio pagato. La spesa per la farmaceutica si è ridotta al 6,7% rispetto al 13. La spesa per la generica è rimasta stazionaria. La spesa per consumi intermedi/beni e servizi è aumentata del 158%, passando al 28,9 % rispetto al 18,6.

Le differenze tra regioni, sulla base della spesa capitaria, non sembrano stratosferiche, comprese tra 1235 della Puglia e i 1607 della Valle d'Aosta, essendo la maggioranza di tutte le altre situata tra 1300 e 1400, con qualche punta nel Trentino, Piemonte e Liguria. Nelle regioni dove l'assistenza è considerata migliore (Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Umbria, Marche ed Toscana) la spesa capitaria è inferiore alla media nazionale. Ovviamente inferiore in Campania, Puglia, Basilicata, Calabria e Sardegna. Su tutto ciò pesa indubbiamente la migrazione sanitaria, assai difficilmente quantificabile per la difficoltà ad avere dati certi. Conclude Baldassarre: "Ecco allora che non spendiamo moltissimo ma per molti aspetti spendiamo malissimo, tanti consumi intermedi e poco personale, tanta spesa corrente e pochi investimenti, un po' più di lavoro e tanto meno di capitale, cioè macchine e tecnologie".

Qui dentro c'è una buona parte del disfunzionamento ma è necessario aprire un discorso più ampio che, partendo dall'analisi dei fattori di decrescita, prenda in considerazione l'intero comparto della sanità ed i riferimenti di contesto che ne condizionano ad un tempo lo sviluppo quanto lo scadimento.

Elenchiamo per parole chiave i temi che dovrebbero fare oggetto dell'attenzione del governo dell'intero sistema dei servizi, tanto a livello centrale che periferico: Salute e SSN come beni comuni, i contesti nei quali la salute si sviluppa o si deprime: politica, economia, ambiente, cultura; partecipazione-deresponsabilizzazione, individualismo-comunità, democrazia- populismo; Leggi e regolamenti, pianificazione e programmazione; Gestione, governo; confronto tra incompetenza e competenza, amministratori e politici, tecnici, subordinazione e soperchieria, corruzione e concussione Standardizzazione dei Costi ed effettiva applicazione dei livelli essenziali di assistenza; Rapporti con i cittadini/

utenti; Formazione degli attori; Le Aziende, Funzioni e funzionamento, Organizzazione, Integrazione, Intersettorialità.

E per concludere, il tema dei temi, come riordinare il rapporto fra Stato centrale e decentramenti, in particolare la riconduzione ad un codice di comportamento unitario ed omogeneo dei tanti servizi sanitari regionali e delle province autonome, separati in casa, in libera concorrenza fra loro. Principale generatore di disuguaglianze fra i cittadini e promotore di spese improprie.

*M.Baldassarre La Bomba sanità. Attenti, o cambiamo e entro il 2030 esploderà. Bio's, maggio-giugno 2019

E, di seguito, Coronavirus *And, than, Corona Virus-19*

Lamberto Briziarelli

Tutto quanto detto nel precedente editoriale ci potrebbe sembrare, ora, quasi ridicolo; mi pare di poter sentire voci “ma come, col nemico in casa, in piena battaglia, INVASI DA UN NEMICO TERRIBILE, tutto il servizio sanitario impegnato fino allo stremo delle forze, vi pare il caso di discutere di altro, di distogliere la mente dall’impresa titanica che stiamo combattendo? I soliti *maitre a penser*, mosche cocchiere, benaltristi!. Dobbiamo parlare del virus”.

Ed invece non è così, non deve essere così poiché molte delle carenze che abbiamo denunciato ed i bisogni evidenziati non soddisfatti, aggravano la situazione con cui affrontiamo l’epidemia e rendono ancora più difficile il già pesantissimo lavoro delle strutture e degli operatori sanitari. Solo grazie a loro stiamo opponendo una forte resistenza all’urto immane, solo grazie alla loro grande generosità, ai loro veri sacrifici, di fronte alla vistose carenze che il sistema presenta. Proprio in quelle aree di cui si menava un vanto, ora dimostrato eccessivo. Solo di essi dovremmo parlare, senza rischiare di cadere nell’eccesso agiografico, additando tutti essi come esempio di vero eroismo e di grande abnegazione! Senza chiacchiere inutili, piagnistei, rivendicazioni, in silenzio.

Per cui, mentre cerchiamo di affrontare al meglio la guerra scatenata da un nemico invisibile e sconosciuto, dobbiamo ragionare attentamente, senza trascurare l’intero campo della battaglia, il contesto in cui essa si svolge, riflettere sulle forze di cui disponiamo e ragionare sul poi. Già qualcuno, giustamente, parla di un nuovo Piano Marshall.

E parliamo quindi di Covid-19, ma per dire solo poche cose, senza dilungarci troppo, visto che oramai sul virus e l’andamento dell’infezione si è detto tutto ed anche troppo; si è parlato, sparlato, sproloquiato, mentito, falsificato le evidenze scientifiche. Di tutto di più, senza sapere di cosa esattamente parliamo. Eppure nel 2012 era uscito un importante volume, stampato in Italia nel 2014¹ dedicato proprio alle pandemie verificatisi in quegli anni, a causa di nuovi virus, come Hendra, Ebola, H5N1, Sars-cov con un richiamo anche a patogeni noti. In esso si ipotizzava a chiare lettere il rischio che una nuova pandemia, dovuta ad agenti sconosciuti ma possibilmente presenti come

¹ Quammen D Spillover, L’evoluzione delle pandemie (originale: Spillover, Animal Infections and the Next Human Pandemic), Milano: Adelphi; 2014.

quelli suddetti, si potesse verificare, perdurando le condizioni che avevano permessi le precedenti tracimazioni dagli animali all'uomo. A pag. 219, la conclusione del capitolo dedicato a Sars-cov, si può leggere una tragica previsione: “*E' ipotizzabile che la prossima Grande Epidemia (il famigerato Big One) quando arriverà si conformerà al modello perverso dell'influenza, con alta infettività prima dell'insorgere dei sintomi. In questo caso si sposterà da una città all'altra sulle ali degli aerei, come un angelo della morte*”.

È proprio quello che sta succedendo oggi. E dire che una virologa sprovveduta ha dichiarato “state calmi, si comporterà come una piccola influenza”.

E veniamo alle poche cose che credo si possano/debbero dire, per prepararci al futuro.

Primo aspetto, l'insufficienza delle strutture: cos'è se non il risultato di tagli sistematici alla spesa sanitaria, scesa sino al 6 % del PIL? Il blocco degli organici, la mancata riprogrammazione del fabbisogno del personale medico e non medico? A livello di base e specialistico? Il mancato aggiornamento degli operatori rispetto ad emergenze gravi?

Secondo aspetto, il governo, la famosa *governance* di continuo menzionata: i balli in parlamento, tra Governi formati con maggioranze improbabili e guerre interministeriali, il protagonismo solipsistico di molti dei responsabili delle maggiori cariche dello Stato, le manifestazioni da prime donne in spettacoli da palcoscenico, non delle aule sacrali del Parlamento. Senza cercare di portare al successo gli interventi assolutamente necessari ed improcrastinabili ma solo cercando strumentali occasioni per l'interesse della propria parte politica e dell'immagine di sé.

Terzo aspetto, i cittadini: arrabbiati, incattiviti, sbandati, privi di sentimenti civici e di orientamenti politici, ignari del minimo senso della storia; da comunità di popolo a individui dispersi, isolati, egoisti, narcisisti, edonisti, astensionisti, menefreghisti, revisionisti, molti anche razzisti; privi del senso di che fare in proprio, sempre alla ricerca di un nemico cui addossare tutte le colpe: un diverso, quale che sia, di colore di pelle, di religione, di regione, di sesso, purché più debole.

Questa trasformazione si è verificata lentamente, progressivamente con poco rumore, sino a giungere oggi ad un punto di quasi non ritorno.

Dice un noto giornalista² “Arriva qui a compimento una deriva dell'epoca che, nella furia non del cambiamento ma della rottamazione, considera inutile l'esperienza, dopo aver soppresso la competenza mentre svaluta l'accumulo di conoscenza celebrando l'ignoranza come innocenza”. Soprattutto aggiungo personalmente, la perdita totale della responsabilità personale, quella di cui ogni cittadino è debitore verso la Comunità e verso lo Stato, nel conto non a perdere tra diritti e doveri. È una chiara sintesi del fenomeno, che indica cause ben precise, imputabili a tutti coloro che, nella scuola, nella famiglia, nelle Istituzioni, nelle organizzazioni politiche, nei mezzi di comunicazione di massa e nei cosiddetti “social” hanno gestito il sistema dei rapporti fra cittadini e Istituzioni, uso e mis-uso dei corpi intermedi della democrazia fino a impoverirli e ridurli quasi al silenzio; hanno gettato discredito sulla formazione della conoscenza, deliberatamente riducendo i supporti necessari alla scuola ed alla ricerca; contemporaneamente diffondendo una favola, come quella che non

² Ezio Mauro, I clandestini del contagio, *La Repubblica*, 13 marzo 2020, pag. 35.

abbiamo bisogno delle competenze, che noi, da soli o in compagnia, possiamo fare a meno degli esperti, dei professori; che non ci serve studiare perché c'è il web, che la storia non è più la maestra della vita e quindi va lasciata da parte, agli studiosi dei quali non abbiamo bisogno.

Molti i fatti negativi e le mancanze ma voglio sottolineare con forza soprattutto il ruolo negativo esercitato da più parti. In primo luogo i mezzi di comunicazione di massa nel formare la cosiddetta pubblica opinione, attraverso una sistematica opera di distorsione della realtà dei fatti, nella quale annegano anche le cose buone che pure ci sono. La ricerca dello scoop più grande possibile (anche se falso), i superlativi assoluti per ogni evento, anche marginale, ogni cosa, individuo, protagonista, buono o cattivo, è SUPER. E poi “dagli all'untore”, eccitando le fantasie morbose anche dei più flebili. I titoli, tutti di scatola, per migliorare le vendite, tuttavia sempre più in calo, della carta stampata, *instant book* e giornali, riviste. I talk show televisivi trasformati in veri e propri suk, tra venditori di fumisterie e negatori di evidenze, opinioni e non fatti, scontri fra scienziati ed isterici strilloni; alla fine della serata, con decine di ospiti è quasi sempre impossibile trarre le fila, capire il significato delle tante cose dette, molte nemmeno intese nel bailamme delle voci e dei frequenti insulti.

E infine i protagonismi delle persone, dai più importanti uomini della politica ai meno pomposi presenzialisti nella comunicazione, sulla stampa, negli spettacoli TV. Tutti in qualche modo eccezionali, assolutamente riconoscibili da un personalissimo marchio di fabbrica, i travestimenti prezoliniani, l'apodissi, le frasi ad effetto, concise e sempre sopra le righe, il sistematico tambureggiare, i richiami idolatrici di immagini e parole. “Tutto è sbagliato, tutto è da rifare ma solo con me!” Distruggere il passato senza dire cosa fare per l'indomani! Tutti però possiamo parlare, non fare, contribuire con 140 battute a dire la nostra, da sempre esclusi da tutto ancora di più con l'“uno vale uno”, che vuol dire tutti per uno solo, che decide per tutti.

E quindi proprio nel momento di maggiore bisogno e della lotta, dobbiamo cominciare a pensare ai rimedi che occorreranno, domani come nel prossimo futuro più o meno lontano. Per essere pronti alle azioni che serviranno per ricostruire di nuovo, dopo un'altra nuova grande guerra. Come diceva un grande slogan: “Domani, durante la battaglia, pensami”, che significa, ricordati che c'è sempre tutto il resto che ha bisogno ancora di te, non lasciarti trascinare dall' impeto, dalla foga del momento senza ragionare. Bisogna da subito riflettere e pensare a come realizzare tutto le cose che necessitano, quelle descritte nel precedente editoriale. Che spiccano violentemente nello spettacolo degli eventi che sconvolgono ora il nostro territorio e comportano distruzione e morte.

Dalla vicenda già adesso si possono trarre tre indicazioni sopra tutte:

- Il Governo centrale ha, fra iniziali tentennamenti, finalmente avviato un percorso che cerca di dare una risposta non settoriale, considerando l'insieme delle cose e non interventi solo settoriali, pur nell'emergenza, realizzando un'intesa con tutte le forze politiche presenti in Parlamento e segnando probabilmente un' inversione di tendenza
- La popolazione, pur stordita ed impaurita, sta reagendo in modo positivo e probabilmente sta realizzando che può esistere anche un altro modo di stare con gli altri.
- Occorre un riordino quanto prima possibile dei danni verificatisi nell'applicazione delle modi-

fiche del titolo V della Carta, anche se i colpi di testa e le pensate improvide di alcuni *Caudillos* (titolo più appropriato di Governatori) mostrano che la cosa non sarà facile ma assolutamente necessaria e non rinviabile.

Dirò poche cose proprio su questi punti. In uno scritto di moltissimi anni or sono, pubblicato in un volume (curato dal compianto Giovanni Berlinguer e Marco Geddes da Filicaia)³, denunciavo in termini molto chiari i pericoli di una deriva del federalismo in sanità, verso la formazione di servizi regionali autonomi. Proprio per le caratteristiche delle nostre Regioni e le disuguaglianze già allora esistenti tra le diverse aree geografiche del Paese. Che ben conoscevo per aver fatto parte per diversi anni della Commissione nazionale per la redazione della “Relazione sullo stato sanitario del Paese”, presso il Ministero della Sanità. I due curatori del volume alzarono un po’ il sopracciglio, ma pubblicarono il pezzo.

Ci voleva il Covid-19 per evidenziare i danni e, forse, riparare il malfatto. Occorre ristabilire la catena di comando del Sistema Paese e fissare i termini precisi entro i quali si muovono le competenze concorrenti dei governi locali, non concorrenziali, come appare anche troppo evidentemente. Non si tratta di tornare al centralismo del Governo nazionale e mortificare le Autonomie regionali, bensì creare un sistema di diversi rapporti che integrino virtuosamente le Regioni con un potere centrale a guida più forte, “Entrambi, però, si riformano insieme, senza ritorni a un centralismo passato né derive verso piccole repubbliche sovrane”. Ristabilendo equilibri istituzionali, visto che l'emergenza Covid-19 mostra fragilità e conflittualità, come affermato proprio in questi giorni anche da altri⁴. Il colpo più grave, che complica la situazione dell'attacco dell'epidemia ed il suo contrasto, è tuttavia senza dubbio l'impovertimento colposo delle strutture sanitarie, nel personale e nei mezzi.

Le infezioni (e le morti) di personale sanitario e di loro collaboratori, sono il portato di un eccessivo carico di lavoro per carenze di personale, turni oltre ogni limite, stanchezza e frettolosità che fanno diminuire fortemente l'attenzione alle norme più elementari della sicurezza, oltre la mancanza di mezzi personali di protezione e di trattamenti di sanificazione dell'ambiente come dovuto. L'alto numero di infezioni ospedaliere e di sovra-infezioni nei reparti di malattie infettive, in tempi normali (da tempo denunciati) mostrano con evidenza questo buco negli ospedali, specie nei più piccoli, mantenuti in piedi oltre ogni ragionevole dubbio. L'unico obbligo richiesto dai Governi locali ai direttori di queste strutture è stato il pareggio di bilancio, non la dimostrazione dell'efficacia e dell'efficienza dei servizi! E poi dove è finita una corretta informazione sanitaria della popolazione, (la health literacy degli autori internazionali) per una buona educazione a comportamenti sanitarimente corretti; le strutture ed i servizi regionali ed aziendali di Educazione e Promozione della salute ci sono ancora, che fanno, che hanno fatto? Il passaggio, in molte regioni, ai Dipartimenti di prevenzione che risultati ha prodotto? È stato utile? Va ripensato?

³ Briziarelli L. Federalismo e Sanità. In Geddes M, Berlinguer G (a cura). La Salute in Italia, rapporto 1997, pag. 43, Roma: EDIESSE; 1997.

⁴ C.Merli d'Eril e G.E.Vigevani Polifonia stonata tra Governo e Regioni, Il Sole 24 Ore Domenica, 29 marzo 2020, pag. VII.

Strumenti per valutare la performance del percorso dei pazienti cronici

Tools to assess the performance of the chronic care pathway

Milena Vainieri, Alice Borghini, Sabina Nuti

Laboratorio management e sanità, Istituto di Management, Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa

Parole chiave: cronicità, performance, percorso, integrazione

RIASSUNTO

Obiettivi: l'identificazione del valore come obiettivo chiave di un sistema sanitario richiede che i sistemi di misurazione della performance sempre più valutino la capacità delle organizzazioni di prendere decisioni ed implementare azioni che creino e forniscano valore per la popolazione di riferimento. Per supportare questa azione è importante avere strumenti di rappresentazione della performance che aiutino a leggere in modo integrato i servizi sanitari. L'obiettivo di questo articolo è quello di descrivere il pentagramma introdotto nel sistema di valutazione della performance adottato da 10 regioni italiane sul tema cronicità come strumento di rappresentazione dei risultati in ottica di percorso.

Metodi: l'articolo descrive il caso studio della rappresentazione del percorso cronicità attraverso l'utilizzo del pentagramma.

Risultati: il percorso delle cronicità conta ad oggi 22 indicatori raggruppati in 5 fasi: prevenzione, compliance, efficienza, ospedalizzazione evitabili ed esiti. La fase della compliance ovvero della presa in carico territoriale è quella con il maggior numero di indicatori, in linea con quanto suggerito a livello nazionale dal piano nazionale della cronicità. I due pentagrammi di zona-distretto utilizzati come esempi, mostrano non solo il percorso finora disegnato attraverso le varie fasi ma anche il contributo di ciascun erogatore (in questo caso AFT) alla performance del territorio su cui insiste.

Conclusioni: il pentagramma permette di sintetizzare in modo semplice la performance del percorso assistenziale attraverso la prospettiva del paziente, superando i confini aziendali e restituendo ai vari professionisti coinvolti un unico strumento di lettura. Il pentagramma è, come il sistema di valutazione della performance, un sistema dinamico, in continua revisione ed integrazione per rispondere all'esigenza del sistema sanitario in continuo cambiamento.

Autore per corrispondenza: milena.vainieri@santannapisa.it

Key words: chronic condition, performance, pathway, integration

SUMMARY

Objectives: value is a key point in a healthcare system, it can be detected through the implementation of performance measurement systems that evaluate the ability of organizations to take decisions and implement actions aim to create and provide value for the population. To reach this goal are needed performance representation tools that help to read health services in an integrated way. The aim of our paper is to describe the implementation into the performance measurement system adopted by 10 Italian regions a new tool that can assess the value creation process across multiple healthcare organizations adopting the patient with chronic disease perspective.

Methods: the article describe the case study of introduction of a new representation tool for the assessment of the chronicity path: the stove.

Results: currently, the chronicity pathway includes 22 indicators grouped in 5 phases: prevention, compliance, efficiency, avoidable hospitalization and outcomes. The phase of compliance, related to primary care, is the one with the highest number of indicators, in line with the National Chronicity Plan. The two staves used as examples here show not only the path through the various phases but also the contribution of each provider (in this case AFT) to the performance of their geographic area.

Conclusions: the stove shows the performance of the care pathway through the patient's perspective, overcoming providers boundaries and providing a common reading tool to the professionals involved. The stove is, like the performance measurement system, a dynamic system, in continuous revision and integration to meet the needs of the ever-changing healthcare system.

Introduzione

Negli ultimi decenni, le pubbliche amministrazioni hanno introdotto sistemi di misurazione della performance volti a valutare l'operato delle amministrazioni come sistemi chiusi, a sé stanti (1-2), sistemi di misurazioni non capaci di cogliere uno degli aspetti fondamentali delle amministrazioni pubbliche ovvero il valore pubblico creato dall'insieme di azioni spesso svolte in modo interdipendente da più istituzioni (3-4).

A partire dal 2010 il concetto di valore è stato introdotto anche nel contesto sanitario dove è stato inizialmente definito come il rapporto tra outcome e risorse (5). Tale definizione, sebbene metta in evidenza l'importanza del risultato ottenuto in termini di salute a fronte delle risorse impiegate, non risulta adatta ad un sistema sanitario di tipo universalistico dove è invece fondamentale un approccio basato sulla popolazione, come suggerito da Gray e El Turabi (6). L'identificazione del valore come obiettivo chiave di un sistema sanitario (5-8) richiede che i sistemi di misurazione della performance sempre più valutino la capacità delle organizzazioni di prendere decisioni ed implementare azioni che creino e forniscano valore per la popolazione di riferimento (9). Infatti, il valore per la popolazione non corrisponde al comune modo di misurare la performance legata al volume dei servizi erogati o al risultato ottenuto e misurato in termini di salute per i pazienti trattati, ma è la capacità del sistema sanitario di fornire la giusta assistenza a coloro che potrebbero trarne maggiori benefici (7). Non è raro che vengano fornite prestazioni sanitarie a persone che non ne

hanno bisogno, sprecando quindi risorse, oppure al contrario che vi siano persone che non riescono ad accedere o ricevere le cure più appropriate per le proprie condizioni di salute. La prospettiva della popolazione permette di evidenziare se i sistemi sanitari sono in grado di erogare valore, ovvero erogare servizi per coloro che possono beneficiarne maggiormente. I sistemi di misurazione della performance dovrebbero supportare questo cambio di paradigma attraverso una nuova generazione di strumenti capaci di integrare prospettive diverse oltre che dimensioni differenti (10-15).

In particolare, la letteratura sui sistemi di misurazione della performance degli ultimi anni ha evidenziato alcune caratteristiche ritenute di successo nel disegnare gli strumenti capaci di supportare il miglioramento della performance delle organizzazioni sanitarie:

- La multidimensionalità, negli anni sono stati proposti diversi framework per valutare i servizi sanitari, tutti includono più dimensioni fra cui volumi di attività e aspetti finanziari. Alcuni schemi raggruppano gli indicatori basandosi sulle dimensioni disegnate da Donabedian (indicatori di struttura, di processo e di esito) ed altri introducono indicatori di qualità delle cure e di equità (12,16-18).
- La condivisione, il coinvolgimento degli stakeholder, e in particolare dei professionisti sanitari, è un fattore essenziale per legittimare gli strumenti di misurazione e per cogliere suggerimenti (ad esempio, nuovi indicatori, revisione di indicatori esistenti) che permettono di rendere dinamico il sistema di valutazione in un processo di miglioramento continuo (14,19).
- Il benchmarking sistematico dei risultati, la valutazione comparativa tra erogatori e aree geografiche permettere di superare le barriere dell'autoreferenzialità e di stimolare, attraverso i meccanismi reputazionali, il perseguimento di comportamenti virtuosi e di emulazione positiva (20-21).
- La pubblicazione dei risultati, la diffusione pubblica dei risultati rinforza il concetto di utilizzo responsabile delle risorse pubbliche, anche noto come public oppure *open accountability* (22), inoltre alcuni studi dimostrano che la pubblicazione dei risultati combinata con il benchmarking sistematico, rende i sistemi di valutazione della performance ancora più efficaci nell'utilizzo della leva reputazionale (21,23-25).
- La tempestività, la capacità di fornire i risultati in tempi brevi aumenta la fiducia nello strumento utilizzato e consente agli amministratori di prendere decisioni sulla base di evidenze e dati aggiornati (26-28).

Tuttavia, questi fattori critici di successo di per sé non sono sufficienti se si mantiene una prospettiva per erogatore in quanto diversi servizi richiedono relazioni inter-organizzative (cioè tra i vari erogatori) e quindi una prospettiva di sistema. In particolare, per alcune condizioni cliniche (ad es. malattie croniche, tumori, malattie mentali) il processo di creazione del valore può essere misurato in modo efficace solo assumendo la prospettiva della catena di produzione del valore che, nell'assistenza sanitaria, corrisponde ai percorsi clinici dei pazienti. Pertanto, l'adozione della

prospettiva del percorso assistenziale è fondamentale nella valutazione delle performance e, di conseguenza, nella guida delle decisioni dei responsabili politici e degli altri stakeholder (29).

Assumere la prospettiva del percorso assistenziale implica la creazione di reti inter-organizzative orizzontali che favoriscano il coordinamento tra professionisti sanitari oltre i confini fisici dell'organizzazione. Queste reti, che possono essere o meno ufficialmente riconosciute, sono di solito strutturate per prendersi cura del paziente lungo le diverse fasi del percorso. Le relazioni tra i componenti della rete sono caratterizzate da interdipendenza, complessità e cambiamento continuo, inoltre l'assenza di una chiara gerarchia rende ancora più problematica la loro valutazione (30).

I tradizionali sistemi di misurazione della performance basati su una prospettiva "verticale" ovvero l'analisi a livello di sistema sanitario regionale, azienda o ospedale, rischiano di spostare l'attenzione dei professionisti verso prestazioni non ottimali piuttosto che ad erogare valore ai pazienti, portando a conseguenze inattese (31-32) fino ad arrivare al "paradosso delle *performance*" ovvero misurare e migliorare ambiti che non creano valore (27-28,31-32).

È quindi necessaria una visione "orizzontale" che tenga conto del percorso del paziente e non soltanto di dove sono erogati i servizi (33).

Un elemento chiave per affrontare questa sfida è il modo in cui i dati sulle performance vengono presentati in modo da favorirne la lettura e la condivisione tra gli stakeholder (34). L'uso di canali di comunicazione appropriati, come un efficace sistema di visualizzazione, è fondamentale per creare impegno nel raggiungimento delle prestazioni desiderate e comportamenti appropriati a tutti i livelli organizzativi (34-35), stimolando anche l'impegno di tutti i protagonisti al raggiungimento degli obiettivi strategici dell'organizzazione stessa (36). Infatti, poiché le persone sono guidate da una razionalità limitata, il processo decisionale basato sull'evidenza è intrinsecamente mediato dal modo in cui viene comunicata l'evidenza stessa. Secondo Bititci et al. (34), inoltre, sistemi di visualizzazione dei dati di performance efficaci supportano lo sviluppo e l'implementazione di strategie aziendali, favoriscono la revisioni delle performance, così come supportano la comunicazione interna ed esterna, la collaborazione e l'integrazione tra diverse unità e livelli, o ancora cambiamenti culturali e innovazione.

Il presente lavoro descrive il pentagramma delle cronicità ovvero il recente strumento di visualizzazione della performance dei percorsi assistenziali introdotto nel Sistema di Valutazione della Performance del Network delle Regioni Italiane guidato dal laboratorio Management e Sanità, volto a promuovere una presa in carico integrata tra i diversi erogatori e fra diversi setting assistenziali.

Metodo

Il Sistema di Valutazione della Performance nato nel 2004 dalla collaborazione tra il Laboratorio management e Sanità (MeS) dell'Istituto di Management della Scuola Superiore Sant'Anna e il Sistema Sanitario Regionale Toscana e poi adottato ed adattato, a

partire dal 2008, in diverse regioni italiane è noto come il sistema del bersaglio per la sua rappresentazione sintetica delle performance delle regioni, aziende ed ospedali. Ad oggi le regioni che utilizzano il sistema di valutazione della performance sono Basilicata, Calabria, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Marche, Toscana, Puglia, Umbria, Veneto, provincia autonoma di Bolzano e provincia autonoma di Trento, arrivando a confrontare la performance di circa 190 organizzazioni sanitarie per circa 20 milioni di cittadini. Le regioni aderenti al Network condividono il medesimo sistema di valutazione il quale conta circa 250 indicatori, volti al monitoraggio e alla valutazione di risultati appartenenti a diverse dimensioni, basandosi sul benchmarking sistematico delle performance. Questi, strumenti, nella maggior parte delle regioni del Network, sono integrati agli altri strumenti di governance regionale come ad esempio il sistema di definizione degli obiettivi annuali ed i sistemi di budget aziendali (15,20,25,37-38). Il pentagramma è stato introdotto nel 2016 per promuovere la visione del percorso del paziente abbattendo quelle che sono le barriere tra i diversi setting assistenziali e i diversi professionisti coinvolti. I due strumenti, vanno letti insieme perché presentano le medesime valutazioni delle performance dei servizi sanitari attraverso prospettive differenti.

La metafora del pentagramma vuole trasmettere il messaggio che i sistemi sanitari dovrebbero suonare la stessa musica del paziente, seguendo passo dopo passo i suoi movimenti all'interno del percorso di cura.

Gli indicatori selezionati e mostrati sul pentagramma sono stati estrapolati tra gli indicatori già presenti nel bersaglio e divisi per fasi in accordo con quello che è il percorso del paziente con condizioni croniche nel sistema, come mostrato in Tabella 1 (39).

La scelta degli indicatori è avvenuta in seguito ad una valutazione attenta e condivisa con l'obiettivo di rappresentare in maniera efficace e realistica le differenti fasi che caratterizzano il trattamento di un paziente con una condizione cronica.

Il pentagramma, così come il bersaglio, utilizza 5 fasce di valutazione contraddistinte da cinque colori (rosso, arancione, giallo, verde e verde scuro) a ciascuna delle quali è associata una valutazione, mentre la divisione in fasi è rappresentata attraverso le fasce verticali che dividono il pentagramma stesso, simulando metaforicamente le battute che costituiscono una strofa musicale. Questa rappresentazione grafica permette di focalizzarsi su punti di forza e di debolezza di ciascuna fase, che caratterizzano l'erogazione dei servizi sanitari per quella tipologia di paziente.

Attualmente i pentagrammi sviluppati all'interno del sistema di valutazione della performance sono:

- percorso materno-infantile,
- percorso cronicità,
- percorso oncologico,
- percorso salute mentale,
- percorso emergenza,

- percorso assistenza domiciliare e residenziale.

Come per il bersaglio, i risultati dei singoli indicatori e la loro visualizzazione attraverso il bersaglio o il pentagramma è consultabile gratuitamente, previa registrazione, sulla piattaforma <http://performance.santannapisa.it>

Questo articolo analizza nel dettaglio un percorso, quello delle cronicità, quale condizione clinica che, dato l'andamento demografico della popolazione mondiale (40), riguarda un numero sempre maggiore di popolazione ed è una condizione clinica molto variegata, dove preferenze del paziente, integrazione delle cure, ottimizzazione delle risorse e sostenibilità finanziaria coesistono e devono essere tenute in considerazione al fine di erogare servizi che creano valore per la popolazione.

La visione per percorso, offerta dal pentagramma, può rappresentare uno strumento che "contrastando logiche di centralità di servizi e di professionisti, esaltando la multicentricità ed il valore dei contributi di ognuno" (41) risponde all'esigenza di misurare in modo integrato il percorso come suggerito anche dal Piano Nazionale della Cronicità.

In particolare, saranno presentati i risultati del pentagramma delle cronicità a livello di zona-distretto con evidenza del contributo delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) della regione Toscana come esempio di strumento che può essere declinato fino al livello di governo più vicino alla realtà locale.

Risultati

A partire dal 2016, il pentagramma, lo strumento di valutazione e visualizzazione degli indicatori di performance per percorso, è stato introdotto all'interno del sistema di valutazione della performance delle regioni del Network fino a livello di zona-distretto nella sanità toscana. Tale strumento, sfruttando la metafora del pentagramma musicale, è in grado di offrire una lettura diversa dei dati presenti nel bersaglio, basata sulla logica dei percorsi e quindi secondo una prospettiva più vicina a quella degli utenti/pazienti.

Il percorso cronicità, così come è attualmente strutturato, raggruppa un set di indicatori relativi a diverse condizioni croniche caratterizzate da elevata prevalenza ed elevato carico assistenziale, il cui obiettivo è quello di promuovere una visione di sistema incentrata sulla persona durante le diverse fasi di malattia. In questo senso, come sottolinea il Piano Nazionale della Cronicità, la formulazione di tale percorso ha l'obiettivo di eliminare la discontinuità tra i diversi e classici livelli assistenziali (prevenzione, assistenza primaria, specialistica territoriale, degenza ospedaliera, riabilitazione) "dando origine a un continuum che include l'individuazione di specifici snodi (clinici e non clinici) da parte di ogni attore assistenziale o del team in rapporto all'obiettivo di salute prefissato". Gli indicatori qui raccolti fanno riferimento ad alcune patologie croniche principali (diabete, scompenso, ictus, BPCO) e sono suddivisi in 5 fasi di seguito descritte:

- Prevenzione, che comprende sia indicatori relativi alla promozione di corretti stili di

vita rivolti all'intera popolazione, sia indicatori più specifici della popolazione target dei cronici relativi a due strategie regionali di presa in carico proattiva della cronicità, ovvero i corsi AFA e l'adesione alla Sanità di Iniziativa;

- Compliance, che comprende indicatori di processo di alcuni percorsi cronici che considerano l'adesione alle principali terapie e follow-up, indicatori di compliance relativamente all'assistenza farmaceutica e indicatori relativi all'utilizzo di molecole a brevetto scaduto per alcune categorie di farmaci;
- Efficienza, che invece è sintetizzata dall'indicatore sulla polypharmacy a livello territoriale;
- Ospedalizzazione evitabile, che comprende i tassi di ricovero per le principali patologie croniche e che sono considerati ricoveri potenzialmente evitabili con un buona presa in carico territoriale;
- Esiti, in questa fase è riportato un indicatori di esito, quale il tasso di amputazione maggiori per diabete, come indicatore di risultato finale dell'assistenza integrata.

La Tabella 1 riporta gli indicatori attualmente utilizzati per la valutazione della performance nel pentagramma dei cronici sia a livello del Network che a nel Sistema di Valutazione della Toscana.

Indicatore	Descrizione	Fase
B26.1	Percentuale popolazione > 16 anni assistita da MMG aderenti ai moduli della Sanità di Iniziativa	PREVENZIONE
C21.2.1*	Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani alla dimissione	COMPLIANCE
C21.2.2*	Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione	
C21.2.3*	Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione	
C21.3.1*	Percentuale di pazienti aderenti alla terapia con beta-bloccanti (90-180 giorni)	
C21.3.2*	Percentuale di pazienti aderenti alla terapia con ACE inibitori o Sartani (90-180 giorni)	
C21.3.3*	Percentuale di pazienti aderenti alla terapia contestuale di antiaggreganti e statine (90-180 giorni)	
C9.2*	Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con statine (Ipolipemizzanti)	
C9.6.1.1	Iperprescrizione di statine	
C11A.1.2A	Residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina	
C11A.1.2B	Residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio	
C11A.1.3	Residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con ACE-inibitori e/ o sartani	
C11A.1.4	Residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante	
C11A.2.2	Residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata	
C11A.2.3	Residenti con Diabete con almeno una visita oculistica negli ultimi due anni	
C11A.5.1	Residenti con Ictus in terapia antitrombotica	
C9.10.1	Polypharmacy sul territorio	EFFICIENZA
C8D.1*	Tasso di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali per 1.000 residenti	OSPEDALIZZAZIONE EVITABILE
C11A.1.1*	Tasso ospedalizzazione per Scompenso Cardiaco per 100.000 residenti (50-74 anni)	
C11A.2.1*	Tasso di ospedalizzazione per Diabete globale per 100.000 residenti (35-74 anni)	
C11A.3.1*	Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)	
C11A.2.4*	Tasso di amputazioni maggiori per Diabete per milione di residenti (triennale)	ESITI

Tabella 1- Indicatori presenti nel pentagramma delle cronicità.

* indicatori presenti anche nel sistema di Valutazione della Performance del Network delle Regioni. Fonte: Il Sistema di Valutazione della Performance della Regione Toscana

Il pentagramma dà una visione immediata della qualità dei servizi erogati ai pazienti indipendentemente dall'organizzazione che ha erogato il servizio, anzi, evidenziando il contributo dei diversi soggetti a raggiungere il risultato. Per questo, nello stesso pentagramma possono apparire organizzazioni diverse e, nel dettaglio, lo stesso indicatore può essere riportato più volte con valutazioni diverse, per ciascuna delle organizzazioni che eroga quel determinato servizio all'interno del livello organizzativo considerato (azienda, zona distretto, AFT). Quanto appena descritto è ben osservabile nella Figura 1 e 2, esempi di pentagramma per AFT, per gli indicatori: C21.2.1 Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani alla dimissione, C21.2.2 Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione e C21.2.3 Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione, i quali vengono calcolati per tutti gli erogatori che insistono nella stessa area geografica (vedi Figura 1 e Figura 2). Come emerge dalle Figure 1 e 2, esempi di come vengono rappresentati i pentagrammi a livello di due zone distretto toscane, è possibile osservare come questo strumento di visualizzazione permetta di evidenziare in maniera immediata e semplice il livello delle performance dei servizi per una popolazione di pazienti con gli stessi bisogni di salute, tenendo conto sia delle diverse fasi del percorso assistenziale che degli erogatori che insistono in quella determinata area geografica. Nel caso specifico degli esempi qui riportati ad ogni erogatore corrisponde una determinata AFT, permettendo quindi non solo di valutare l'operato di ciascuna AFT ma di confrontarle in termini di performance e quindi di variabilità del servizio erogato al cittadino nella stessa area geografica.

Conclusioni

Il mondo della cronicità è un'area in progressiva crescita sia in termini epidemiologici che economici, esso richiederà sempre più una continuità dell'assistenza per periodi di lunga durata e una forte integrazione dei servizi sanitari. La formulazione di tale percorso ha quindi l'obiettivo di eliminare la discontinuità tra i diversi e classici livelli assistenziali (prevenzione, assistenza primaria, specialistica territoriale, degenza ospedaliera, riabilitazione) "dando origine a un continuum che include l'individuazione di specifici snodi (clinici e non clinici) da parte di ogni attore assistenziale o del team in rapporto all'obiettivo di salute prefissato"(41).

L'esperienza qui descritta nell'ambito del Sistema di Valutazione delle Regioni Italiane e della Toscana ha contribuito a ribaltare, sia a livello aziendale che regionale, un'interpretazione dei risultati principalmente orientata alla messa a punto di azioni correttive finalizzate a raggiungere una valutazione migliore, verso un'osservazione

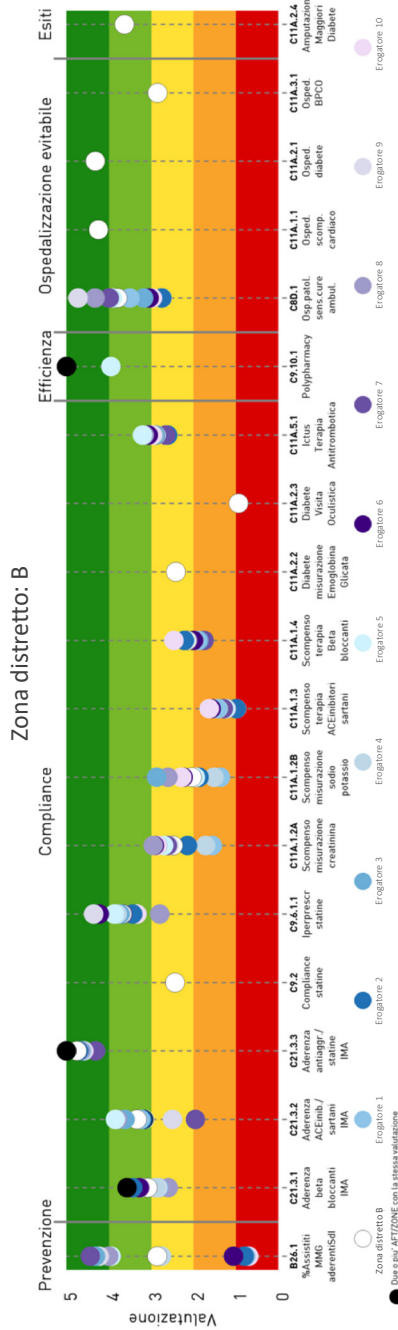


Figura 1 - Pentagramma zona-distretto B della regione Toscana.

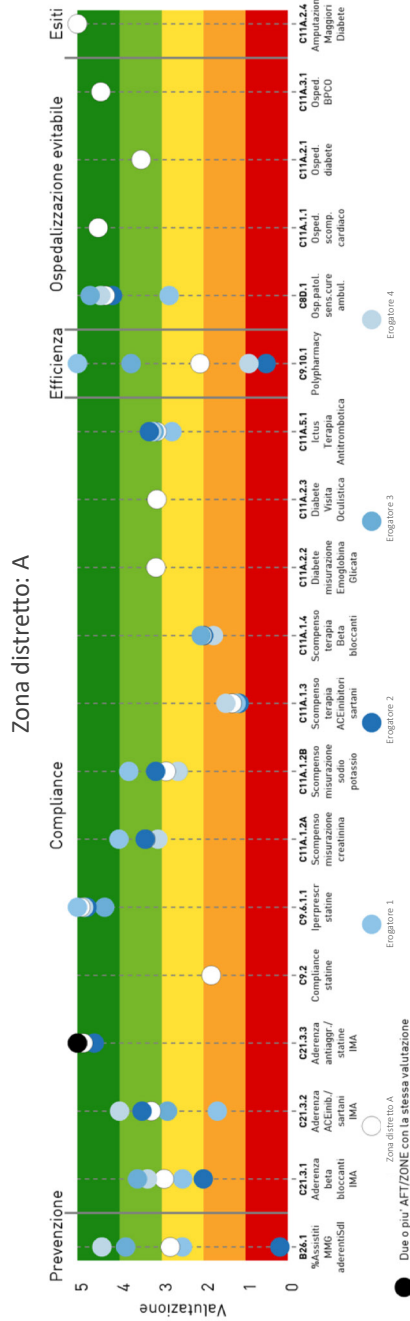


Figura 2 - Pentagramma zona-distretto A della regione Toscana.

più attenta del sistema e dei meccanismi che contribuiscono al raggiungimento di tale valutazione nel contesto di riferimento.

Il pentagramma, pertanto, non vuole rappresentare il percorso clinico-assistenziale di uno specifico paziente bensì, in ottica di *population medicine*, il percorso che tutta la popolazione con una o più condizioni cliniche simili (nel caso specifico il paziente con una o più patologie croniche) potrebbe seguire all'interno del sistema, usufruendo di alcuni servizi piuttosto che di altri. Esso quindi non deve essere interpretato come lo strumento di valutazione di specifici PDTA, ma come strumento di integrazione organizzativa tra provider di uno stesso sistema che operano per uno stesso obiettivo comune: la salute del cittadino.

Uno dei punti di forza principali dell'esperienza descritta è la replicabilità ed esportabilità dello strumento di valutazione in altri contesti e realtà sia nazionali che internazionali, favorendo, in questo modo, il confronto e il benchmarking tra sistemi sanitari diversi accomunati dagli stessi obiettivi e necessità da parte della popolazione per la quale erogano servizi di salute. Altro punto di forza di questa rappresentazione è che il sistema di indicatori oggi utilizzato potrà essere integrato nel prossimo futuro con indicatori provenienti da altre fonti come i *patient-related experience measures* (PREMs) e i *patient-related outcomes measures* (PROMs), attualmente in fase di sperimentazione presso il laboratorio Management e Sanità, i quali permetteranno di integrare le performance provenienti da flussi amministrativi con il punto di vista del paziente sia in termini di esperienza che in termini di qualità di vita percepita come sottolineato anche dalla recente iniziativa dell'OCSE attraverso il progetto PaRIS (Patient Reported Indicator Surveys) volto ad intercettare ciò che conta davvero per il paziente (42). Tale approccio che cerca di promuovere il punto di vista del paziente, protagonista all'interno dell'assistenza sanitaria, è coerente anche con il concetto di valore in sanità, il quale viene qui promosso attraverso la valutazione di due tra le sue determinanti fondamentali, coproduzione ed integrazione (43). Il caso presentato, inoltre, suggerisce come la classica prospettiva organizzativa volta a valutare ambienti, processi o contesti singolarmente possa in realtà essere ribaltata e possa contribuire alla creazione di valore promuovendo la collaborazione di erogatori multipli (coproduzione integrata), anche attraverso uno strumento che valuti le attività dei diversi provider contemporaneamente e che quindi promuova valutazione inter-organizzativa.

Indisponibilità ed inaffidabilità dei dati costituiscono, invece, una potenziale limitazione che potrebbe ostacolarne la generalizzabilità e l'esportazione in altre realtà. Questo potenziale limite in ogni caso non invalida o ridimensiona l'approccio innovativo e rivoluzionario che tale strumento porta con sé.

La sfida principale che i sistemi di misurazione della performance si trovano ad af-

frontare per il futuro è quella di riuscire a cogliere e quindi a misurare l'impatto che attori appartenenti a sistemi diversi da quello sanitario, ma ad esso correlati (come l'assistenza sociale), hanno sul sistema stesso in un'ottica di valutazione inter-sistemica. Quest'ultimo punto, in particolare, rispecchia quanto ampiamente dimostrato in letteratura sull'impatto che dimensioni diverse da quella prettamente sanitaria hanno sulla salute della popolazione, essa infatti solo per il 20% è riconducibile alla qualità ed ai servizi offerti dal sistema sanitario a disposizione, mentre ben l'80% è riconducibile ad altri fattori quali, fattori socio-economici (40%), fattori ambientali (10%) e stili di vita 30% (44).

Pertanto, l'esperienza descritta potrebbe suggerire la necessità di progettare sistemi di valutazione in grado di valutare i "sistemi collaborativi", invece che le "organizzazione collaborative", come avviene attualmente, al fine di valutare le interazioni reciproche che collegano il sistema sanitario ai sistemi circostanti (es. sistema ambientale). Il nuovo contesto sanitario sembra richiedere un ampliamento della prospettiva degli attuali sistemi di misurazione, verso un approccio di "valutazione aperta" integrando le prestazioni sanitarie con prestazioni di altra natura riconducibili a sistemi diversi.

Dall'altro lato la visualizzazione del pentagramma può aiutare anche a rappresentare la performance della rete network di professionisti per rafforzare quanto riportato dai valori degli indicatori utilizzati per misurare l'operato di gruppi di professionisti (45-46). Infine, è da ricordare che il sistema di valutazione della performance è un sistema dinamico, che fin dall'inizio ha cercato di modificarsi ed adattarsi alle esigenze di un sistema complesso e variegato come quello sanitario italiano, pertanto il pentagramma delle cronicità, così come qui presentato sarà rivisto nel prossimo futuro, anche grazie ad una stretta collaborazione con i professionisti sanitari. Tra le revisioni in corso ci sono, ad esempio, la riorganizzazione e definizione delle fasi o ancora l'ampliamento del set di indicatori includendo sia indicatori provenienti dalle indagini alla popolazione sia indicatori relativi agli esiti delle cure come, ad esempio, la mortalità a 30 giorni per patologie specifiche attingendo dal Programma Nazionale Esiti.

Bibliografia

1. Moore MH. *Creating Public Value: Strategic Management in Government*. Harvard, MA: Harvard University Press; 1995.
2. Bryson JM, Crosby BC, Bloomberg L. Public Value Governance: Moving beyond Traditional Public Administration and the New Public Management. *Public Adm Rev*. 2014;74(4):445-56.
3. O'Flynn J. From New Public Management to Public Value : Paradigmatic Change and Managerial Implications. *Aust J Public Adm*. 2007;66(3):353-66.
4. Cuganesan S, Jacobs K, Lacey D. *Public Value Management , Measurement and Reporting Ar-*

- title information : 2014;
5. Porter ME. What Is Value in Health Care? *N Engl J Med*. 2010;363;26:2477–81.
 6. Gray M, El Turabi A. Optimising the value of interventions for populations. *BMJ Br Med J*. 2012;345:e6192.
 7. Gray M, Airoidi M, Bevan G, McCulloch P. Deriving optimal value from each system. *J R Soc Med*. 2017;110(7):283–6.
 8. Lee S, Cho C, Choi J, Yoon B. R & D Project Selection Incorporating Customer-Perceived Value and Technology Potential : The Case of the Automobile Industry. *Sustainability*. 2017;9(1918).
 9. Naranjo-Gil D, Sánchez-Expósito MJ, Gómez-Ruiz L. Traditional vs . Contemporary Management Control Practices for Developing Public Health Policies. *Int J Environ Res Public Health*. 2016;13:713.
 10. Van Peursem KA, Prat MJ, Lawrence SR. Health management performance A review of measures and indicators. *Accounting, Audit Account J*. 1995;8(5):34–70.
 11. Aidemark L. The meaning of balanced scorecards in the health care organisation. *Financ Account Manag*. 2001;17(February):23–40.
 12. Arah OA, Westert GP, Hurst J, Klazinga NS. A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. *Int J Qual Heal Care [Internet]*. 2006;18(SUPPL. 1):5–13. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed7&NEWS=N&AN=2006462117>
 13. Nuti S, Seghieri C, Vainieri M, Zett S. Assessment and Improvement of the Italian Healthcare System : First Evidence from a Pilot National Performance Evaluation System. *J Healthc Manag*. 2012;57(3):182–98.
 14. Leggat SG, Narin L, Lemieux-Charles L, Barnsley J, Baker GR, Sicotte C, et al. A review of organisational performance assessment in healthcare. *Heal Serv Manag Res*. 1998;11:3.23.
 15. Bititci U, Garengo P, Dörfler V, Nudurupati S. Performance Measurement: Challenges for Tomorrow. *Int J Manag Rev*. 2012;14(3):305–27.
 16. Ballantine J, Brignall S, Modell S. Performance measurement and management in public health services : a comparison of U . K . and Swedish practice. *Manag Account Res*. 1998;9(November 1997):71–94.
 17. Brignall S, Modell S. An institutional perspective on performance measurement and management in the ‘new public sector.’ *Manag Account Res [Internet]*. 2000 Sep [cited 2014 Jul 18];11(3):281–306. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1044500500901367>
 18. Nuti S, Vainieri M, Zett S, Seghieri C. Assessment and improvement of the Italian Healthcare system: first evidences from a pilot national performance evaluation system. *J Healthc Manag*. 2012;
 19. Nuti S, Vainieri M, Vola F. Priorities and targets: a methodology to support the policy-making process in health care. *Public Money Manag*.
 20. Nuti S, Seghieri C, Vainieri M, Zett S. Assessment and improvement of the Italian healthcare system: first evidence from a pilot national performance evaluation system. *J Healthc Manag [Internet]*. 2012;57(3):182–98. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22724376>
 21. Bevan G, Evans A, Nuti S. Reputations count: why benchmarking performance is improving health care across the world. *Heal Econ Policy Law*. 2018;
 22. Bovens M. Public Accountability. In: *The Oxford handbook of Public Management*. 2005. p. 7–9.
 23. Hibbard JH, Stockard J, Tusler M. Does publicizing hospital performance stimulate quality improvement efforts? *Health Aff (Millwood) [Internet]*. 2003;22(2):84–94. Available from: <http://>

- www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12674410
24. Bevan G, Wilson D. Does ‘ naming and shaming ’ work for schools and hospitals ? Lessons from natural experiments following devolution in England and Wales. *Public Money Manag.* 2013;33(4):245–52.
 25. Nuti S, Vola F, Bonini A, Vainieri M. Making governance work in the health care sector: evidence from a ‘ natural experiment ’ in Italy. *Heal Econ Policy Law.* 2016;11(1):17–38.
 26. Davies HTO, Lampel J. Trust in performance indicators ? *Qual Heal Care.* 1998;7:159–62.
 27. Bevan G, Hood C. What’s measured is what matters: targets and gaming in the English public health care system. *Public Adm.* 2006;84(3):517–38.
 28. Wadmann S, Johanses S, Lind A, Okkels Birk H, Hoeyer K. Analytical perspectives on performance-based management : an outline of theoretical assumptions in the existing literature. *Heal Econ Policy Law.* 2013;8:511–27.
 29. Nuti S, Bini B, Ruggieri TG, Piaggese A, Ricci L. Bridging the Gap between Theory and Practice in Integrated Care: The Case of the Diabetic Foot Pathway in Tuscany. 2016;16(2):1-14.
 30. van der Meer-Kooistra J, Scapens RW. The Governance of Lateral Relations between and within Organizations. *Manag Account Res.* 2008;19:365-84.
 31. Meyer MW, Gupta V. The performance paradox. *Res Organ Behav.* 1994;16:309-69.
 32. Thiel S Van, Leeuw FL. The Performance Paradox in the Public Sector. *Public Perform Manag Rev* [Internet]. 2002 Mar;25(3):267. Available from: <http://www.jstor.org/stable/3381236?origin=crossref>
 33. Nuti S, Noto G, Vola F, Vainieri M. Let’s play the patients music: A new generation of performance measurement systems in healthcare. *Manag Decis.* 2018;
 34. Bititci U, Cocca P, Ates A. Impact of visual performance management system on the performance management practices of organizations. *Int J Prod Res.* 2016;54(6):1571–93.
 35. Kaplan RS, Norton DP. The Balanced Scorecard – Measures that Drive Performance. *Harv Bus Rev.* 1992;70(1):71–9.
 36. Tversky A, Kahneman D. The framing of decisions and the psychology of choice. *Science (80-).* 1981;221(4481):453–8.
 37. Vainieri M, Lungu DA, Nuti S. Insights on the effectiveness of reward schemes from 10-year longitudinal case studies in 2 Italian regions. *Int J Health Plann Manag.* 2018;(January):1–11.
 38. Vainieri M, Gallo M, Montagano G, Nuti S. Per migliorare la performance quanto conta l’integrazione tra gli strumenti di governance regionali e aziendali? Alcune evidenze dalla Regione Basilicata. *Mecosan.* 2016;24(98).
 39. Nuti S, De Rosis S, Bonciani M, Murante AM. Rethinking Healthcare Performance Evaluation Systems towards the People- Centredness Approach: Their Pathways, their Experience, their Evaluation. *Healthc Pap.* 2018;17(2):56-64.
 40. Organisation WHO. Global status report on noncommunicable diseases. 2014.
 41. Direzione Generale della Programmazione Sanitaria. Piano Nazionale della Cronicità. 2016.
 42. OECD. Measuring What Matters: the Patient-Reported Indicator Surveys. 2019.
 43. Expert Panel on Effective Ways on Investing in Health. Opinion on Defining value in “Value Based Healthcare.” Luxembourg; 2019.
 44. Hussein T, Collins M. The Community Cure for Health Care. *Stanford Soc Innov Rev.* 2016;July:1-10.
 45. Casalini F, Seghieri C, Emdin M, Nuti S. Nuovi strumenti di management per la gestione inte-

- grata dei percorsi assistenziali dei pazienti cronici. *Mecosan*. 2017;102:35-59.
46. Nuti S, Ferré F, Seghieri C, Foresi E, Stukel TA. Managing the performance of general practitioners and specialists referral networks: A system for evaluating the heart failure pathway. *Health Policy (New York)*. 2020;124:44–51.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno

Tra razionalizzazione delle risorse e umanizzazione del percorso nascita: quali cambiamenti per ostetriche e ginecologi? *Between rationalization and humanization of birth: what changes for midwives and gynecologists?*

Elena Spina

Ricercatrice di sociologia economica, Università Politecnica delle Marche

Parole chiave: relazioni interprofessionali, politiche materno-infantili, razionalizzazione, umanizzazione

RIASSUNTO

Obiettivi: le politiche materno-infantili costituiscono un tema centrale nell'agenda politica di molti Paesi compresa l'Italia dove da tempo il dibattito appare polarizzato su due concetti spesso considerati contrapposti: quello di umanizzazione e quello di razionalizzazione. L'articolo si concentra su questa contrapposizione focalizzandosi, in particolare, sulla tensione che ne deriva sulle relazioni interprofessionali, laddove le diverse professionalità coinvolte nella nascita (ostetriche e ginecologi) tendono ad enfatizzare l'una o l'altra dimensione, per arrivare a comprendere se e in che misura possa cambiare la loro configurazione professionale.

Metodi: dopo aver presentato le più recenti politiche sulla maternità introdotte in Italia ed aver brevemente illustrato la dinamica storica delle relazioni tra ostetriche e ginecologi, l'articolo mostra i principali risultati di uno studio empirico condotto nei punti nascita dell'azienda Sanitaria Unica Regionale delle Marche dove i professionisti hanno compilato un questionario appositamente costruito dall'unità di ricerca.

Risultati: il quadro che emerge è quello di due categorie professionali che reclamano spazi di autonomia e rivendicano una giurisdizione senza aver sempre chiari i rispettivi confini entrando così inevitabilmente in conflitto. Sebbene mostrino, a livello micro, rapporti di collaborazione e di scambio, di fatto esprimono una certa divergenza nel modo di concepire l'assistenza e la cura oltre che nel modo di essere professione, interpretando in modo diverso il concetto di fisiologia e finendo per configurare forme di dominanza dell'una sull'altra.

Conclusioni: le recenti politiche, in Italia, stanno determinando cambiamenti importanti per le professioni coinvolte nel percorso nascita e, in particolare, per l'ostetrica la cui professionalizzazione sta vivendo una nuova fase che può presentare nuove opportunità come pure nuovi rischi.

Key words: interprofessional relationships, maternity policies, rationalization, humanization of care

SUMMARY

Objectives: maternity policies are a central issue in the political agenda in many western Countries including

Autore per corrispondenza: e.spina@staff.univpm.it

Italy, where for a long time, the debate appears to be polarized on two concepts that are often considered as opposed: that of humanization and that of rationalization. The article focuses on this opposition, placing particular emphasis on the tension that arises on inter-professional relations where professionals who are involved in birth (midwives and gynecologists) tend to emphasize one or other dimension, in order to understand whether and to what extent it can change their professional configuration.

Methods: after having presented the most recent maternity policies introduced in Italy and having briefly illustrated the historical dynamics of the relations between midwives and gynecologists, the article shows the main results of an empirical study that was carried out at the birthplaces of the Azienda Sanitaria Unica Regionale of Marche Region where professionals completed a questionnaire that was specifically built by the research unit.

Results: the picture that emerges is that of two professional groups that claim spaces of autonomy as well as a jurisdiction without having clear their own borders, thus inevitably entering in conflict. Although, at a micro level, they show collaborative relations based on scientific exchange, in fact they express a divergence in the way of conceiving assistance and care as well as in the way of being a profession, interpreting the concept of physiology differently and ending up configuring forms of dominance of one over the other.

Conclusions: the recent policies, in Italy, are determining important changes for professions involved in birth, especially for midwives whose professionalization is experiencing a new phase that can present new opportunities as well as new risks

Introduzione

Le politiche materno-infantili costituiscono un tema centrale nell'agenda politica di molti Paesi occidentali e la ricerca su questi aspetti è incoraggiata e sostenuta anche a livello sovranazionale. Il benessere materno e infantile ricade, infatti, nel più ampio obiettivo di promuovere efficacemente la salute al fine di prevenire le malattie, migliorare il benessere, implementare l'efficienza in termini economici e migliorare il processo decisionale in termini di prevenzione e trattamento, per identificare e sostenere la diffusione delle migliori pratiche in materia di salute e di assistenza.

Va osservato, a riguardo, come da tempo il dibattito sulle politiche per la maternità appaia polarizzato su due concetti spesso considerati contrapposti: quello di umanizzazione e quello di razionalizzazione.

Il primo termine, che ha a che fare con il modo di vivere l'evento della nascita, rimanda ad una concezione olistica di benessere che coinvolge la triade madre-padre-bambino (1-2). Umanizzare, in questa accezione, significa personalizzare ed implica offrire alle persone che vivono l'esperienza della nascita, la scelta di conservare e riprodurre i propri valori, le proprie convinzioni, i desideri e le aspettative favorendone l'arricchimento (3). Nella carta dei servizi del percorso nascita elaborate da diverse aziende sanitarie su indicazione del Ministero della Salute (4), l'umanizzazione viene intesa come il diritto ad una sanità rispettosa delle esigenze relazionali delle persone, realizzata attraverso un percorso caratterizzato dall'ascolto, dalla condivisione, dalla partecipazione e dal coinvolgimento, senza trascurare gli aspetti organizzativi e strutturali. Assume importanza, a riguardo, anche l'ambiente in cui la nascita avviene che deve essere idoneo a trasmettere sicurezza

e tranquillità affinché gli utenti vivano l'esperienza nel modo più soddisfacente possibile. Il termine razionalizzazione, di weberiana memoria, rimanda invece al modo di organizzare un evento al fine di poterlo coordinare e pianificare su larga scala, prevedendone per quanto possibile gli esiti. Derivata del progresso scientifico e tecnologico che ha interessato la medicina nel corso dei secoli, favorendo il superamento di molte criticità, la razionalizzazione della nascita può essere inserita nell'ottica del miglioramento delle performance, in termini di salute e di risparmio delle risorse. Essa si realizza su due piani distinti: da un lato, richiede una riconfigurazione dei luoghi del nascere, che implica una riorganizzazione dei punti nascita finalizzata alla riduzione dei rischi connessi a tale evento e, dunque, la chiusura delle unità ospedaliere non in grado di assicurarne la sicurezza. Dall'altro, impone una maggiore strutturazione organizzativa che può essere garantita da una diversa scansione dei tempi e delle attività assistenziali con il rischio, tuttavia, di burocratizzare eccessivamente le procedure, le routine organizzative oltre che l'operato dei professionisti.

I concetti di umanizzazione e razionalizzazione tendono, così, ad essere interpretati come due estremi di un continuum e, dunque, ad autoescludersi. In effetti risulta difficile pensare che si possa umanizzare la nascita all'interno di contesti rigidamente strutturati da routine prestabilite in cui i tempi e le modalità vengono previsti *ex ante*. Si tratta, tuttavia, di una sfida per i sistemi sanitari e, più in generale, per i governi che sempre di più si prefiggono l'obiettivo di un aumentato benessere dei propri cittadini.

In questo quadro appare rilevante l'operato dei professionisti ai quali, in linea con la tensione tra i due termini, è richiesto, da un lato, un maggiore coinvolgimento nell'assistenza e nella cura affinché intercettino i bisogni dell'utenza e diano ad essa risposte personalizzate e, dall'altro, è imposto un più stretto rispetto delle procedure e ad un più rigido controllo del loro stesso operato. In aggiunta, tale tensione sembra riproporsi nei rapporti interprofessionali laddove le diverse professionalità coinvolte nella nascita (tra cui ostetriche e ginecologi) tendono ad enfatizzare l'una o l'altra dimensione.

È su questa tensione, in particolare, che questo contributo si concentra: dopo aver presentato le più recenti politiche sulla maternità introdotte in Italia ed aver brevemente illustrato la dinamica storica delle relazioni tra ostetriche e ginecologi, l'articolo mostra i principali risultati di uno studio empirico condotto in alcuni punti nascita della regione Marche. Da ultimo vengono proposte alcune riflessioni e immaginati alcuni possibili scenari futuri sull'evoluzione del ruolo ostetrico.

1. Tra razionalizzazione e umanizzazione: le politiche per la maternità in Italia

Nel dicembre del 2010 in Italia viene approvato il piano per la riorganizzazione dei punti nascita, predisposto dal Ministero della Salute e approvato dalla Conferenza Stato-Regioni. Tale Piano fa seguito al processo di riorganizzazione delle reti regionali di assistenza

ospedaliera iniziato con un impegno previsto dal “Patto per la Salute 2010 – 2012”, siglato il 3 dicembre 2009 tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano. Il piano è finalizzato alla promozione e al miglioramento della qualità, della sicurezza e dell’appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita. Si articola in dieci linee di azioni da avviare congiuntamente a livello nazionale, regionale e locale. La prima linea di azione, denominata “Misure di politica sanitaria e di accreditamento” contempla la “razionalizzazione/riduzione progressiva dei punti nascita con numero di parti inferiore a 1000/anno”. In questo modo si decreta la chiusura dei reparti di maternità con meno di 500 parti e la riorganizzazione di quelli che effettuano tra i 500 e i 1000 parti sulla base di precisi standard operativi, di sicurezza e tecnologici elencati in dettaglio negli allegati al documento. Tra le altre azioni indicate nel piano rilevano quelle volte alla elaborazione della carta dei servizi per il percorso nascita, alla integrazione territorio-ospedale, alla predisposizione e all’implementazione di raccomandazioni e strumenti per la sicurezza del percorso nascita e, infine, allo sviluppo di linee guida sulla gravidanza fisiologica e sul taglio cesareo.

Quest’ultima azione sta alla base delle raccomandazioni emanate dal Sistema Nazionale per le Linee Guida dell’Istituto Superiore di Sanità nel 2010 (la prima parte) (5) e nel 2012 (la seconda parte) (6), finalizzate alla promozione dell’appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e alla riduzione del taglio cesareo, piuttosto diffuso nella penisola, seppure in modo differenziato da una regione all’altra (7). Nella presentazione delle Linee Guida (5) si legge “è necessario promuovere interventi di sanità pubblica finalizzati, da una parte, al recupero dell’appropriatezza nella pratica clinica che valorizzi il ruolo dei professionisti della salute e il loro impegno a tutela delle persone assistite, dall’altra a una maggiore consapevolezza e partecipazione attiva delle donne alle decisioni sulla gravidanza e sul parto”.

Entrambi i documenti coinvolgono in modo diretto le professioni della nascita, ostetriche e ginecologi, e contribuiscono a ridisegnare la mappa delle relazioni interprofessionali oltre ad aprire nuovi possibili scenari futuri.

2. La storia recente della lenta professionalizzazione dell’ostetrica tra dominanza e autonomia

La storia delle relazioni tra ostetriche e ginecologi ha condizionato, ed è stata a sua volta influenzata, dall’andamento del percorso di professionalizzazione dell’ostetrica. Si tratta di un percorso molto lungo, piuttosto articolato, che, specie con la nascita e il successivo sviluppo della ginecologia come disciplina medica, procede in maniera discontinua alternando fasi di ascesa a fasi di declino dello status professionale (8-9) a seconda dei margini di autonomia goduti dalla categoria professionale e/o della dominanza medica (10). Quest’ultima espressione, introdotta da Freidson nel 1970, è intesa qui come potere

esercitato dalla professione medica sui gruppi occupazionali addetti allo svolgimento di compiti e mansioni ausiliarie (11-14). Si tratta di forme di controllo esercitate dai medici che hanno assunto nel tempo dimensioni diverse (funzionale, gerarchica, scientifica e istituzionale), che si sono presentate con maggiore o minore intensità e che sono evolute insieme ai contesti plasmando di volta in volta configurazioni professionali ed organizzative diverse.

A partire dai primi anni del Novecento, il percorso di professionalizzazione dell'ostetrica può essere suddiviso in tre fasi, in ciascuna delle quali, si modificano gli spazi di autonomia goduti dalla professione (9). Durante il primo periodo, che corrisponde ai primi quarant'anni del Novecento, la categoria può contare su una forte legittimazione sociale, anche grazie all'istituzione della condotta, esercitando la propria attività con un discreto grado di autonomia, benché sia priva di un formale riconoscimento giuridico. Durante la seconda fase, che va dagli anni '50 alla fine degli anni '80 del Novecento, l'ospedalizzazione e la crescente medicalizzazione dei parti limitano l'autonomia delle ostetriche italiane che, a seguito dell'istituzione del Servizio sanitario nazionale (Ssn), vengono trasferite all'interno dei nosocomi. Gli anni dell'aziendalizzazione sanitaria coincidono con l'inizio della terza fase che si protrae fino al primo decennio del 2000 ed è caratterizzata dall'avvio di un percorso di neo-professionalizzazione finalizzato ad una maggiore qualificazione delle occupazioni sanitarie non mediche cui non sembra seguire però, sul piano sostanziale, un reale aumento dell'autonomia (8-9). Da questo momento è possibile ipotizzare che una serie di cambiamenti, tra cui l'avvento di un nuovo clima culturale, spinte verso una maggiore razionalizzazione sanitaria unitamente ad esigenze di umanizzazione dell'assistenza, abbiano determinato l'avvio di una quarta fase le cui prospettive di sviluppo non sono facilmente prevedibili. L'applicazione delle disposizioni citate all'inizio del paragrafo e il ruolo giocato dai neonati ordini professionali delle professioni sanitarie non mediche, rappresentano variabili non secondarie che possono orientare tale percorso.

Osservando le ricadute delle normative sullo status professionale dell'ostetrica, si possono immaginare almeno due scenari.

Da un lato, le Linee Guida sulla fisiologia della nascita volte a demedicalizzare l'evento e a ricondurlo entro una dimensione più naturale, possono offrire una nuova chance alla categoria professionale che potrebbe così riconquistare quel terreno in parte sottrattole dalla chirurgizzazione del parto.

Dall'altro, il piano per la riorganizzazione dei punti nascita, nell'imporre nuove configurazioni organizzative, può restringere gli spazi di autonomia dell'ostetrica e limitare i confini delle proprie attività. La razionalizzazione dei punti nascita può infatti limitare lo sviluppo della professione su due piani distinti. Dal punto di vista quantitativo, laddove la chiusura dei piccoli reparti di maternità implicherà un ricollocamento del personale occupato e un blocco delle assunzioni per gli anni a venire, riducendo le possibilità di

espansione quantitativa di una professione già tutt'altro che numerosa(15)¹. Dal punto di vista dei contenuti professionali, la questione riguarda i reali spazi di autonomia che verranno garantiti all'ostetrica all'interno di organizzazioni ospedaliere di grandi dimensioni, caratterizzate da una consistente concentrazione dei parti. Il rischio, infatti, può essere legato a una progressiva routinizzazione e meccanizzazione delle funzioni svolte, con una conseguente perdita dei contenuti che compongono e definiscono la professionalità dell'ostetrica(16)².

Queste non sono che ipotesi relative ad alcune prospettive future; sarà pertanto necessario attendere qualche anno per poterne valutare realmente gli esiti. Nel frattempo, però, possono essere osservati gli atteggiamenti degli operatori, i loro orientamenti verso la pratica professionale, i valori che guidano le loro interazioni. Si possono cioè analizzare i presupposti che stanno alla base della crescita in senso professionale di un'occupazione che, ad oggi, può essere considerata una professione solo sul piano formale (8, 17, 9) restando confinata nel novero di quelle che Etzioni (18) ha definito semi-professioni riferendosi a quei gruppi occupazionali privi di uno o più tratti distintivi tipici delle professioni consolidate e dunque dotati di minore autonomia e assoggettati a forme di controllo sociale più stringente.

3. Tra dominanza e autonomia: quale ruolo per l'ostetrica? Una ricerca empirica

Il disegno della ricerca

I cambiamenti avvenuti negli ultimi anni pongono, come si è visto, una serie di interrogativi, primo fra tutti quello volto a capire come possa cambiare la configurazione professionale delle categorie che si occupano di maternità. In particolare, ci si può chiedere se e in che misura il ruolo dell'ostetrica sia destinato a cambiare, guardando sia al set di funzioni/competenze/responsabilità che compongono il suo essere professione, sia ai rapporti con gli altri operatori della sanità, ginecologi in primis.

Al fine di approfondire questi aspetti nel 2017, nell'ambito di un Progetto Strategico di Ateneo finanziato interamente dall'Università Politecnica delle Marche, è stata avviata una ricerca che ha coinvolto demografi, medici ed esperti di comunicazione. Nell'ambito di tale studio una fase è stata dedicata alla ricerca empirica svolta in tutti i punti nascita dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale delle Marche.

A seguito delle disposizioni contenute nel Piano per la riorganizzazione dei punti nascita, la Regione Marche ha provveduto ad adeguarsi, seppur con un ritardo che però ha

¹ Oggi in Italia sono censite 15.241 ostetriche.

² Se, da un lato, questa nuova configurazione organizzativa può compromettere il percorso di crescita professionale delle ostetriche ospedaliere, che oggi costituiscono la grande maggioranza, dall'altro la razionalizzazione delle strutture può favorire lo sviluppo di una pratica privata ancora scarsamente diffusa (3-5% secondo le stime della FNCO).

riguardato anche le altre regioni italiane: in un clima fortemente contestativo, nel 2016 è stata annunciata la chiusura di tre punti nascita con meno di 500 parti annui, Osimo, San Severino e Fabriano, cui ha fatto seguito l'immediato smantellamento dei reparti di ostetricia dei primi due ospedali e, solo a gennaio 2019, è stato chiuso anche quello di Fabriano³.

A fronte di 15 punti nascita presenti sul territorio regionale prima di tale data, oggi essi si sono ridotti a 12.

REGIONE MARCHE		
AZIENDE OSPEDALIERE	REPARTI DI MATERNITA'	Parti annui (2017)
Azienda Ospedaliera Marche Nord	Pesaro	790
	Fano	715
Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti	Ancona (clinica universitaria)	1.187
	Ancona (divisione ospedaliera)	917
Asur	Urbino	652
	Senigallia	646
	Jesi	826
	Fabriano	331
	Osimo	
	San Severino	
	Civitanova Marche	708
	Macerata	1.385
	Fermo	897
	San Benedetto Del Tronto	802
Ascoli Piceno	585	
Parti a domicilio		7
TOTALE		10.448

Fonte: nostra elaborazione su dati ASUR

Tabella 1 - Reparti di maternità presenti nella Regione Marche e parti annui

Come si evince dalla Tabella 1, negli ospedali Asur sono nati, nel 2017, 6.832 bambini (il 65,4% del totale). In questi reparti lavorano complessivamente 364 unità di personale, di cui il 21,9% è composto da medici, il 45% da ostetriche, il 20,4% da infermieri e il 12,6% da oss e ausiliari (Tab. 2).

³ A seguito delle prime due chiusure erano state avanzate istanze in cui si chiedeva la sospensiva della deliberazione dell'Asur, poi respinte dal Tar Marche che invece, rispetto al nosocomio fabrianese, aveva inizialmente concesso una deroga in ragione della collocazione della città in una zona orograficamente difficile, deroga poi rigettata dal Ministero.

PERSONALE PRESSO LE UNITA' OPERATIVE DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA ASUR MARCHE ALLA DATA DEL 20 APRILE 2018															UTENTI	
	MEDICI			OSTETRICHE			INFERMIERI			OSS E AUSILIARI			TOTALE			
	IN SERVIZIO	COMPILATI	%	IN SERVIZIO	COMPILATI	%	IN SERVIZIO	COMPILATI	%	IN SERVIZIO	COMPILATI	%	IN SERVIZIO	COMPILATI		%
URBINO	9	9	100,0	12	12	100,0	8	8	100,0	6	6	100,0	35	35	100,0	18
FABRIANO	7	0	0,0	14	9	64,3	13	9	69,2	4	4	100,0	38	22	57,9	16
JESI	9	2	22,2	15	15	100,0	14	10	71,4	5	4	80,0	43	29	67,4	26
SENIGALLIA	10	10	100,0	22	21	95,5	2	2	100,0	6	6	100,0	40	39	97,5	23
CIVITANOVA M	9	5	55,6	19	18	94,7	8	9	112,5	3	2	66,7	39	33	84,6	12
MACERATA	10	10	100,0	29	25	86,2	7	8	114,3	4	4	100,0	50	45	90,0	47
FERMO	10	9	90,0	18	15	83,3	6	7	116,7	6	6	100,0	40	37	92,5	32
ASCOLI PICENO	9	5	55,6	20	13	65,0	5	3	60,0	6	5	83,3	40	27	67,5	17
SAN BENEDETTO T	7	6	85,7	15	14	93,3	11	10	90,9	6	5	83,3	39	35	89,7	22
TOTALI	80	56	80,0	164	142	86,5	74	66	89,2	46	42	91,3	364	302	83,0	213

Fonte: nostra elaborazione su dati ASUR

Tabella 2 - Personale presso le unità operative di ostetricia e ginecologia dell'Asur Marche al 20 aprile 2018 e utenti che hanno aderito all'indagine

Durante la ricerca empirica è stato individuato un arco temporale di 15 giorni (dal 23 maggio al 6 giugno 2018) durante il quale operatori sanitari (ostetriche, ginecologi, infermieri e personale ausiliario) e pazienti hanno compilato un questionario appositamente costruito dall'unità di ricerca. Il tasso di risposta è stato piuttosto elevato considerato che sono stati restituiti 302 questionari dal personale in servizio, pari all'83%. Tra gli utenti ne sono stati raccolti 213, di cui 46 compilati da stranieri (pari al 21,6%)⁴.

Nelle pagine che seguono l'attenzione verrà concentrata sull'analisi di alcuni items relativi ai questionari auto-compilati da ostetriche e ginecologi per provare ad interpretare la direzione del cambiamento determinato dalle recenti normative. A tale scopo vengono in particolare osservati tre aspetti:

la percezione di ciascuna categoria professionale in relazione alla qualità dei servizi offerti, intesa in termini di umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza;

le relazioni intra e interprofessionali;

la percezione di ciascuna categoria rispetto ai cambiamenti che l'applicazione della normativa sta determinando.

3.2 Alcuni primi risultati

Il campione

Prima di illustrare i risultati dell'indagine, sembra opportuno presentare brevemente il campione.

⁴ Il questionario era stato tradotto in inglese, in francese, in spagnolo, in albanese e in arabo.

Le 142 ostetriche che hanno compilato il questionario (86,6% del totale), sono quasi tutte donne (2 soli uomini) e hanno un'età media piuttosto bassa pari a 41,2 anni: oltre il 60% ha meno di 45 anni (tabella 3). Il 54,2% è sposata/convivente e soltanto il 35,7% non ha figli. Le più anziane hanno seguito i vecchi corsi per infermieri e, successivamente, il biennio per diventare ostetriche; le più giovani, invece, hanno conseguito la laurea triennale; 14 rispondenti hanno poi proseguito il percorso di studi laureandosi presso un corso magistrale, mentre 36 hanno frequentato un master di I livello abilitante alle funzioni di coordinamento. Soltanto 4 rispondenti sono coordinatrici del reparto in cui lavorano.

Coorti	Ostetriche		Ginecologi	
	v.a.	%	v.a.	%
Minore di 30	16	11,4%	0	0,0%
Da 30 a 34	31	22,1%	3	5,5%
Da 35 a 39	24	17,1%	13	23,6%
Da 40 a 44	14	10,0%	8	14,5%
Da 45 a 49	13	9,3%	3	5,5%
Da 50 a 54	17	12,1%	7	12,7%
Da 55 a 59	20	14,3%	10	18,2%
Over 60	5	3,6%	11	20,0%
Totale	140	100,0%	55	100,0%

Fonte: nostra elaborazione

Tabella 3 - Ostetriche e ginecologi per coorti d'età

Il 53,5% dei 56 medici che hanno preso parte all'indagine⁵ è composto da donne; l'età media complessiva è di 48 anni, con un ampio gradiente tra maschi, il cui valore sale a 56, e femmine che, invece, sono molto più giovani (43 anni), a conferma del processo di progressiva femminilizzazione della professione medica (19, 20). Il 18% dirige una struttura complessa e il 55% una struttura semplice; osservando il dato da una prospettiva di genere, viene confermato il permanere di una certa segregazione femminile in termini di carriera (19, 21) laddove le donne in posizione apicale sono in numero inferiore rispetto agli uomini, pur essendo maggioranza nel campione. Il 72% dei medici è coniugato/convivente e il 75% ha dei figli.

3.2.2 La percezione dei professionisti rispetto ai servizi offerti in termini di umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza

Soltanto il 40% delle ostetriche dichiara che nei rispettivi reparti viene sempre garantito

⁵ I medici dell'ospedale di Fabriano, intercettati prima della chiusura del reparto, si sono rifiutati di compilare il questionario.

il rispetto della fisiologia del parto, nonostante il 67% ammetta che sia previsto un apposito percorso nascita (spazi fisici, strumentazione, protocolli), differenziato da quello riservato alle pazienti che vivono una condizione patologica. Ad impedire il rispetto della fisiologia sarebbero, stando alle intervistate, i protocolli organizzativi (40%) ma anche la carenza di personale (20,3%) oltre che i tempi stretti entro cui si articola il processo assistenziale (15,2%).

A riguardo va subito rilevato un forte divario con quanto affermato dai ginecologi, per l'83,6% dei quali il rispetto della fisiologia sarebbe invece sempre garantito.

Le ostetriche lamentano, dunque, una scarsa attenzione alla fisiologia del percorso nascita il che pare confermato dall'elevata percentuale (67,1%) di quante affermano che anche in caso di parto a basso rischio in sala parto è richiesta comunque la presenza del ginecologo, contro una percentuale di questi ultimi ferma al 20%. Questo dato fa emergere anche una diversa percezione rispetto alla esistenza di forme di dominanza medica.

Se, dunque, da un lato le ostetriche manifestano una certa insoddisfazione rispetto alla possibilità di esprimere completamente il proprio sé professionale, dall'altro si intravedono segnali positivi in relazione al processo di umanizzazione che coinvolge in modo pregnante tale figura occupazionale: per il 90 % di esse (e per il 96,3% dei ginecologi) l'umanizzazione sarebbe garantita. Se, da un lato infatti, può essere compromessa dal mancato rispetto della fisiologia del percorso nascita, dall'altro può trovare garanzie di realizzazione, secondo le intervistate, nell'espletamento di alcune pratiche ampiamente incentivate nelle strutture ospedaliere quali il contatto pelle a pelle e il rooming-in⁶ (97,7%), oltre al breastfeeding⁷ (52,3%) e al sostegno psicologico post-partum (35,9%). Anche l'accortezza mostrata nel ricoverare in camere separate le pazienti ginecologiche dalle pazienti ostetriche (74,6%), nonostante le difficoltà logistiche e legate all'organizzazione degli spazi, dimostra come vi sia attenzione verso questo aspetto. Tra quante ritengono che l'umanizzazione non venga garantita, prevale la motivazione legata alla carenza di personale ma anche all'eccessiva burocratizzazione delle procedure che riduce la quantità di tempo da dedicare alle donne. Vale la pena di sottolineare, per contro, come nessuna indichi nell'eccessivo numero di utenti il motivo della mancata umanizzazione nonostante, però, il 47,8% sostenga che il numero degli operatori del reparto non sia sufficiente alle necessità dell'utenza e oltre l'87% dichiara che sarebbe utile prestare una maggiore attenzione al benessere degli utenti in termini alberghieri, di assistenza e di sostegno a familiari e parenti.

Guardando alle risposte fornite dai medici si osserva un malcontento più spiccato su quest'ultimo punto: il 76% di essi crede che il numero degli operatori non sia adeguato a soddisfare

⁶ Il rooming-in è la pratica che permette di collocare il neonato nella camera insieme alla madre piuttosto che essere affidato ad un nido ospedaliero.

⁷ Il breastfeeding è l'allattamento al seno.

le esigenze degli utenti e che vada prestata una maggiore attenzione al loro benessere (86,3%). Nonostante ciò, tuttavia, l'80% dei ginecologi e il 77,3% delle ostetriche ritengono che l'organizzazione dei reparti permetta di instaurare relazioni empatiche con le partorienti.

3.2.3 Le relazioni intra e interprofessionali

Passando ad osservare le relazioni intra e interprofessionali, emergono particolari utili a comprendere meglio la direzione del processo di cambiamento.

Un primo aspetto interessante riguarda il modo di percepire i rapporti intra professionali (Tab. 4).

	Ginecologi	Ostetriche
Di indifferenza	0,0	1,5
Di reciproca stima	42,6	42,3
Di scambio professionale	38,9	30,7
Conflittuali	1,9	0,7
Cordiali	16,7	10,2
Di amicizia	0,0	14,6
Totale complessivo	100,0	100,0

Fonte: nostra elaborazione

Tabella 4 - Relazioni intra professionali (valori percentuali)

Nessun medico li qualifica in termini di amicizia, cosa che avviene nel 14,6% dei casi tra le ostetriche; per contro, tra queste ultime, una seppur piccola percentuale definisce le relazioni con le colleghe in termini di indifferenza, cosa che invece non accade tra i primi. Piuttosto limitata sembra essere la conflittualità intra professionale a vantaggio di relazioni basate per lo più sulla stima reciproca e sullo scambio professionale (Tabella 5). Guardando alle relazioni interprofessionali si osserva un notevole divario rispetto all'uso delle etichette impiegate nel questionario per definirle. Le ostetriche privilegiano la definizione basata sullo scambio professionale (36,7%) che invece è meno utilizzata dai ginecologi (29,4%) preferendo qualificare le relazioni con le ostetriche in termini di stima (37,3% contro il 27,3% delle ostetriche). Nessun professionista definisce le relazioni con l'altra categoria come rapporti di amicizia e soltanto l'1,4% delle ostetriche le qualifica in termini di indifferenza. Trascurabile per entrambe le categorie, la percentuale di quanti le connotano come relazioni conflittuali (Tab. 5) a dimostrare come nella quotidianità dei rapporti si riproduca poco quella distanza di posizioni che a livello ideologico separa le due professioni.

	Ostetriche vs Ginecologi	Ginecologi vs Ostetriche
Di indifferenza	1,4	0,0
Di reciproca stima	27,3	37,3
Di scambio professionale	36,7	29,4
Conflittuali	11,6	9,8
Cordiali	23,0	23,5
Di amicizia	0,00	0,0
Totale	100	100

Fonte: nostra elaborazione

Tabella 5 - Rapporti interprofessionali (valori percentuali)

3.2.4 La percezione dei professionisti rispetto ai cambiamenti introdotti dalla normativa

Venendo al terzo e ultimo aspetto, quello relativo alla percezione delle conseguenze derivanti dall'applicazione delle recenti normative, va innanzitutto osservato come il 20% delle ostetriche abbia dichiarato di non conoscerne i contenuti, contro una percentuale ferma al 7,4% tra i ginecologi che appaiono, dunque, un poco più consapevoli a riguardo. Le risposte fornite ad alcuni dei quesiti che componevano la domanda sembrano piuttosto disomogenee all'interno di ciascuna categoria, a dimostrazione di una scarsa compattezza su questo fronte; ciò che rileva maggiormente, tuttavia, è la divergenza di opinioni tra le due categorie professionali (Tabella 6).

Tra le ostetriche prevale un forte scetticismo circa le ricadute delle normative: se da un lato riconoscono che esse potranno garantire maggiore sicurezza alle partorienti e ai neonati (68%), dall'altro credono che andranno a determinare un aumento della burocratizzazione del lavoro (67,6%), un'accelerazione del processo di medicalizzazione del parto (56,8%) privilegiando il risparmio rispetto al benessere delle partorienti (58,6%) e finendo per ridurre la qualità dei servizi forniti dal sistema sanitario (57,3%). Del resto, solo il 44,4% delle rispondenti ritiene che le recenti leggi abbiano migliorato la qualità delle prestazioni erogate e appena la metà si dice convinta che esse ridurranno i rischi di errori umani.

Piuttosto diversa è la lettura che emerge dalle percezioni dei ginecologi, tra i quali prevale invece un certo ottimismo: valutano infatti positivamente le ricadute della normativa che, a detta loro, migliorerebbe la qualità delle prestazioni fornite (73,6%), garantendo maggiore sicurezza agli utenti (79,2%), riducendo il rischio di errori (76,3%), non compromettendo i percorsi fisiologici del parto né implementando la medicalizzazione (32,1%).

	Garantisce maggiore sicurezza alle partorienti e ai neonati		Riduce i rischi di errori da parte degli operatori sanitari		Migliora la qualità delle prestazioni fornite		Rappresenta una riduzione dei servizi che il sistema sanitario fornisce al cittadino		Privilegia il risparmio rispetto al benessere degli utenti		Provoca un incremento della medicalizzazione del parto		Incrementa il livello di burocratizzazione del lavoro	
	Ost	Gin	Ost	Gin	Ost	Gin	Ost	Gin	Ost	Gin	Ost	Gin	Ost	Gin
Accordo	68,1	79,3	51,4	73,6	45,5	73,6	57,3	53,9	58,6	45,2	56,8	32,1	67,6	52,8
Né d'accordo né disaccordo	6,2	11,3	13,5	9,4	20,0	13,2	18,2	9,6	19,8	20,8	15,3	24,5	19,8	18,9
Disaccordo	25,7	9,4	35,1	17,0	34,5	13,2	24,5	36,5	21,6	34,0	27,9	43,4	12,6	28,3
Totale	100,0	100,0	100,1	100,0	99,9	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: nostra elaborazione

Tabella 6 - Percezione circa le conseguenze della recente normativa da parte delle ostetriche e dei ginecologi (%)

Discussione

Il quadro che emerge dai primi risultati dell'indagine sembra essere rassicurante per certi aspetti e più critico per altri.

Sul piano della qualità dell'assistenza, la percezione degli operatori, restituisce l'immagine di un servizio sanitario regionale attento al benessere dei cittadini, in grado di offrire prestazioni personalizzate, che pongono al centro l'individuo e i suoi bisogni e che, dunque, permettono di vivere un'esperienza umanizzata del parto. La razionalizzazione dei punti nascita, da questo punto di vista, sembra non aver compromesso la qualità dell'assistenza. La riduzione della natalità che si è verificata nell'ultimo periodo può aver favorito questo processo, limitando il sovraffollamento delle strutture rimaste aperte che si sarebbe potuto verificare se il trend delle nascite fosse aumentato o rimasto inalterato dopo la chiusura dei punti nascita.

Sul piano delle relazioni interprofessionali il quadro che emerge è quello di due categorie professionali, tanto vicine nelle funzioni svolte, ma al tempo stesso tanto lontane, che reclamano spazi di autonomia e rivendicano una giurisdizione senza aver sempre chiari i rispettivi confini. Nate per occuparsi di situazioni e condizioni diverse (la fisiologia l'ostetricia e la patologia la ginecologia), queste due professioni hanno finito per contendersi la scena del parto, entrando così inevitabilmente in conflitto. Il quadro che sembra emergere è quello di due categorie professionali che, sebbene mostrino a livello micro rapporti di collaborazione e di scambio, di fatto esprimono una certa divergenza nel modo di concepire l'assistenza e la cura oltre che nel modo di essere professione.

Dall'indagine emerge in maniera evidente un ampio divario nell'interpretazione, da parte delle due categorie, del concetto di fisiologia che, va ricordato, non si esaurisce nel mancato ricorso al taglio cesareo, ma implica il rispetto dei tempi naturali ed esclude ogni intervento "artificiale" anche minimo (ad esempio l'uso di ossitocina o la rottura artificiale delle membrane) che invece configura forme di medicalizzazione. Allo stesso

modo la ricerca documenta il permanere di forme di dominanza medica che è fortemente percepita dalle ostetriche. Il profilo professionale dell'ostetrica, formalizzato dalla stessa legge istitutiva (DM 740/1994), stabilisce espressamente che l'ostetrica "conduce e porta a termine parti eutocici con propria responsabilità" in quanto è "in grado di individuare situazioni potenzialmente patologiche che richiedono intervento medico". In realtà, tuttavia, come emerge dalla ricerca, molto spesso ciò non accade nella maggior parte dei reparti di maternità oggetto dell'indagine dove i medici sono presenti in sala parto anche in caso di andamento fisiologico.

Considerazioni conclusive

Il piano per la riorganizzazione dei punti nascita, come pure le Linee Guida dell'ISS, stanno determinando cambiamenti importanti per le professioni coinvolte nel percorso nascita.

Il piano, basato sulla logica della maggiore sicurezza, sembra ridefinire gli spazi di autonomia dell'ostetrica e i confini delle proprie attività in senso restrittivo, con il rischio di limitare lo sviluppo della professione; le linee guida, per contro, dettate dalla volontà di demedicalizzare il parto, sembrerebbero agevolerebbe la fisiologia aprendo nuove chance per l'ostetrica.

Certamente questo processo trasformativo sta aprendo una nuova fase nell'ambito del lungo percorso di professionalizzazione dell'ostetrica, fase che può presentare nuove opportunità come pure nuovi rischi (9).

Sul fronte delle opportunità si può ipotizzare che la spinta verso l'umanizzazione del percorso nascita possa permettere alla categoria professionale di stipulare un nuovo patto sociale con l'utenza, consentendole di ricavare così uno spazio di autonomo esercizio professionale. Questa possibilità appare tuttavia minacciata dal rischio che la razionalizzazione delle strutture e la riorganizzazione del sistema ospedaliero, possano routinizzare il percorso della nascita andando così a comprimere proprio quegli spazi di autonomia professionale e rafforzare, per contro, la posizione della professione medica che potrebbe così esercitare forme di controllo e di dominanza ancora più stringenti.

Il caso Marche lascia intravedere come, nonostante il profilo professionale lo preveda espressamente, le ostetriche non riescano ad imporre il rispetto della normativa portando alla luce uno squilibrio in termini di potere e di status rispetto ai medici. Di conseguenza, sembrano manifestare un certo grado di insoddisfazione, legata allo scarso rispetto della fisiologia della nascita, e di frustrazione per la mancata valorizzazione del ruolo che ricoprono. Tutto questo è alla base delle diverse percezioni che medici ed ostetriche hanno rispetto al futuro e, nello specifico, alle ricadute che le normative produrranno sia sull'assistenza, sia, indirettamente, sul loro futuro come professioni.

È ancora troppo presto per riuscire a prevedere quale esito prevarrà e quale potrà essere

lo scenario degli anni a venire. Sono tante, del resto, le variabili che possono influenzare questo processo una delle quali è costituita dalla trasformazione dei collegi delle ostetriche in ordini professionali, avvenuta con legge 3/2018 e successivo decreto attuativo del 13 marzo 2018. Si tratta di un momento importante nella storia della professione e nel suo percorso di ascesa professionale che, almeno formalmente, sancisce un passaggio di status, contribuendo a conferirle la dignità di una professione. Ciò, tuttavia, può non essere sufficiente affinché possa seguire anche una crescita in termini sostanziali: molto dipenderà dalla capacità della categoria di saper trovare una motivazione endogena e dalla abilità di tale neonato organismo istituzionale di muoversi con fermezza e decisione e di adottare azioni e strategie chiare ed esplicite. Soltanto così la professionalizzazione futura potrà assumere i caratteri di un ruolo ricercato più che imposto dall'esterno, come è sempre stato finora, e porre la categoria su un piano di maggiore parità rispetto alle altre.

Bibliografia

1. ANDRIA (a cura di). 1985-1997: raccomandazioni O.M.S. e cambiamenti nella assistenza alla nascita. Lugo di Romagna: Litografia LUGHESE; 1999.
2. Page L. The Humanization of Birth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2001; 75(1): S55–S58.
3. Guerresi E, L'umanizzazione della nascita: la mia esperienza. *Riv It Ost Gin* 2006; 9: 464-66.
4. Ministero della Salute, Comitato Percorso Nascita nazionale. Carta dei servizi del percorso nascita. 2011. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_4483_listaFile_itemName_1_file.pdf
5. Istituto Superiore di Sanità. Sistema Nazionale per le Linee Guida Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2010.
6. Istituto Superiore di Sanità. Sistema Nazionale per le Linee Guida Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole. Seconda parte. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2012.
7. Ministero della Salute. Certificato di assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita - Anno 2015. Roma: Ministero della Salute; 2018.
8. Spina E. Ostetriche e Midwives. Spazi di autonomia e identità corporativa. Milano: FrancoAngeli; 2009.
9. Spina E. La professione ostetrica: mutamenti e nuove prospettive. *Cambio, Rivista sulle trasformazioni sociali* 2014; 7: 53-64.
10. Freidson E. *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*. New York: Atherton Press; 1970.
11. Tousijn W. *Il sistema delle occupazioni sanitarie*. Bologna: Il Mulino; 2000.
12. Tousijn W. La divisione del lavoro sanitario: verso nuovi rapporti tra le professioni sanitarie. *Rivista di diritto delle Professioni Sanitarie* 2001; 4(1): 280-88.
13. Tousijn W. Le professioni sanitarie: per un rinnovamento della logica professionale. *Economia & Lavoro* 2003; 2: 49-61.
14. Tousijn W. Il sistema delle occupazioni sanitarie: dominanza medica e logica professionale. *Salute e Società* 2004; 3: 52-63.
15. AtlanteSanità. Quante ostetriche in italia. Al sito <http://www.pkegroup.it/html/blog/quante-ostetriche-in-italia.asp>. Consultato il 10 agosto 2019.
16. Guana M. FNCO 2014. Investimento di risorse e concrete opportunità per le nuove generazioni di ostetriche. *Lucina* 2014, 1: 3.

17. Spina E. An evaluation of the professional status of Italian Midwives. *Evidence Based Midwifery* 2013; 11(3): 88-93.
18. Etzioni A. *The Semi-Professions and Their Organization: Teachers, Nurses, Social Workers*. New York: The Free Press; 1969.
19. Vicarelli G. *Donne di medicina. Il percorso professionale delle donne medico in Italia*. Bologna: Il Mulino; 2008.
20. Vicarelli G, Bronzini M. Les femmes médecins en Italie: peu de traces, aucune mémoire et une histoire difficile. In : Ferréol G (sous la dir. de). *Traces et mémoires*. Louvain-la-Neuve: Eme editions; 2018; pp. 241-50.
21. Spina E, Vicarelli G. Are Young Female Doctors Breaking Through the Glass Ceiling in Italy? *Cambio, Rivista sulle trasformazioni sociali* 2015; 9: 121-34.

Conflitti di interessi dichiarati: *nessuno*

Fare la differenza nella prevenzione del cancro al collo dell'utero: il ruolo dell'ostetrica in Francia

*Making a difference in cervical cancer prevention: the role of the midwives
in France*

Béatrice Jacques

*Maîtresse de conférences Université de Bordeaux, Faculté de sociologie, Chercheuse au Centre Emile
Durkheim, UMR 5116 (CNRS), France*

Parole chiave: ostetriche, screening del cancro al collo dell'utero, confini disciplinari

RIASSUNTO

Obiettivo: analizzare il modo in cui le ostetriche stanno entrando nel campo dello screening del cancro al collo dell'utero sotto l'impulso dello Stato, mettendo a punto piani d'azione per rafforzare e ampliare il riconoscimento della professione.

Metodi: sono stati intervistati due dipartimenti (che offrono una diversa organizzazione dello screening), in cui sono state svolte numerose osservazioni e intervistati 98 professionisti della salute e pazienti.

Risultati e conclusioni: il gruppo professionale ha visto l'espansione delle competenze come un'opportunità per acquisire legittimità. Le ostetriche hanno chiaramente identificato i "punti deboli" dell'offerta medica per costruirsi una clientela. Restano comunque presenti le difficoltà che le ostetriche possono incontrare nel trovare spazi di collaborazione con i medici ginecologi, e ciò riproduce un conflitto legato al territorio di competenza.

Keywords: midwives, cervical cancer screening, disciplinary boundaries

SUMMARY

Objectives: We would like to study how midwives are entering the field of cervical cancer screening under the impetus of the State and are setting up action plans to strengthen and broaden recognition of the profession.

Methods: We surveyed two departments (which offer a different organization of screening), in which we made numerous observations and interviewed 98 health professionals and patients.

Results and conclusion: We will first show how the professional group saw an expansion of skills as an opportunity to gain legitimacy. Then, we will highlight how midwives have clearly identified the "weaknesses" of the medical offer in gynaecology in order to build up a clientele. Finally, we will highlight the difficulties that professionals may encounter in working collaboratively with medical gynaecologists, while showing how a conflict of territory is replayed.

Autore per corrispondenza: beatrice.jacques@u-bordeaux.fr

Il presente articolo illustra i risultati di una ricerca finanziata dalla National Cancer League, svolta tra il 2014 e il 2017, il cui obiettivo principale era quello di studiare i cambiamenti prodotti, nell'ambito della prevenzione del cancro al collo dell'utero, dall'arrivo di un nuovo operatore sanitario, le ostetriche.

Il cancro al collo dell'utero colpisce circa 3000 donne in Francia ogni anno e 1100 non sopravvivono. È la dodicesima forma di tumore più comune in termini di mortalità (1). Ad eccezione di alcuni dipartimenti, fino a tempi recenti non è stato previsto alcun programma nazionale di screening; tuttavia, dal 4 maggio 2018 un'ordinanza ha specificato le condizioni per la sua attuazione (2). Lo screening per il cancro del collo dell'utero, da attuarsi attraverso uno striscio cervicale, è da allora raccomandato per le donne di età compresa tra i 25 e i 65 anni e va effettuato ogni 3 anni (dopo i primi 2 strisci normali, ad intervalli di 1 anno) (3). Dal 2012, la vaccinazione (gratuita) contro il papillomavirus umano (HPV) (da effettuarsi per mezzo di 3 iniezioni) è raccomandata per tutte le ragazze dagli 11 ai 14 anni (e come misura di recupero per le ragazze dai 15 ai 19 anni non ancora vaccinate) (4). Lo screening individuale ha portato ad una significativa diminuzione del numero di tumori, ma appare ancora insufficiente. La copertura effettiva di screening raggiunge soltanto il 60%, con una grande eterogeneità di pratiche, e meno del 30% delle giovani ragazze è ad oggi vaccinata. Inoltre, una recente indagine condotta su 13 dipartimenti francesi che hanno istituito uno screening organizzato, ha mostrato che il tasso di copertura dello screening è aumentato di 13,2 punti (5) in tre anni (2010-2012). Parallelamente, a partire dal 2008, il Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français ha avvertito della diminuzione del numero di medici ginecologi e quindi dell'inadeguatezza dell'offerta di cure, considerando come i medici di medicina generale siano scarsamente coinvolti nello screening del cancro al collo dell'utero (nel 2014 hanno eseguito solo il 10% degli strisci) (6). È in questo contesto di carenza di medici e dell'incoraggiamento da parte delle agenzie statali a coordinare meglio le pratiche assistenziali (7), che le ostetriche sono state autorizzate a praticare il follow-up ginecologico preventivo. Così dal 2011, fatte salve eventuali controindicazioni, la pratica di striscio e vaccinazione (articolo L. 4151-2 del Codice della Salute Pubblica) da parte delle ostetriche non è più limitata alle sole donne in gravidanza. Questa è la prima volta che l'ambito delle loro competenze ha superato rigorosamente la gravidanza.

Stante questo quadro, l'obiettivo del presente articolo è quello di mostrare come le ostetriche siano entrate nel campo dello screening (sotto l'impulso dello Stato) e si siano organizzate per definire le modalità del loro riconoscimento e della loro legittimazione, nell'ambito della propria disciplina e con gli altri stakeholder già presenti. A tale scopo, ci si è chiesti, innanzitutto se e in che misura il gruppo professionale abbia assunto queste nuove funzioni e quali ragioni abbiano indotto lo Stato a vedere in esso una risorsa da mobilitare. Secondariamente, si è cercato di capire come i professionisti svolgono queste

nuove funzioni e di comprendere le ragioni per cui le donne si rivolgono alle ostetriche. Infine, si è tentato di osservare se e in che modo l'arrivo di un nuovo professionista porti a riconfigurare i confini disciplinari. L'avvento delle ostetriche nella prevenzione del cancro cambia, infatti, la portata dell'esercizio professionale e invita ciascuno degli attori coinvolti a ridefinire il proprio territorio.

0. Metodologia della ricerca

Sono stati confrontati due settori di indagine. Uno ha organizzato lo screening del cancro cervicale per più di 20 anni (Bas-Rhin) e l'altro ha avuto lo screening individuale (Gironde). La selezione del Bas-Rhin si basa sulla valutazione epidemiologica effettuata da N. Dupont et al (8), che presenta questo dipartimento come il "gold standard" per lo screening organizzato del cancro cervicale (questo dipartimento è servito da modello per implementare lo screening organizzato in 10 nuovi dipartimenti nel 2010) (5). Gli autori mostrano che il suo tasso di copertura è molto soddisfacente (72,5% nel 2010-2012) poiché supera la media francese (55% per le donne dai 20 ai 69 anni).

Le nostre domande di ricerca ci hanno portato a privilegiare un approccio qualitativo. Nel dipartimento della Gironde, abbiamo effettuato 59 mezze giornate di osservazioni (presso ostetriche private nelle zone rurali, presso professionisti che lavorano in centri sanitari dipartimentali e di integrazione e presso ostetriche che lavorano in un'associazione di prevenzione di Bordeaux, presso un ginecologo medico in una zona rurale del dipartimento; in un contesto scolastico, in un informagiovani, in imprese realizzate da strutture di prevenzione e da un'associazione di controllo del cancro). Nel dipartimento del Bas-Rhin sono state effettuate 18 mezze giornate di osservazioni presso ginecologi a Strasburgo, 14 mezze giornate presso ostetriche del dipartimento per la protezione della madre e dell'infanzia e 9 mezze giornate presso un'ostetrica libero professionista a Strasburgo. Sono state condotte 98 interviste semi-direttive con professionisti e donne. Abbiamo intervistato 32 professionisti della salute in Gironde (21 ostetriche, 1 coordinatore e 1 educatore specializzato di un'associazione di prevenzione, 5 ginecologi e ginecologi-ostetriche e 4 medici generici) e 16 in Bas-Rhin (5 ostetriche, 1 responsabile della struttura gestionale, 1 responsabile di progetto in promozione della salute e prevenzione presso l'Azienda Sanitaria Regionale, 6 ginecologi e ginecologi-ostetriche e 3 medici di base). Sono state condotte 6 interviste a presidenti o membri dei consigli di amministrazione di associazioni professionali e sindacati di ostetriche (Ordine nazionale delle ostetriche, Collegio Nazionale delle ostetriche, Associazione nazionale delle ostetriche liberali, Unione nazionale e Unione ostetrica, Associazione nazionale degli studenti di ostetrica, Organizzazione nazionale dei sindacati di ostetrica.). Abbiamo anche intervistato il presidente del Collegio Nazionale dei Ginecologi e Ostetrici francesi, il presidente del Collegio di Ginecologia Medica in Gironde e il presidente del Collegio dei ginecologi

e ostetriche d'Alsace (Bas-Rhin). Sono state intervistate 41 donne e ragazze (dai 12 ai 65 anni): 14 vivevano in zone rurali vicino a Bordeaux, 14 a Bordeaux e 13 nel Basso Reno. Abbiamo anche condotto un focus group con 15 studenti di una scuola secondaria in Gironde.

I. Competenze istituzionali e legittimazione

Analizzare il ruolo delle ostetriche nel settore della prevenzione del cancro al collo dell'utero richiede necessariamente uno studio più ampio rispetto al loro ruolo nella pratica ginecologica. La legge denominata "Hôpital Patients Santé Territoires" del 21 luglio 2009, consente infatti alle ostetriche di fornire consulenze nell'ambito della ginecologia preventiva e in materia di contraccezione a donne sane durante l'arco della loro vita. L'ostetrica può così eseguire autonomamente tutte le procedure cliniche e tecniche necessarie per il monitoraggio e la sorveglianza di situazioni non patologiche e procedere all'individuazione di situazioni patologiche.

1.1 La recente assegnazione di nuove competenze accolta in modo eterogeneo all'interno del gruppo professionale

Se, da un lato, la recente attribuzione di nuove competenze è stata bene accolta dall'ordine professionale, dall'altro si osserva una molteplicità di posizioni, anche piuttosto eterogenee, da parte delle singole ostetriche. In Francia, queste ultime possono trovare impiego negli ospedali, nelle associazioni o nei servizi di protezione materno-infantile. Queste diverse modalità di esercizio professionale generano contenuti di attività molto diversi. Mentre l'attività delle ostetriche ospedaliere si concentra sulla gestione della gravidanza e del parto (9), quante esercitano la libera professione (10) e quante operano nei servizi di protezione materna e infantile (11) sono spesso chiamate anche a fornire un follow-up ginecologico per le donne in gravidanza. Per alcuni, questo può rappresentare la metà del loro carico lavorativo, a cui si aggiungono il follow-up post-partum, la rieducazione perineale e la preparazione al parto.

È stato quindi relativamente semplice rilevare come il segmento professionale (12) che si oppone con maggior forza allo sviluppo della pratica ginecologica, in generale, e dello screening del cancro cervicale, in particolare, sia costituito dalle ostetriche ospedaliere che non vogliono abbandonare le loro competenze principali: il follow-up delle donne in gravidanza e il parto. Così C., un'ostetrica ospedaliera (Bordeaux) spiega la pratica della ginecologia preventiva: «Penso che questa non sia la nostra vocazione primaria. Quando si dice: "Voglio essere ostetrica", è per partorire, per prendersi cura dei neonati. Poi penso che le ostetriche che scelgono di fare ginecologia abbiano avuto un cambiamento di orientamento personale, alla fine della loro carriera, che vogliono cambiare un po' idea». Questo estratto dell'intervista fornisce diversi elementi di comprensione: in primo luogo, ricorda l'es-

senza e la storia dell'ostetricia (13, 14). È interessante notare, inoltre, come la pratica ginecologica si presenti come un cambiamento di percorso, come un modo di praticare la professione da "più lontano". Va anche notato come nessuna delle ostetriche ospedaliere intervistate possa eseguire il follow-up ginecologico (di donne sane) in ospedale, essendo l'attività riservata ai medici ginecologi. Alcune si chiedono se sarebbe stato opportuno aprire queste nuove competenze a tutte le ostetriche: *«Forse avrebbe dovuto essere fatto diversamente. Chiedere a coloro che volevano lavorare in questo campo di superare una particolare abilità era un altro modo di farlo. La scelta è stata quella di dare a tutti questa competenza.»* (S., insegnante presso la Scuola di ostetricia Bordeaux). Altre ancora vi hanno visto un carico di lavoro aggiuntivo. Si evidenzia, inoltre, anche un effetto generazionale. Diversi rappresentanti delle associazioni professionali e dei sindacati riuniti hanno osservato a riguardo come le nuove generazioni di ostetriche tendano ad avviare la libera professione (10). Mentre fino a tempi recenti era privilegiata, almeno inizialmente, la una carriera ospedaliera, oggi sempre più giovani scelgono l'avvio della libera professione fin da subito (anche a causa di condizioni economiche sfavorevoli) e, attraverso la diversificazione delle competenze acquisite, alcune scelgono addirittura di specializzarsi in ginecologia.

1.2. Essere identificato come un gruppo professionale efficace ed economico

L'attribuzione di queste nuove competenze è tanto più interessante da analizzare dal momento che non si riferisce ad una specifica richiesta del gruppo professionale, ad azioni di lobbying esercitate sulle istituzioni pubbliche, bensì alla volontà di queste ultime di ampliare gli ambiti di competenza di un gruppo professionale alla ricerca di legittimità e riconoscimento (9;15) e di supplire alle carenze di una professione che tende a scomparire. Interrogate sull'origine di questa decisione, le ostetriche offrono spiegazioni differenti. Per loro, è prima di tutto un problema demografico. E' il rinnovamento gestito male della specialità ginecologica che ha affrettato il loro arrivo e che le conduce a considerarsi come una "variabile di aggiustamento". Un membro dell'Ordine delle ostetriche del Bas-Rhin afferma: *«Noi ostetriche non dobbiamo farci troppe illusioni. Se ci hanno permesso questo è perché si rendono conto che si sono impantanati nel numero chiuso e questo tutti lo sanno. Che non ci saranno più abbastanza medici ginecologi. Quindi non volendone formare di più si sono detti: perché no le ostetriche?»*. Alcune ostetriche interpretano questo cambiamento come un modo per rispondere alle richieste delle donne e come un'evoluzione "naturale" dei contenuti della professione. Altre ancora lo considerano come un modo individuato dallo Stato di risparmiare denaro, considerato come il costo della prestazione ginecologica sia più elevato (l'onorario per un'ostetrica è di 23 euro, mentre per i ginecologi sale a 28 euro 1). Notiamo anche che i ginecologi francesi sono numerosi nel settore 2 (41% nel 2009) (16), solo il 38,5% dei ginecologi francesi non ha praticato aumenti

di onorario nel 2017 (17) e questo può anche portare le donne a non controllarsi o a rinunciare alle cure.

L'avvento delle ostetriche nella pratica ginecologica è stato visto, inoltre come un modo per superare le difficoltà di accesso all'assistenza sanitaria specie nelle aree in cui non esiste un'offerta medica specializzata. Per S, insegnante della scuola di ostetricia di Bordeaux: *«L'obiettivo del testo che permette alle ostetriche di praticare la ginecologia era basato su questo. Le ostetriche hanno fatto notare che i ginecologi sono poco presenti nelle zone rurali. Si sentivano impotenti e hanno rilevato la necessità che ci fossero delle donne in grado di essere più vicine alle donne stesse. È conveniente per tutti che le ostetriche abbiano queste competenze nelle zone rurali. E' bene che le autorità pubbliche dicano: "soddisfiamo un bisogno di salute e mandiamo le ostetriche"». La missione delle ostetriche è quindi quella di promuovere l'accesso alle cure e di aumentare le possibilità nel ricorso allo screening, soprattutto per le popolazioni più difficili da intercettare. Infine, se negli ultimi anni le ostetriche hanno ottenuto diverse nuove attribuzioni di competenze (ampliamento delle prescrizioni, ginecologiche e contraccettive, aborto, ecc.), è anche perché hanno saputo (18, 9, 16) mobilitarsi in modo più consapevole che in passato, al fine di promuovere gli interessi della professione, svolgendo attività di advocacy (19). A seguito degli scioperi del 2013, le ostetriche siedono in diversi tavoli di lavoro dei vari organismi istituzionali. Esse sono ora consultate, o chiedono di esserlo, non appena vengono discussi argomenti che coinvolgono la professione. Per esempio, il Collegio Nazionale delle ostetriche è membro dei gruppi di lavoro dell'Istituto Nazionale del Cancro e dell'Alta Autorità Sanitaria. Così, benché la domanda iniziale di competenze ginecologiche non provenisse direttamente dalle ostetriche, esse hanno saputo cogliere questo cambiamento come un'opportunità per ottenere il riconoscimento e assumere un posto di maggior rilievo nel sistema sanitario. Come sostiene Baszanger, «i professionisti hanno sviluppato una "rivendicazione di utilità" (20).*

II. Il ruolo delle ostetriche nella riduzione delle disuguaglianze sociali di salute

2.1. Ostetriche per "alcune" donne

Uno degli obiettivi legati all'espansione delle competenze ostetriche è quello di ridurre le disuguaglianze sociali in materia di salute e, più specificamente, le disuguaglianze nell'accesso alle cure e allo screening. La presente indagine ha permesso di individuare rapidamente una differenza nella pratica professionale tra le ostetriche che esercitano nelle aree rurali e quante lavorano in quelle urbane. Queste ultime riferiscono di aver eseguito poche procedure di tipo ginecologico, per tale ragione in sede di ricerca è stato difficile fare osservazioni nei loro luoghi di lavoro. Vengono consultate principalmente per il follow-up della gravidanza, per la preparazione al parto o la riabilitazione perineale. In città, dunque, sembra che i follow-up di tipo ginecologico vengano richiesti prevalentemente ai medici, sia ginecologi che ostetrici, e in misura minore ai medici di famiglia. Ciò è dovuto in parte alla forte offerta di servizi medici e alla chiusura del mercato (21).

Le procedure ginecologiche eseguite dalle ostetriche che dichiarano di svolgere molto lavoro di questo tipo sono per lo più legate alle richieste di contraccezione (prescrizione della pillola o inserimento di dispositivi intrauterini) e quindi a consulti legati allo screening. Tutte le ostetriche intercettate durante la ricerca (provenienti da aree periurbane, da aree rurali, e quante lavorano nel settore della protezione materno-infantile), in Gironde o Bas-Rhin, hanno riportato un costante aumento della domanda di prestazioni ginecologiche, senza tuttavia poterne fornire una stima precisa.

In alcuni dipartimenti (come la Gironde dal 2011), l'Azienda Sanitaria Regionale e il fondo di assicurazione sanitaria primaria hanno messo a punto un sistema di "zonizzazione" al fine di avere una migliore distribuzione delle ostetriche sul territorio. Ciò ha permesso di valutarne l'effettivo fabbisogno in relazione alla popolazione residente (1 ostetrica ogni 350 parti in casa). Nel Basso Reno, le ostetriche possono stabilirsi dove vogliono e ciò determina una competizione tra alcuni ginecologi, che poi attribuiscono alle prime la responsabilità di aver sottratto loro i pazienti. Il Presidente del Collegio Nazionale dei Ginecologi Ostetrici Francese ha dichiarato che: *«Lo Stato sta cercando di nascondere la sua immensa incompetenza mettendo a disposizione operatori sanitari ovunque, ma senza osare costringerli ad andare dove c'è una mancanza. Mi scusi, ma quando vedo che le ostetriche vengono a stabilirsi dove ci sono già quattro ginecologi, ma chi si occupa di tutto questo? Questo creerà concorrenza nei centri cittadini con un impiego di cure e prescrizioni mediche inappropriate e costose. Là dove le motivazioni di arricchimento delle competenze delle ostetriche erano quelle di offrire più disponibilità. Risultato: meno disponibilità e più spese».*

Le Agenzie Sanitarie Regionali e i Fondi di Assicurazione Sanitaria hanno inoltre definito criteri e modalità di erogazione di una serie di sostegni per gli operatori sanitari al fine di incoraggiarli a stabilirsi nei territori con la maggiore carenza di medici e specialisti delle cure primarie. Gli incentivi previsti per le ostetriche (22) possono anche incoraggiare queste ultime a stabilirsi in zone rurali con risorse insufficienti, offrendo opportunità in termini di esenzione dagli oneri sociali, assistenza durante l'insediamento e acquisto di attrezzature.

Nelle aree urbane, sono soprattutto le ostetriche che lavorano presso il Dipartimento per la protezione materno-infantile e quelle che esercitano nelle associazioni che accolgono le donne per le consulenze ginecologiche. La ricerca evidenzia pertanto che l'importante concentrazione dell'attività ginecologica delle ostetriche in contesto urbano si svolge in quelle strutture dove l'utenza è piuttosto giovane e/o in situazione di precarietà e spesso chiede il consulto perché gratuito e anonimo.

2.2. Perché consultare un'ostetrica?

Se la maggior parte dei pazienti ha un'età compresa tra i 25 e i 35 anni, le ostetriche libero professioniste riferiscono di visitare sempre più pazienti con età superiore ai 50

anni, inviate dalle loro figlie, già seguite dall'ostetrica. «*Fra i miei pazienti, ho visto intere famiglie di donne. Certo, spesso l'inizio è una paziente di cui mi occuperò per la gravidanza, e poi, beh, a poco a poco vedrò arrivare le sorelle, le cugine, le figlie quando la paziente sarà più grande*». (ostetrica, Bordeaux).

Spesso, dunque, è dopo la gravidanza che le donne si rivolgono all'ostetrica per il follow-up ginecologico. Il collegamento che viene a crearsi attraverso questo supporto promuove la prossimità, consentendo la trasmissione delle informazioni necessarie per le attività di prevenzione, in particolare quelle legate al cancro al collo dell'utero. La gravidanza è spesso l'unica volta in cui le ostetriche saranno in grado di identificare le donne che hanno effettuato pochi o nessun follow-up ginecologico e che non si sono mai sottoposte ad un Pap test. B., un'ostetrica libero professionista (Gironda zona rurale) afferma: «*Ho molte pazienti che non hanno mai visto un ginecologo. Ne ho molte che non vedono un ginecologo da 5 anni, da 7 anni, il record è di 14 anni. Partoriscono e poi è finita*». Il controllo ginecologico con uno specialista non sempre sembra essere una priorità per alcune donne, soprattutto quando il controllo regolare e altamente supervisionato della gravidanza è appena terminato (11). Le situazioni di precarietà a volte possono collocare le donne in posizioni sociali, familiari ed economiche vulnerabili che le inducono a prendere le distanze dalla professione medica. In quest'ottica, la relazione empatica che può essere creata tra l'ostetrica e la paziente durante il monitoraggio della gravidanza, può creare o ricreare il collegamento con il sistema sanitario.

Le donne riferiscono più che altro di ricorsi multipli, poiché nessuna delle intervistate è stata seguita dallo stesso professionista della prima visita. Ciò può essere spiegato da una serie di ragioni. Per le donne sopra i 50 anni, è spesso la circostanza della pensione del professionista a costringerle a trovarne uno nuovo. Anche i cambi di residenza spesso motivano un cambio di professionista. Ma la ragione principale che giustifica il ricorso ad un nuovo operatore è legata alla qualità del rapporto tra l'operatore e il paziente e, più in particolare, alla mancanza di empatia, di ascolto, alla sensazione che il professionista "non abbia dedicato tempo". U, 43 anni, residente in zone rurali (Gironda) è stata a lungo seguita da un ginecologo. Ora è seguita da un'ostetrica nel suo comune e afferma: «*L'ho trovata (la ginecologa) alla fine, un po' veloce, un po' frettolosa. L'intervistatore: Che significa frettolosa? Ciao, toglie le mutandine, pap-test striscio, palpazione del seno, tutto bene, i bambini, via, 23 euro*». Anche il tempo necessario per ottenere un appuntamento o il tempo in sala d'attesa vengono spesso menzionati dalle donne. Oltre ad essere considerati elementi potenzialmente dannosi per la salute (nel senso che l'attesa può rappresentare una perdita di opportunità), possono anche essere la causa di un cambiamento nella scelta del professionista. Possono anche portare a situazioni di rinuncia alla cura o di mancato ricorso (23).

Nei percorsi di cura ginecologici, le pazienti sembrano essere in grado di cambiare più

facilmente il proprio medico e cercare altrove ciò che manca. Le donne spesso testano le capacità, anche interpersonali, dei diversi professionisti per trovare quello che meglio soddisfa le loro aspettative. Le ostetriche hanno perfettamente intercettato questo cambiamento e tentano di adattare la loro modalità di presa in carico a "queste" donne che non si ritrovano più a loro agio con il ginecologo. L'avvento delle ostetriche ridefinisce così lo spazio sociale della ginecologia preventiva. L'approccio globale già implementato nel monitoraggio della gravidanza (9), così come le loro capacità di assistenza e i tempi di attesa più brevi, sono sistematicamente evidenziati dalle donne che hanno scelto di essere seguite da un'ostetrica. Per E (46, Strasbourg): *«C'è una sorta, come dire, di interesse per le donne che mi sembra più importante. È meno medico. Per non rimanere bloccati, e non sentirsi dire: "Beh, lei ha un fungo, o ha la vaginosi, le diamo il Pévaryl e poi è finita»*. Ho la sensazione che l'ostetrica sarà in grado di dire: "Beh, allora qual è la sua storia ginecologica? Ha avuto dei figli? Che succede?». In altre parole, affronta il problema in maniera più globale". Enfatizzano, dunque, l'interesse dimostrato dai professionisti, il tempo che impiegano per ascoltarle (il consulto dura in media mezz'ora) e apprezzano che le ostetriche non trattino il problema ginecologico come qualcosa di separato dal resto e considerino la storia personale del paziente. Tutto ciò contribuisce a creare un rapporto di fiducia.

Come è già stato evidenziato in letteratura da contributi focalizzati su altri gruppi professionali (24), quando nuovi operatori sanitari arrivano in un settore già occupato, è necessario che si distinguano, che realizzino una modalità di lavoro che li distingua (20) rispetto alla pratica di routine, proponendo un approccio specifico. Si tratta, dunque, per le ostetriche di proporre una risposta alle "debolezze" individuate dalle donne nelle prestazioni fornite dai ginecologi, facendo ricorso al loro particolare approccio al corpo femminile che costituisce il nucleo centrale della professione.

III. Confini professionali messi alla prova: tra legittimazione e de-qualificazione

L'attribuzione di nuove competenze pone, più in generale, la questione legata al riconoscimento della professione da parte di altri professionisti e della sua legittimità. Si è dunque cercato di comprendere come ciascun gruppo professionale partecipi o meno al lavoro di riconoscimento delle pratiche di prevenzione operato dall'ostetrica e costruisca così il suo quadro normativo.

3.1. Una divisione del lavoro diversamente approvata dai professionisti

Tutte le ostetriche che hanno preso parte alla ricerca hanno evidenziato che si occupano principalmente di fisiologia, avendo cura di distinguersi dal lavoro dei medici focalizzati, per contro, sulla patologia. La nuova funzione di screening del cancro del collo dell'utero non è diversa dalla divisione del lavoro già sperimentata nelle loro attività più tradizionali. Nell'ospedale pubblico, la separazione del parto eutocico -

patologico è stata organizzata da tempo e funziona come una pratica standard. Per E., ostetrica della comunità urbana di Bordeaux: «Direi che è un po' come il follow-up della gravidanza, pur rimanendo entro i limiti delle nostre competenze, cioè se c'è qualcosa che diventa patologico, ci rivolgiamo al medico. Funziona molto bene per il controllo della gravidanza, quindi non vedo perché non dovrebbe funzionare per il controllo ginecologico». Lo screening dello striscio si basa sulla stessa organizzazione del lavoro. Questa separazione dei compiti è sancita anche dalla legge Ospedali, Pazienti, Salute e Territorio del 2009: «La pratica dell'ostetrica può comprendere anche consulenze contraccettive e follow-up ginecologico preventivo, a condizione che l'ostetrica indirizzi la donna a un medico in caso di situazione patologica». I confini dei territori professionali sono istituzionalizzati, il che dovrebbe permettere a tutti di rispettarli.

Tuttavia, questa nuova attribuzione in un settore di competenze già occupato può essere fraintesa da alcuni professionisti. D., ginecologa ostetrica (Gironde rurale) spiega: «Ho delle perplessità con le ostetriche, in particolare con quella di M., che all'inizio non voleva fare il suo lavoro di ostetrica. Non voleva preparare al parto, che è ancora la base dell'ostetricia. Voleva fare soprattutto fisioterapia perineale e ginecologia. Quindi, da qualche parte è evidente che ci sia un problema, non sono io a fare la preparazione al parto (.....) Che faccia pure ginecologia in parallelo al suo lavoro di ostetrica di base, ok, ma che faccia ginecologia prima del lavoro di ostetrica...., no». Per questo medico, le ostetriche possono fare ginecologia solo se tale attività costituisce la minima parte del loro lavoro, che deve rimanere focalizzato sulla cura della gravidanza. Ricordare all'ostetrica il suo core business è un modo per tenerla a distanza e proteggere i confini occupazionali.

3.2. Un conflitto aperto che si rinnova

Mentre i medici coinvolti nella ricerca generalmente riconoscono il ruolo delle ostetriche nella prevenzione del cancro al collo dell'utero, altri ne stanno mettendo in discussione le capacità. Se, da un lato, sono unanimi nell'attribuire loro la capacità di eseguire uno striscio, dall'altro dubitano della loro capacità di interpretarne i risultati. I ginecologi mettono in discussione le conoscenze delle ostetriche e quindi sia la capacità di analizzare i risultati, sia la capacità di guidare le donne nel processo di cura più adeguato in caso di risultati anomali. Alcuni medici parlano addirittura di "perdita di opportunità" per le donne, di "cure ritardate" o addirittura di "pericolo". M, un ginecologo (Gironde) si chiede: «I test, ora saranno fatti da ostetriche. Riceveranno questi risultati, ma cosa faranno con questi risultati? È questo il problema». Il ginecologo medico è formato per identificare e trattare la condizione e può utilizzare, oltre all'esame clinico, ulteriori esami, come la colposcopia. Può ricorrere alla tecnica non appena un paziente presenta un profilo di rischio (lesioni apparenti sulla cervice,

sulla vagina o sul perineo esterno) per guidare la sua diagnosi. È qui che si trova il confine principale tra le due professioni.

L'ostetrica non è formata per eseguire esami tecnici come la colposcopia o la biopsia e dovrebbe indirizzare i pazienti con patologia ad un medico. R. Ginecologo (Bordeaux) spiega l'importanza delle competenze mediche nella gestione di strisci anormali: *«Facciamo prima lo striscio, poi mettiamo i nostri coloranti per verificare che non ci sia niente di anormale. Ma ciò che sarà importante è che quando riceveremo i risultati, se non sono buoni, non aspetteremo di avere un altro striscio. Cercheremo di vedere in colposcopia e forse se apparirà un'area non chiara, si andrà almeno per la biopsia; e poi, anche quando lo striscio in esame è apparentemente rassicurante, forse si saprà vedere qualcosa che non è così rassicurante. Quindi, se volete, questa colposcopia, beh, era una possibilità di vedere cose che lo striscio non aveva ancora visto. Per andare più veloce in termini di opportunità perse»*. N, ginecologo di Strasbourg, aggiunge: *«Non voglio essere solo un secondo ricorso, non voglio diventare un ginecologo che fa solo colposcopie, biopsie su strisci anormali che sono stati fatti altrove. Ho un'abilità che gli altri non hanno. Vorrei solo metterle in pratica, tutto qui. Ma non è solo questo che voglio fare»*. Due elementi appaiono rilevanti in questi estratti dell'intervista. In primo luogo, alcuni ginecologi mettono in dubbio l'opportunità di delegare la pratica dello striscio alle ostetriche poiché non padroneggiano tutte le procedure necessarie per la gestione di una cervice patologica. Naturalmente sono formate a seguire una donna senza patologie, ma che dire delle loro capacità di individuare una cervice patologica? Anche se nel corso della nostra ricerca abbiamo potuto constatare che durante la loro formazione ricevono un insegnamento su questo punto è evidente che la paura dei professionisti rimane presente. Possiamo vederla come una forma di corporativismo? Ogni segmento professionale cerca di proteggere le frontiere del proprio territorio (25), di preservarsi dalla concorrenza ottenendo un monopolio (26). L'avvento delle ostetriche nello screening può essere considerato dai ginecologi come un superamento dei limiti precedentemente stabiliti e una sfida al monopolio legale della loro attività (27), al loro pieno e completo controllo del campo. Pertanto, come già osservato nel caso di altre professioni, non appena un nuovo segmento (meno istruito) ha l'autorità di esercitare le stesse competenze (qui entro i limiti della fisiologia), il gruppo professionale lo vede come una minaccia e una forma di dequalificazione (26-28). Secondo A. Abbott (25) le professioni hanno una conoscenza "esperta", che negoziano e difendono dagli altri gruppi professionali. Questo posizionamento richiede ovviamente la definizione di un settore di competenza, che si evolve con le innovazioni e con le trasformazioni della domanda sociale a cui i gruppi professionali rispondono, o che, in alcuni casi, addirittura generano. Ma le professioni sono in continua evoluzione nel tempo: un'occupazione ha solo un controllo limitato sulle

competenze che considera proprie e sui campi che gli vengono riconosciuti (29). In ciò, il caso proposto è abbastanza illustrativo. L'altro timore dei ginecologi è che finiranno per vedere e trattare solo donne con patologie e che alla lunga si specializzino in questo campo perdendo la presa in carico globale della paziente. Potrebbero così perdere gran parte delle loro clienti.

Conclusioni

Si tratta di una situazione molto particolare, in cui un gruppo professionale assume un ampliamento delle competenze, imposte dallo Stato, per trovare una nuova fonte di legittimità. Anche se l'ingresso delle ostetriche nel campo della prevenzione ginecologica per tutte le donne è stato fatto senza un preciso orientamento ad un particolare pubblico (dei territori rurali senza ginecologi), emerge molto chiaramente come le ostetriche riescano ad appropriarsi di questo nuovo ruolo.

La ricerca svolta permette anche di evidenziare, come R. Bercot et al (24: 5) suggeriscono, che l'arrivo di una nuova professione in un nuovo settore di competenza "può incontrare l'opposizione di altri gruppi professionali che possono temere per il proprio prestigio". Nonostante tutto, l'obiettivo delle ostetriche è di arrivare ad identificarsi come un "noi" per gli altri (20: 281) sia professionisti che pazienti. Certo il gruppo è diviso perché i contenuti della professione possono essere differenti a seconda del settore in cui si esercita poiché le pratiche sono sempre più diversificate, tuttavia la posizione maggioritaria sostenuta dalle ostetriche è quella di approfittare di un contesto economico e di una demografia medica sfavorevole per allargare il proprio territorio di competenze ed erodere le frontiere delle professioni più vicine, che di conseguenza si preoccupano dei cambiamenti che toccano la loro identità professionale.

Questo gruppo occupazionale illustra perfettamente la definizione di storicità proposta da Bercot et al (24: 276): si tratta della "capacità dei gruppi professionali di trasformare i legami sociali e creare nuove configurazioni di attori". Queste recenti trasformazioni, del resto, sono solo l'inizio di una nuova storia per le ostetriche.

Bibliografia

1. Defossez G, Le Guyader-Peyrou S, Uhry Z, Grosclaude P, Remontet L, Colonna M, et al. Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Étude à partir des registres des cancers du réseau Francim. Résultats préliminaires. Rapport. Saint-Maurice: Santé publique France, 2019. <http://www.santepubliquefrance.fr/>
2. Arrêté du 4 mai 2018 relatif à l'organisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. JORF 6 mai 2018; n°0105 texte n° 13. (Internet) <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2018/5/4/SSAP1811940A/jo/texte>
3. ANAES. Conduite à tenir devant une patiente ayant un frottis cervico-utérin anormal – Ac-

- tualisation 2002. ANAES Service des recommandations professionnelles et service évaluation économique Septembre 2002. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/frottis_final_-_recommandations.pdf
4. Haut Conseil de la santé publique. Infections à HPV des jeunes filles: révision de l'âge de vaccination. Janvier 2013. <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=302>
 5. Duport N, Viguier J. Des études essentielles pour la généralisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. Bull Epidémiol Hebd 2014; (13-14-15): 218-9.
 6. Rigal L. Dépistage des cancers gynécologiques en médecine générale. Variabilité des pratiques de soins. Thèse de doctorat de santé publique. Paris: Université Paris Sud; 2014.
 7. Haute Autorité de Santé. Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé? Recommandation HAS en collaboration avec l'ONDPS; 2008: 5.
 8. Duport N, Haguenoer K, Ancelle-Park R, Bloch J. Rapport: dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. Evaluation épidémiologique de quatre départements «pilotes». [internet] INVS juin 2007. <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000399.pdf>
 9. Jacques B. Sociologie de l'accouchement. Paris: PUF; 2007.
 10. Douguet F, Vilbrod A. Une profession à une tournant? In: Knibiehler Y. Accoucher. Rennes: Presses de l'EHESP; 2016; pp. 179-198.
 11. Jacques B, Purgues S. Analyse sociologique. In: Kotobi L (dir. de la recherche). L'accès aux soins en santé génésique et reproductive des femmes précaires et / ou migrantes du Médoc. Rapport final pour l'IRESP 2014; [internet] <http://pays-medoc-2017.kiubi-web.com/media/2082.pdf>
 12. Bûcher R, Strauss A. Professions in Process. American Journal of Sociology 1961; 66 (4): 325- 334.
 13. Gélis J. La sage-femme ou le médecin. Une nouvelle conception de la vie. Paris: Fayard; 1988.
 14. Knibiehler Y. Histoire des mères et de la maternité en Occident. Paris: PUF; 2012.
 15. Charrier P, Clavandier G. Sociologie de la naissance. Paris: Armand Colin; 2013.
 16. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. Compte-rendu de l'Audition des Gynécologues médicaux du 2 février 2011. [Internet] https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Compterendu_de_l_audition_des_Gynecologues_medicaux.pdf
 17. Béguin F, Motet L. Dépassements d'honoraires des gynécologues : des consultations supérieures à 120 euros à Paris. Le Monde [internet] 27 décembre 2017 https://www.lemonde.fr/sante/article/2017/12/27/depassements-d-honoraires-chez-les-gynecologues-des-consultations-jusqu-a-plus-de-120-euros-a-paris_5234771_1651302.html
 18. Carricaburu D. Les sages-femmes face à l'innovation technique: le cas de la péridurale. In: Aïach P, Fassin D (sous la direction de). Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité. Paris: Anthropos; 1994; pp. 281-308.
 19. Pierru F. Un mythe bien fondé: le lobby des professions de santé à l'Assemblée nationale. Les Tribunes de la santé 2007; 1(14): 73-83.
 20. Baszanger I. Emergence d'un groupe professionnel et travail de légitimation. Le cas des médecins de la douleur. Revue française de sociologie 1990; 31(2): 257-282.
 21. Paradeise C. Les professions comme marchés du travail fermés. Sociologie et sociétés 1988; 20(2): 9-21.
 22. ameli. Le contrat incitatif sage-femme. 5 octobre 2018. <https://www.ameli.fr/sage-femme/textes-referance/convention/contrat-incitatif>

23. Desprès C. Significations du renoncement aux soins: une analyse anthropologique. *Sciences sociales et santé* 2013; 31: 71-96.
24. Bercot R, Divay S, Gadea C (dir.). *Les groupes professionnels en tension. Frontières, tournants, régulations*. Toulouse: Octarès Editions; 2012.
25. Abbott A. *The system of professions: An essay on the division of expert labor*. Chicago: University of Chicago Press; 1988.
26. Hughes E. Le drame social du travail. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales* 1996; 115: 94-99.
27. Parsons T. *The structure of social action*. New York: Free press; 1968.
28. Arborio AM. *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*. Paris: Anthropos- Economica; 2012.
29. Dubar C. *La crise des identités. L'interprétation d'une mutation*. Paris: PUF; 2010.

Conflitti di interessi dichiarati: *nessuno*

Tra autonomia e subordinazione: il caso delle professioni sanitarie nei servizi esternalizzati

Between autonomy and subordination: the case of health professions in outsourced services

Luisa De Vita, Silvia Lucciarini

Dipartimento di Scienze Sociali ed Economiche, Sapienza Università di Roma

Parole chiave: professioni sanitarie; esternalizzazione; lavoro autonomo

RIASSUNTO

Obiettivi: il contributo si propone di esplorare le condizioni di lavoro dei professionisti impiegati nelle diverse professioni sanitarie nei servizi esternalizzati. Anche se si tratta di una prassi consolidata nel complesso panorama della gestione dei servizi alla persona, il ricorso all'esternalizzazione ad enti del cd. privato sociale pone una serie di problematiche legate sia alla qualità del lavoro in termini di reddito, tutele, riconoscimento e autonomia, sia più in generale all'organizzazione del lavoro e della qualità dei servizi erogati.

Metodi: analisi di 47 interviste in profondità somministrate a terapeuti neuro-psicomotori dell'età evolutiva (Tnpee), fisioterapisti e logopedisti, tutti impiegati in centri di assistenza pubblici e privati della regione Lazio.

Risultati: il contributo mette in luce da un lato alcune delle criticità tipiche del nuovo lavoro autonomo collegate a frequenti ritardi nei pagamenti, all'assenza di status professionale riconosciuto e all'isolamento professionale, dall'altro segnala le difficoltà di erogazione della prestazione in assenza di regolazione.

Conclusioni: l'eccessiva responsabilizzazione del singolo professionista e il prevalere di dinamiche competitive di mercato condizionano non solo la qualità della prestazione, ma minano anche tutti quegli aspetti fondamentali nel lavoro di cura legati a dinamiche connesse all'affettività e alla fiducia, dipendenti cioè dalla capacità di assicurare continuità e stabilità del servizio.

Keywords: health care professions; outsourcing; self-employment

SUMMARY

Objectives: the paper aims to explore the working conditions of health professionals employed in outsourced services. This outsourcing process, even if consolidated, arouse several problems both on the quality of work (income, protection, recognition and autonomy), and on the organization of work and the quality of the services provided.

Autore per corrispondenza: luisa.devita@uniroma1.it

Methods: analysis of 47 in-depth interviews conducted with different health professionals, employed in public and private centers of Lazio's region.

Results: on the one hand, the paper highlights the well-known problems faced by the new self-employment workers linked to payment delays, lack of professional status and professional isolation, on the other it points out the difficulties in providing services without formal regulation.

Conclusions: the emphasis on individual responsibility and the prevalence of competitive market logics, besides influencing the service's quality, undermine the dynamics of care work linked to affectivity and trust, and therefore the stability and continuity of the service.

Traiettorie del sistema sanitario italiano: dalla statualità al modello integrato pubblico-privato

I sistemi sanitari si sono profondamente trasformati negli ultimi decenni per rispondere o adattarsi al meglio alle diverse pressioni che ne hanno messo progressivamente in discussione e ridefinizione l'impianto sviluppato dal secondo dopoguerra agli anni Settanta. Nel corso di quel "trentennio glorioso" si sono poste le basi dei sistemi di protezione sociale riuscendo a coniugare sviluppo economico e inclusione sociale. Ciò è stato possibile grazie a una congiuntura economica fortemente positiva, alla stabilità politica e alla convergenza a livello europeo di indicazioni che sostenevano la centralità dell'attore pubblico e la sua responsabilità redistributiva tra cittadini e territori basata sul riconoscimento di una pluralità di diritti propri dell'uomo, tra cui la salute. Si supera in quegli anni il primo impianto del sistema sanitario moderno, configuratosi tra i primi dell'Ottocento fino agli Trenta del Novecento e sviluppatosi lungo il canale assicurativo e mutualistico, per arrivare quindi a sistemi universalistici o universalistico-selettivi, finanziati attraverso misure di welfare fiscale generale, a sostegno dell'impegno statale che poneva la salute tra i pilastri del patto sociale. Come noto, il sopraggiungere di criticità - soprattutto di natura macroeconomica - che hanno coinvolto i capitalismi occidentali a partire dal finire degli anni Settanta, ha imposto la ricerca di un nuovo equilibrio che garantisse la sostenibilità dei sistemi sanitari. Il paradigma neoliberista inizia così ad affermarsi anche in Italia, promuovendo una visione e una conseguente riorganizzazione finanziaria, regolativa e gestionale in tutti gli ambiti di policies, volta a ampliare l'area del mercato e a ridurre quella dello Stato attraverso processi incrementali di deregolamentazione. Il sistema sanitario, certamente anche per il suo peso economico sul bilancio nazionale generale, è uno dei primi settori ad essere investito dalle azioni di riforma che vedono nel percorso di aziendalizzazione il centro dell'azione. Questo processo, in cui possono ravvedersi più fasi e momenti (1-4) si intreccia con altre onde di mutamenti, in particolare di tre nature, che modificano ulteriormente il funzionamento e i contenuti del sistema sanitario. Una istituzionale-regolativa, ovvero la progressiva regionalizzazione; una seconda di tipo culturale che vede il passaggio da un paradigma

biomedico a uno biomedico-sociale; e infine una professionale, che richiede l'integrazione di competenze e abilità diverse. Comprendere tali spinte e snodi, che hanno avuto come principale esito la diffusione di un sistema di esternalizzazione nell'erogazione delle prestazioni sanitarie e una integrazione per i servizi a basso contenuto sanitario con competenze e professionalità socio-assistenziali, è una cornice necessaria per capire il contesto organizzativo e gestionale nel quale si muovono i lavoratori autonomi che operano nelle strutture del procurement sanitario. Il percorso di aziendalizzazione del sistema sanitario è avviato dalla riforma sanitaria del 1992-93 e dai decreti legislativi 502/92 e 517/93, che introducono quale principale novità il principio della concorrenza nella gestione delle aziende sanitarie, che divengono aziende pubbliche dotate di propria autonomia imprenditoriale. Viene definito, e poi razionalizzato con la cd. "riforma ter" o "riforma Bindi" del 1999, un sistema di quasi-mercato, finanziato dal pubblico, dove attori pubblici e privati sono erogatori di prestazioni sanitarie soggetti a selezione da parte dell'utenza. In questo modo è tutelata la finalità pubblica del servizio, alla quale si affiancano strumenti di flessibilità e funzionalità tipici dell'impresa di mercato. I soggetti privati e/o del privato sociale acquistano nei due decenni successivi una progressiva rilevanza nell'offerta delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, con forti differenze territoriali dovute alla maggiore responsabilità dell'attore regionale in materia, in particolare a seguito della riforma del Titolo V della Costituzione che nel 2001 ha ridefinito il perimetro delle competenze tra Stato e Enti locali in merito a un ampio ventaglio di materie pubbliche. Il sistema di regolazione tra attore pubblico e soggetti privati ha inoltre subito importanti modifiche. Inizialmente nella 833/78 i soggetti privati che avevano la possibilità di erogare prestazioni sanitarie erano sottoposti a un regime di convenzione e potevano subentrare solo in caso di un numero maggiore di richieste rispetto alla capienza dell'attore pubblico, in sua supplenza. Il dlgs 502/92 interrompe questo rapporto sussidiario e ne sancisce uno alternativo tra erogatori pubblici e privati, previo il raggiungimento da parte dei soggetti privati degli standard che rendevano possibile il regime di convenzione. Nella metà degli anni Novanta, in una congiuntura economicamente difficilissima per l'Italia, tanto che l'azione pubblica si esplica nelle cosiddette riforme dalle tre T, Tagli, Ticket e Tetti volte al contenimento della spesa pubblica (5). Le leggi finanziarie 549/95, 662/96 e 449/97 stabiliscono una procedura di accreditamento "vincolato" dei soggetti privati, perché possono erogare prestazioni solo i soggetti autorizzati, in linea con le precedenti normative, ma tale diritto è finanziariamente condizionato perché deve rispettare i limiti di spesa imposti a livello regionale. Il successivo intervento normativo in materia, nella L. 229/99, configura l'impianto che è in vigore ancora oggi, con l'istituzione del sistema di accreditamento per i soggetti privati interessati a erogare prestazioni sanitarie, detto delle tre A: autorizzazione all'esercizio, che sta ad indicare il raggiungimento di standard definiti; accreditamento

istituzionale, ovvero la possibilità di erogare prestazioni per conto del sistema pubblico; accordi contrattuali, cioè la definizione del numero di prestazioni erogabili per rispettare i limiti di budget stanziati dall'attore pubblico. Questa configurazione regolativa tra attore pubblico e privato definisce sia le prestazioni esclusivamente sanitarie sia quelle socio-sanitarie, come previsto dalla legge quadro 328/00, che riordina il sistema dei servizi sociali e sanitari con una forte integrazione tra le due aree di policy. Tale integrazione è spiegabile sia per motivi strumentali, ovvero la messa a sistema di due casse pubbliche prima separate (assistenza e sanità), una storicamente sottofinanziata e l'altra invece più ricca, che per le competenze professionali degli operatori socio-sanitari, in un sistema che riconosce la salute come benessere fisico e sociale e non meramente come assenza di malattia. Negli anni pertanto nel sistema sanitario sono subentrati nuovi assetti regolativi e gestionali ed è nata per specifici servizi la richiesta di competenze professionali integrate socio-sanitarie. Questo nuovo assetto, anche per la necessità di contenere la spesa sanitaria regionale, si affida alle esternalizzazioni: in questo modo i vincoli finanziari possono essere meglio gestiti perché rispondono a un regime che ha precedentemente stabilito il volume dell'affido del servizio, e perché essendo un servizio esternalizzato può in caso di necessità e vincoli finanziari non essere rinnovato in quanto non strutturale e sistemico. In questo sistema di vincoli procedurali ed economico-finanziari, caratterizzato dalla specificità delle competenze professionali, la strategia scelta da alcuni soggetti privati e del privato sociale è quella di avere un core di lavoratori dipendenti affiancato da un polmone di autonomi e liberi professionisti sui quali si scaricano la flessibilità e i picchi di lavoro all'interno di queste organizzazioni. Tali lavoratori pertanto pur essendo formalmente indipendenti si trovano a esercitare la loro attività con modalità proprie di un contratto di subordinazione. Attraverso l'analisi di 47 interviste in profondità somministrate a terapisti neuropsicomotori dell'età evolutiva (Tnpee), fisioterapisti e logopedisti, tutti impiegati in centri di assistenza pubblici e privati della regione Lazio, il contributo mette in luce da un lato alcune delle criticità tipiche del nuovo lavoro autonomo collegate a frequenti ritardi nei pagamenti, all'assenza di status professionale riconosciuto e all'isolamento professionale, dall'altro segnala le difficoltà di erogazione della prestazione in assenza di regolazione. L'eccessiva responsabilizzazione del singolo professionista e il prevalere di dinamiche competitive di mercato condizionano non solo la qualità della prestazione, ma minano anche tutti quegli aspetti fondamentali nel lavoro di cura legati a dinamiche connesse all'affettività e alla fiducia, dipendenti cioè dalla capacità di assicurare continuità e stabilità del servizio.

Le condizioni di lavoro nei servizi esternalizzati: criticità e opportunità

Prima di analizzare i risultati dell'indagine qualitativa condotta, è utile riprendere gli aspetti salienti evidenziati negli ultimi studi nazionali e internazionali sulle condizioni di

lavoro nei servizi pubblici esternalizzati (6-7). La diffusione di questa pratica organizzativa e gestionale è diventata prassi comune nell'Eurozona a partire dagli anni Ottanta, anche se con diverse declinazioni nazionali dovute agli incastrati tra le conformazioni dei sistemi di welfare, dei regimi occupazionali e del modello di relazioni industriali. Come si è già inoltre sinteticamente detto, si è assistito parallelamente ad un progressivo aumento delle differenze anche a livello sub-nazionale, per il decentramento delle competenze in vari ambiti sociali e sanitari, che hanno esasperato ancora di più le disuguaglianze territoriali, quest'ultime in forte aumento dopo l'arretramento della capacità redistributiva dello Stato al finire dei "trenta gloriosi". In Italia queste traiettorie-comuni ad altri paesi europei si sono sedimentate in un sistema di esternalizzazione, in particolare dei servizi socio-sanitari, che è aumentato nel tempo sia per il volume complessivo delle misure sia per il ventaglio di interventi contrattualizzati. Tra le ragioni di questa diffusione possiamo trovare aspetti di opportunità come anche di forte criticità. La necessità di tenere sotto controllo i bilanci degli Enti Locali ha sicuramente dato una forte spinta e accelerazione alla diffusione delle esternalizzazioni. Tale pratica ha arginato la difficoltà di garantire i servizi, imputabili alla diminuzione dei lavoratori della Pubblica Amministrazione causate dal blocco del *turn over* da un lato e permesso il mantenimento di alcuni standard qualitativi dall'altro. Il ricorso alle esternalizzazioni ha infatti fatto sì che entrassero competenze e professionalità non presenti nel perimetro dei lavoratori core "invecchiato" della PA ma necessarie perché capaci di utilizzare nuove tecniche e tecnologie. Inoltre ha permesso di attivare, mantenere e rafforzare il legame con altri attori del territorio vicini ai soggetti a cui il servizio era affidato, potenziando il capitale sociale e le reti, sia formali che informali, di networking tra attori sociali e sanitari. Queste opportunità che il sistema delle esternalizzazioni permette di cogliere tuttavia sfumano e rimangono disattese se inserite in un quadro regolativo debole ove prevale una logica imprenditoriale "stretta" e la produzione di beni collettivi sottende unicamente alle regole di mercato. I bandi per i servizi sanitari, sociali e socio-sanitari rientrano nella giurisprudenza come contratti pubblici e come tali sono soggetti a selezione secondo il criterio del massimo ribasso. Inoltre in caso di vincita l'appaltante può mantenere la commessa per un massimo di tre annualità consecutive, per rispettare il principio di concorrenza. Questo determina la necessità di mantenere bassi i costi per aggiudicarsi la commessa, obiettivo che viene perseguito principalmente attraverso la contrazione e il calmieramento dei salari degli operatori. La politica di contenimento dei costi del lavoro inoltre agisce come un elemento di delegittimazione professionale. Il fatto che i salari vengano stabiliti non secondo uno standard ma attraverso aggiustamenti e limature dei budget da presentare nelle procedure di appalto, contribuisce ad aumentare una vaghezza delle competenze professionali che influisce nella definizione di un giusto compenso e può portare a comportamenti di auto-sfruttamento in un sistema di bassi o bassissimi salari (8). Questi elementi critici

sembrano prevalere nella prassi rispetto alle opportunità, che restano sovente non colte. Questo sistema di esternalizzazioni produce inoltre disuguaglianze lungo più dimensioni: tra chi lavora nel settore centrale della Pubblica Amministrazione e chi nei servizi esternalizzati, per le disparità di reddito e ore di lavoro a parità di figura professionale; nei servizi esternalizzati tra figure “core” e “periferiche” con la possibilità di assommare sui lavoratori meno professionalizzati e marginali i costi della competizione per l'appalto e anche la tutela del salario dei lavoratori più forti dell'organizzazione; il ricorso a lavoratori autonomi-come vedremo-per supplire ai picchi lavorativi con la creazione di lavoratori di riserva utili anche a mantenere i salari contenuti. Queste segmentazioni infine non possono che pesare sulla qualità dei servizi offerti, portando a forti differenziali e disparità tra territorio e territorio e rendendo variabile l'accesso ai diritti di equità tra cittadini promossi dalla Costituzione.

Alcune note di metodo

Per capire meglio queste dinamiche, e la loro complessità, è stata condotta una survey qualitativa, che ha raccolto in 47 interviste in profondità somministrate a terapisti neuropsicomotori dell'età evolutiva (Tnpee), fisioterapisti e logopedisti, tutti impiegati in centri di assistenza pubblici e privati della regione Lazio. Il contributo ha privilegiato, accanto ai caratteri oggettivi che connotano queste professioni, le percezioni e le valutazioni soggettive per approfondire più nel dettaglio il vissuto personale di questi professionisti. L'importanza degli aspetti soggettivi e individuali ha suggerito l'utilizzo dell'approccio biografico delle storie di vita, scegliendo soggetti considerati rappresentativi di una certa realtà. Nella ricerca si è però privilegiato un approccio volto a raccogliere «informazioni il più possibile oggettivabili» (9), tali da consentire di inferire se e in che misura il caso individuale riconduce a dinamiche sociali più ampie. Il tentativo è stato quello, accanto alla ricchezza delle esperienze e delle percezioni soggettive, di analizzare e prendere in considerazione le situazioni concrete in cui gli individui sono collocati, ricostruendo le forme e i modelli di organizzazione sociale all'interno dei quali i soggetti sono inseriti.

Le diverse narrazioni si sono articolate in due parti. La prima è stata incentrata sulla comprensione delle condizioni lavorative in termini di reddito, carico e organizzazione del lavoro. La seconda parte è stata invece dedicata all'analisi dell'identità personale e professionale in termini di autonomia e riconoscimento, anche con l'obiettivo di analizzare se e in che modo il prevalere di logiche competitive di mercato condizionano la qualità della prestazione lavorativa e più in generale dei servizi offerti.

Parallelamente ai dati sui laureati dei corsi triennali nelle professioni sanitarie, anche i soggetti coinvolti nella ricerca sono in prevalenza donne, solo sette dei 47 soggetti intervistati è, infatti, di sesso maschile. Si tratta di lavoratori molto giovani, tutti di età compresa tra i 24 e i 37 anni e tutti naturalmente in possesso di una laurea triennale

nelle professioni sanitarie. In cinque casi i soggetti erano già in possesso di una laurea quinquennale, e poi, a fronte delle forti difficoltà sperimentate nell'inserimento lavorativo, hanno optato per le professioni sanitarie dove maggiori sono gli sbocchi occupazionali. Si tratta in prevalenza di lavoratori in coppia (sposati o conviventi), e di questi oltre la metà hanno figli piccoli di età compresa tra i 2 e i 4 anni. Solo cinque professionisti vivono da soli e i restanti dieci risiedono con la famiglia di origine.

Le condizioni di lavoro: tra discontinuità e assenza di limiti

L'analisi delle condizioni di lavoro ha nella discontinuità sia di reddito che di orario il suo tratto principale.

Le diverse storie evidenziano una matrice comune nell'ingresso in queste professioni rappresentato dai contatti personali acquisiti durante il percorso universitario, ad es. con il tirocinio obbligatorio, e si configurano attraverso un aumento graduale del proprio monte ore. S'inizia per tutti i soggetti con sostituzioni o interventi presso studi privati, di conoscenti e colleghi, per poi raggiungere una posizione più strutturata all'interno di unico centro che diventa il principale, in alcuni casi l'unico datore di lavoro e a cui si associano in maniera più o meno saltuaria altre prestazioni, o in altri istituti, o più spesso di tipo informale. Lavorare con un committente principale, spesso unico, è la regola per la maggior parte soggetti intervistati e questo comporta una serie di criticità sia rispetto alla tenuta del proprio reddito, dipendente al numero di ore erogato, sia rispetto all'organizzazione generale del proprio tempo.

Se da un lato un unico committente spesso monopolizza quasi tutto il monte ore dei diversi professionisti, determinando in caso d'improvvisa riduzione dell'orario un fortissimo disagio al lavoratore, dall'altro la possibilità di costruirsi una rete di rapporti personali è estremamente difficile e laboriosa. I problemi maggiori, a detta dei lavoratori intervistati, sono collegati all'intensità dei ritmi e degli orari di lavoro che lasciano poco spazio per la ricerca di nuovi contatti, e alle forti difficoltà nel mantenere stabili i rapporti personali, definire le tariffe e ottenere un riconoscimento per il proprio lavoro. Ad essere difficile è soprattutto la possibilità di ricollocarsi sul mercato, ad esempio quando finisce il periodo di presa in carico dell'utenza, e arrivare a costruirsi un portfolio di committenti da selezionare anche in base alle condizioni di lavoro offerte. Solo 15 dei professionisti intervistati intrattengono rapporti stabili e di una certa entità con due o più società e il vantaggio sembra proprio risiedere nella diversificazione. Per questi professionisti è infatti più semplice non solo evitare discontinuità importanti rispetto alla copertura del proprio monte ore, ma soprattutto gestire le proprie prestazioni, anche favorendo la scelta di servizi/prestazioni più vantaggiose in termini di autonomia professionale e soprattutto di salario.

Quello delle retribuzioni è sicuramente l'elemento di maggiore criticità. Nessuno dei

soggetti intervistati ha dichiarato soddisfacente la propria retribuzione. Dalle interviste è emersa una discreta variabilità nella retribuzione oraria che oscilla, a seconda della committenza, tra i 12 e i 30 euro lordi. I soggetti che hanno una tariffa oraria più alta sono quelli che svolgono le prestazioni a domicilio, anche se la retribuzione più elevata è compensata dai maggiori costi per gli spostamenti.

Gli elementi di disagio sono numerosi. Il primo è la mancanza di regolarità nei pagamenti. Tutti i soggetti intervistati hanno subito almeno una volta un ritardo e in ogni caso il pagamento, che avviene solo se la prestazione è stata erogata, è posticipato a 60-90 giorni. Il secondo è invece legato ad un forte vissuto d'incertezza che dipende da un lato dal non conoscere con precisione l'ammontare della tassazione e dall'altro dalla continua variazione nella retribuzione mensile estremamente dipendente da una serie di cause non prevedibili con sufficiente anticipo. Rispetto al primo punto da tutte le interviste è emersa, anche a fronte dei continui cambiamenti in ambito normativo, l'impossibilità di «fare progetti a lungo termine», di programmare le proprie spese e necessità. Per tutti il momento del pagamento delle tasse è una sorta di «sorpresa», un «aspettare alla fine per vedere come va a finire», che alimenta vissuti di forte timore, in molti casi volutamente sottovalutati, e dipendenti dalla reale possibilità di non poter far fronte a tutte le spese.

Rispetto alle continue variazioni nelle retribuzioni, al di là della certezza comune a tutti i lavoratori di un minor carico di lavoro nei mesi estivi, per l'assenza di molti assistiti, o la chiusura dei centri, numerosi sono gli elementi, difficilmente prevedibili che possono comportare forti oscillazioni. Tra gli altri si segnala la poca affidabilità dei centri, che spesso rimangono scoperti e non sono in grado di assicurare il pagamento delle fatture, le eventuali malattie o i ricoveri dei propri assistiti soprattutto per chi opera con pazienti molto gravi e infine la consapevolezza di non poter garantire di riuscire sempre a lavorare. Le difficoltà reddituali hanno poi come effetto quello di sbilanciare ancora di più il potere contrattuale a favore della committenza. L'urgenza di arrivare ad un reddito accettabile spinge i professionisti intervistati ad accettare più o meno passivamente le condizioni imposte dal datore di lavoro, cancellando qualsiasi possibilità di gestione autonoma (sia nella scelta dei metodi che dei tempi). Questo aspetto è forte soprattutto per i professionisti che lavorano per un unico centro che sceglie per loro modi e tempi. I professionisti che invece svolgono prestazioni domiciliari scontano la maggiore autonomia professionale e gestionale con la difficoltà di conciliare gli orari presso i diversi pazienti, spesso collocati in parti della città molto distanti e assegnati dai diversi centri spesso senza alcun criterio di prossimità.

Il vissuto è dunque quello di un continuo rincorrere di commesse e di utenze per garantirsi continuità e un reddito il più possibile costante. Questo si traduce in complessi incastri che forzano i professionisti intervistati non solo a non porsi limiti rispetto all'esercizio della professione, ma ad accettare quanti più lavori possibile. I lavoratori

hanno dichiarato di lavorare anche il sabato, la domenica, e in tarda serata. Questo, se in alcuni casi dipende dal tipo di assistenza che deve essere fornita h24, nella maggior parte dei casi è però una scelta volontaria del professionista, che inevitabilmente finisce poi per compromettere la qualità delle prestazioni offerte.

L'identità professionale: tra mancato riconoscimento e dipendenza

Sul piano dei contenuti, tutti i soggetti intervistati hanno manifestato una forte soddisfazione per il proprio lavoro. Tutti sono impegnati in un'attività a cui sono molto legati, per la quale hanno studiato e che quindi concretizza le proprie passioni e aspirazioni. L'attaccamento al proprio lavoro è molto forte e tutti i professionisti intervistati giudicano in crescita il proprio percorso professionale, sia in termini di esperienze, che di competenze acquisite.

Tuttavia quando la riflessione si sposta sulla valorizzazione e il riconoscimento professionale, emergono non pochi elementi di criticità.

In prima istanza tutti i lavoratori percepiscono e lamentano una forte incongruenza tra il valore soggettivo della prestazione erogata e il prezzo che il mercato paga per il loro lavoro. Da una parte i lavoratori mettono a disposizione una grande professionalità e devono spesso far fronte in completa solitudine a situazioni molto gravi, dall'altra i diversi centri rispondono con retribuzioni standardizzate e molto rigide. Accanto al fatto che la retribuzione è strettamente legata alle ore lavorate, la prassi secondo la quale la retribuzione si abbassa leggermente (nell'ordine di poco più di due euro), in caso di assenza dell'assistito conferisce scarsissimo valore alla terapia svolta, con un effetto altamente demotivante. Il problema secondo questi professionisti risiede soprattutto nella mancanza di un meccanismo capace di garantire la loro professionalità. L'assenza di criteri e requisiti che chiariscano i parametri e le corrispettive tariffe entro cui svolgere queste professioni, mina la legittimità del lavoro svolto e anche la possibilità di definire il valore, non solo economico, del proprio lavoro.

Non è un caso quindi che tra questi professionisti sia molto forte la spinta ad associarsi e a stabilire reti e rapporti non solo di collaborazione professionale ma anche di mutuo sostegno. Se infatti, nessuno dei soggetti intervistati è mai ricorso a un sindacato, né sembra averci mai pensato, quasi tutti sono iscritti alle diverse associazioni professionali di riferimento. Fondamentali sono poi i rapporti con i colleghi valutati come assolutamente positivi e indispensabili per il lavoro, basati su un intenso scambio professionale, ma anche umano, di condivisione delle medesime condizioni. Opposta è invece la condizione di coloro che svolgono prevalentemente terapie domiciliari. Questi professionisti sperimentano al contrario un forte sentimento d'isolamento e l'incapacità di far fronte in prima persona e senza aiuti a situazioni particolarmente dolorose, difficili da gestire e immersi in dinamiche familiari estremamente complesse. Gli scambi con i colleghi

sono infatti circoscritti alle fasi d'ingresso per avere informazioni sulle posizioni scoperte, o sono limitati al saltuario scambio d'informazioni. Spesso però questi rapporti non si fondano sullo scambio professionale, le utenze seguite sono diverse e non costituiscono un terreno comune di confronto, e sono soprattutto di natura fiscale. Il rapporto con la committenza è invece nullo per tutti i professionisti intervistati. I lavoratori dichiarano di non ricevere nessun supporto dal proprio datore di lavoro. Fatta eccezione per le attività amministrative, i professionisti lamentano l'assenza totale di meccanismi di confronto e dialogo anche per rinegoziare le prestazioni offerte, calibrare e adattare meglio il servizio migliorandone la qualità.

Emerge quindi una netta separazione tra le esigenze della committenza e quelle dei professionisti. La prima è infatti orientata esclusivamente a logiche di mercato che tendono a consolidare il sistema di appalto dei servizi e mantenere bassi i costi per garantirsi continuità. Dalle interviste i diversi professionisti non si sentono affatto valutati per il loro personale contributo e/o apporto professionale, vengono infatti considerati facilmente sostituibili o spostabili su altri servizi. La perfetta sostituibilità dei professionisti, valutati soprattutto sulla base delle loro disponibilità ad accettare le condizioni imposte, oltre ad essere fonte di forte insoddisfazione, crea molte difficoltà anche nella gestione dell'utenza che sviluppa con i diversi operatori anche sentimenti di affetto e fiducia. Molti professionisti segnalano un discreto livello di turn over nei diversi servizi e lamentano, sia le difficoltà emotive legate all'abbandono di alcune situazioni, sia la difficoltà di adattarsi continuamente a nuove situazioni.

Queste dimensioni emergono distintamente dai livelli di coinvolgimento percepito dai diversi professionisti intervistati. Questo coinvolgimento però, proprio perché privo di filtri gestionali e organizzativi, arriva anche a sfociare in alcune situazioni di dipendenza che limitano le chance di miglioramento professionale. La dipendenza affettiva ed emotiva inibisce ad esempio la ricerca di condizioni migliori o l'allargamento della propria rete, perché questo comporterebbe la necessità di abbandonare alcuni dei propri pazienti, con un risvolto doloroso e un sentimento di colpa che in qualche modo imbriglia ancora di più questi lavoratori e li immobilizza in situazioni molto sconvenienti, sia dal punto di vista economico che personale.

Questa condizione è sperimentata maggiormente da coloro che svolgono le terapie a domicilio. Questi professionisti sono per i propri assistiti l'unico riferimento e, in mancanza di una struttura di supporto e di contenimento, la totale responsabilità dell'intervento è appunto scaricata sul lavoratore.

Queste situazioni creano una condizione di fragilità sia professionale che personale. Da un lato pur nell'autonomia dell'assicurare da solo la prestazione, il lavoratore sperimenta una libertà che non è completa nei fatti: gli orari non sono scelti, la frequenza degli interventi è stabilita dal centro come pure la retribuzione che non è collegata alla natura

dell'intervento. Dall'altro le difficoltà di valutare il lavoro svolto senza criteri certi a cui riferirsi, portano a una messa in discussione della professionalità e delle competenze in campo, sia da parte dello stesso lavoratore, sia della committenza allargata paziente-cento di riabilitazione.

Considerazioni conclusive

Il processo tratteggiato evidenzia la presenza di una lunga serie di "angoli ciechi" Luhmaniani, che si dipanano dalla dimensione macro a quella micro.

Il caso delle condizioni di lavoro nei servizi sanitari e socio-sanitari esternalizzati evidenzia la strettissima interrelazione tra il livello macro dell'azione istituzionale e di policy e quello micro legato invece all'azione dei diversi attori. In presenza di lavoratori dalle elevate competenze, in un sistema regolativo che - seppur in presenza di ambiti di interesse sociale e collettivo - introietta logiche di azione tipiche del mercato, senza l'azione di attori intermedi di rappresentanza che mettano in campo azioni collettive, le logiche che prevalgono sono quelle individuali che scaricano sui singoli i costi sociali delle innovazioni.

L'exasperato processo di individualizzazione si esplica nel rapporto tra utente e professionista, e tra lavoratore e attore del privato sociale. Quest'ultimo riesce a essere competitivo nel mercato delle esternalizzazioni solo se utilizza lavoratori autonomi, assommando tali vantaggi in un sistema a costo zero che li massimizza per l'organizzazione a spese del singolo professionista.

Ne derivano condizioni di lavoro vulnerabili sia dal punto di vista economico che professionale. Sul piano economico oltre al basso costo associato alle prestazioni, alle intermittenze e ai ritardi nei pagamenti, si associa anche la necessità di doversi offrire a quanti più committenti possibili con il risultato di abbassare la qualità e aumentare lo stress. Sul piano professionale invece, oltre al mancato riconoscimento professionale sperimentato da questi lavoratori, va sottolineata soprattutto l'assenza di meccanismi e pratiche manageriali in grado di gestire in un sistema maggiormente integrato le prestazioni erogate dai singoli professionisti.

Con l'obiettivo di superare alcune di queste criticità, recentemente sono stati istituiti gli albi delle 17 professioni sanitarie, fino ad oggi regolamentate e non ordinate, che entreranno a far parte dell'Ordine dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione.

L'istituzione di questi albi, che sicuramente rappresenta un tassello importante per la riforma di tutto il sistema sanitario al fine di valorizzazione il ruolo di questi professionisti garantendo anche il diritto alla salute dei cittadini, non sopperisce però alle carenze più generali di regolazioni. Se agli albi spetta il compito di regolare le competenze, gli standard e i requisiti delle singole professioni, appare necessaria un'azione di governo più

strutturale, volta non solo al contenimento della spesa ma soprattutto all'organizzazione dei servizi. Da parte dei soggetti pubblici si tratta di predisporre un monitoraggio e una valutazione più stringente sulla qualità dei servizi esternalizzati. Da monitorare sono: la capacità di progettare l'intervento nelle sue diverse fasi, selezionare le risorse, monitorare l'implementazione e quindi favorire meccanismi di coordinamento professionale e gestionale. Questi sforzi potrebbero portare ad una maggiore sensibilità rispetto alle esigenze, alle professionalità da mettere in campo e ai meccanismi di sostegno da prevedere per professionisti e utenti con il risultato di migliorare le condizioni di lavoro e quindi la qualità delle prestazioni e dei servizi offerti.

Bibliografia

1. Maino F. La politica sanitaria. Bologna: Il Mulino, 2001.
2. Neri S. La regolazione dei sistemi sanitari in Italia e Gran Bretagna. Concorrenza, cooperazione, programmazione, Milano: Franco Angeli, 2006.
3. Vicarelli G. Gli eredi di Esculapio. Medici e politiche sanitarie nell'Italia unita. Roma: Carocci; 2010.
4. Vicarelli G. Aziendalizzazione e management nell'evoluzione del sistema sanitario italiano. Salute e Società 2004; Fascicolo 3.
5. Ferrera M. Le Politiche Sociali. Bologna: Il Mulino, 2012.
6. Grimshaw D, Rubery J, Anxo D, Bacache-Beauvallet M, Neumann L, Weinkopf C. Outsourcing of public services in Europe and segmentation effects: The influence of labour market factors. European Journal of Industrial Relations 2015, 1-19.
7. Dorigatti L, Mori A e Neri S. Pubblico e privato nei servizi educativi. Il ruolo delle istituzioni del mercato del lavoro e delle dinamiche politiche. La Rivista delle Politiche Sociali 2018; 3:209-23.
8. Piasna A. Scheduled to work hard: the relationship between non-standard working hours and work intensity among European workers (2005-2015), Human Resource Management Journal 2017, 28(1): 167-181.
9. Guidicini P. Questionari interviste storie di vita. Come costruire gli strumenti, raccogliere le informazioni ed elaborare i dati. Milano: Franco Angeli, 1995.

Conflitti di interessi dichiarati: *nessuno*

Curare ed essere accurati: uno sguardo sulla relazione medico-paziente

To take care and to be careful: a view on the doctor-patient relationship

Maria Teresa Medi

Psicologa-psicoterapeuta, CRISS Università Politecnica delle Marche

Parole chiave: medicina, cura, relazione

Il dibattito teorico sul rapporto medico-paziente si è incentrato, fino agli anni novanta del secolo scorso, sulla limitata autonomia del malato nei riguardi della professione medica. Con l'emergere di nuove configurazioni sanitarie, tuttavia, molti approcci teorici hanno sostenuto l'idea di una centralità del paziente nelle relazioni di cura e di una sua crescente attivazione. Nel presente contributo, a partire da una indagine esplorativa di tipo qualitativo su un gruppo di medici marchigiani, si affrontano le idee e i valori che gli stessi attribuiscono al ruolo più attivo dei pazienti nei processi di cura. Una particolare attenzione è rivolta a comprendere come il cambiamento di prospettiva incida realmente sulla relazione terapeutica medico-paziente. Dai contenuti emersi nelle narrazioni dei medici è chiaro che la relazione con il paziente viene vissuta dai più con una certa dose di affanno, determinato principalmente dai cambiamenti sociali, culturali e istituzionali in atto. Lo studio suggerisce la necessità di approfondire e ampliare le conoscenze sui cambiamenti della relazione medico-paziente, per comprendere meglio e sviluppare strategie per affrontare i problemi associati a tale fenomeno.

Keywords: medicine, care, relationship

SUMMARY

Until the 1990's, the theoretical debate on the doctor-patient relationship focused on the patient's limited autonomy from the medical profession. However, with the surge of a new health configuration, many theoretical approaches have sustained the idea of a centrality of the patient in care relationships as well as its growing activation. Starting from a qualitative exploratory survey on a group of doctors working in the Marche Region, the paper focuses on the ideas and values that doctors assign to the more active role played by patients in care processes. Particular attention is paid to understanding how this change of perspectives, affects the doctor-patient therapeutic relationship. From the content that emerged within the doctors' narratives, it is clear that the majority of them experience anxiety over this changing situation, mainly due by the social, cultural and institutional changes taking place. The study suggests the need to deepen

Autore per corrispondenza: mariateresamedi@gmail.com

and broaden the knowledge base on the changing relationships between doctors and patients, to better understand and develop strategies to deal with the problems associated with this phenomenon.

“Cosa sa l'uomo della vita? Niente di reale. Viviamo tra figure stereotipate, simili a cartoline illustrate.”

S.Màrai (1)

Premessa

La relazione medico-paziente ha un carattere definibile di essenzialità perché è attraverso questa interazione che viene veicolata la cura. Bateson (2), ad esempio, afferma che in qualsiasi interazione umana la relazione precede ogni comunicazione interpersonale, ogni scambio, perché è la relazione che permette la comunicazione, la significa. Tuttavia, i rapporti interpersonali nel corso del tempo hanno subito molte trasformazioni: sono cambiati i ruoli, le responsabilità, i gradi di libertà e di autonomia fra individui in molti contesti. Si pensi alla rivoluzione avvenuta all'interno della coppia dove i cambiamenti culturali, sociali, ma anche i progressi in campo scientifico (la scoperta degli anticoncezionali ad esempio) ne hanno rivoluzionato l'organizzazione in termini di gerarchie di potere, di modalità di partecipazione all'economia interna, di espletamento dei compiti di cura e di sviluppo reciproci (3). Queste trasformazioni spesso necessarie e/o inevitabili hanno comportato e comportano negli individui dei veri e propri travagli di natura identitaria che generano vissuti di spaesamento, d'ansia e spesso di forte conflittualità dovuti proprio alla difficoltà di vedersi in una posizione diversa rispetto all'altro e quindi non sentirsi più in equilibrio con sé stessi.

La relazione di cura medico-paziente è una relazione di natura chiaramente differente da quella di coppia, ma anche in questo caso gli scenari, negli ultimi decenni, sono cambiati in maniera significativa e hanno innescato importanti processi di trasformazione. Secondo Manghi, Lusardi (4) tutta la scena della cura è cambiata e sta cambiando in maniera profonda e tali cambiamenti non riguardano unicamente i processi tecnico-organizzativi, ma riguardano principalmente gli scenari relazionali, sociali e culturali.

In questo lavoro si affronteranno temi collegati ai cambiamenti in corso sul tema della salute, focalizzandosi esclusivamente su una dimensione micro-sociale che riguarda appunto la relazione terapeutica medico-paziente. Sono molti gli studi fatti in merito a questo particolare dispositivo relazionale e molte le discipline che se ne sono interessate, ad esempio la sociologia (4-6,8,17), la filosofia (10,12) e la psicologia (3,7,15-16). Il contributo maggiore in merito all'importanza di facilitare e sostenere il rapporto medico-paziente nei percorsi di diagnosi e cura viene dalla medicina narrativa sia attraverso la ricerca (9,14,18), sia attraverso la letteratura clinica (13, 18-19).

Dopo una breve introduzione sugli attuali scenari in evoluzione verrà presentato un lavoro

di ricerca qualitativa, svolto nel periodo 2017/19, cui hanno partecipato un gruppo di medici della Regione Marche iscritti a un corso di formazione manageriale per la sanità. I Corsi sono organizzati dalla Facoltà di Economia dell'Università Politecnica delle Marche e la ricerca è stata effettuata dal Centro di Ricerca e Servizio sull'Integrazione Socio-Sanitaria (CRISS) dell'Università Politecnica.

Gli scenari

Mike Bury (5) individua quattro fattori chiave che trasformano in maniera significativa lo scenario dei sistemi di cura. Il primo è di natura epidemiologica (la prevalenza delle patologie cronico-degenerative) e demografica (l'invecchiamento della popolazione); il secondo, di natura organizzativo-strategico, mettendo in discussione la centralità dell'Ospedale nell'ambito dei sistemi sanitari contemporanei enfatizza le cure territoriali e domiciliari; il terzo, di natura culturale, riguarda il dibattito in merito alla necessità di muoversi tenendo sempre conto che la malattia non ha solo una valenza biologica ma anche e soprattutto una valenza biografica; il quarto di natura relazionale verte sulla perdita di "innocenza" del paziente sempre più informato (anche se non correttamente) su salute e malattia e quindi il passaggio dal paziente-oggetto al paziente-soggetto.

I quattro fattori sopra descritti sono fortemente interconnessi fra loro e aprono nuove configurazioni che incidono profondamente sulla relazione medico-paziente. Prendiamo, ad esempio, i mutamenti dello scenario epidemiologico e l'allungamento della prospettiva di vita, entrambi questi fattori richiedono una ricomposizione della storica divaricazione tra saperi professionali e saperi profani in particolare per le cure a lungo termine. Giovanna Vicarelli (6) sottolinea che in campo sanitario è molto cresciuta l'esigenza di co-implicazione del soggetto e dei suoi saperi nella promozione della qualità della vita, sia nei periodi relativamente liberi da malattia e inabilità, sia nei percorsi terapeutici specialmente in quelli prolungati. Sembra chiaro ormai che nell'affrontare le cure, in modo particolare quelle a lungo termine, ci si trova contemporaneamente di fronte a due situazioni apparentemente contrastanti: l'impossibilità di una restituzione totale della salute e la necessità di ricostruire una nuova qualità della vita con la malattia. Il senso di chi vede la malattia dall'esterno interpretandola secondo il codice tecnico-scientifico e il senso di chi vive la stessa vicenda dall'interno valutandola secondo il codice intuitivo, devono potersi incontrare e procedere assieme per costruire percorsi di cura che tengano conto anche della persona del malato e del contesto di vita dove lo stesso è inserito (7). Il domicilio è diventato sempre più il luogo in cui il malato vive e viene curato. Sono quindi i familiari o chi per loro (ad esempio le badanti) che si fanno carico di fornire cure in collaborazione con il personale sanitario che si reca saltuariamente a domicilio o segue il paziente da remoto.

La sociologia della salute e della medicina si è occupata, in particolar modo, dell'evoluzione

che ha interessato la relazione medico-paziente e diverse sono le scuole di pensiero che si sono espresse in merito: dallo struttural-funzionalismo, all'interazionismo simbolico, dal neo-marxismo alla fenomenologia (8). Il dibattito, fino alla fine del secolo scorso, si è incentrato sull'interpretazione del ruolo del malato (sick role) (8), sulla sua limitata autonomia rispetto alla dominanza del medico. Una relazione terapeutica, quindi, fortemente asimmetrica a favore del medico, secondo un modello di tipo paternalistico in cui al paziente non rimane che la possibilità di affidarsi totalmente al professionista. A seguito dei mutamenti di scenario, cui si è fatto brevemente cenno, il dibattito si è spostato sul riconoscimento di più ampi livelli di autonomia del malato e di una sua crescente attivazione. La relazione di cura ha così acquistato nel tempo una maggiore uguaglianza di potere al suo interno e il paziente ne è diventato un interlocutore attivo. Attualmente, per descrivere le caratteristiche della relazione medico-paziente, si sostiene l'idea della centralità del paziente, della sua attivazione e compartecipazione nel processo di cura attraverso la costruzione di un'alleanza terapeutica basata sulla condivisione e sulla negoziazione piuttosto che sulla delega fiduciaria. Spinsanti (9) sostiene che ci si trova di fronte ad un cambio vero e proprio di paradigma, una rivoluzione, che sancisce il superamento del modello della medicina di tradizione Ippocratica che chiedeva al medico di agire sul paziente con scienza e coscienza, ma in maniera completamente autoreferenziale. La relazione oggi, si muove secondo un registro molto differente, ma questi nuovi modelli di relazione sono veramente presenti nella pratica medica? Che cosa c'è di veramente nuovo nella relazione curante-curato? Quali squilibri e/o nuovi equilibri si sono costruiti?

Su questi interrogativi Il CRISS dell'Università Politecnica delle Marche ha avviato una ricerca rivolta a comprendere quanto i medici abbiano, nella loro pratica clinica, percepito questo cambiamento e quanto e come si sia modificata la relazione terapeutica.

La relazione terapeutica medico-paziente

La cura intesa nella sua dimensione relazionale-simbolica sfugge alle definizioni e alle categorizzazioni e, secondo Curi (10), ciò che non può essere spiegato con gli strumenti classici del ragionamento scientifico (logos) può essere compreso attraverso il racconto (mythos). Nella mitologia, ad esempio, la Dea Cura, descritta dallo scrittore latino Eginio (11) è la Dea dell'inquietudine che si adopera, per ordine di Saturno, di dare forma alla vita dell'uomo tenendo insieme corpo e spirito. Non c'è vita senza Cura, dunque l'inquietudine della Dea non è data unicamente dall'essere impegnata a dare forma alla vita, ma è data dal fatto che, anche se Dea, non è sovrana della durata della vita dell'uomo.

Se trasferiamo il mito nella realtà clinica si trovano interessanti somiglianze. La caratteristica primaria della relazione terapeutica sta nel fatto che le persone entrano in contatto con i medici o con i servizi sanitari per necessità ritenute primarie: quando

avvertono un bisogno cui non riescono a far fronte, quando si sentono in preda al dolore, quando avvertono sintomi di cui temono la portata e anche quando non accettano le trasformazioni che mente e corpo subiscono nel fluire del tempo. Si può dire che le richieste di aiuto vengono formulate ogni volta che la vita perde la forma nota o rassicurante o desiderata. Le cure contengono, secondo la Mortari (12), un carattere prevalentemente di necessità e il compito del curante è quello di essere pronto ad incontrare il bisogno e la richiesta dell'altro. Tutto questo comporta per chi cura, una fatica, un carico, tanto che si parla di "lavoro" di cura e di "presa in carico" del paziente. La cura però diventa in qualche misura impraticabile oltre che faticosa quando, sia chi cura, sia chi è curato hanno pretese irrealistiche o onnipotenti. L'Autrice (12), infatti, sostiene che deve esistere sempre una misura nella cura, un limite che richiede un equilibrio tra ciò che si può chiedere e ciò che si può dare. La possibilità per tutti gli attori coinvolti è quella di accettare il limite stesso del lavoro di cura, un limite che vede curante e curato costretti entrambi a fare i conti con la fragilità e la vulnerabilità tipiche della condizione umana (12). È il mancato riconoscimento di questa reciproca impotenza che compromette il rapporto e genera inquietudine. I vissuti che ne conseguono sono ansia, angoscia e spesso prevalgono sentimenti di frustrazione e di pericolo. Non si può, però, neanche ridurre il gesto della cura a una semplice prestazione che funziona secondo un'ottica prevalentemente di tipo procedurale e burocratico. Secondo Lingiardi (13), ad esempio, se si analizza il momento della diagnosi ci si accorge che lo stesso ha il carattere di un evento chiave in cui un esperto con una parola dice qualcosa che modifica il corso della vita dell'individuo o in meglio o in peggio.

Partendo da questa cornice di senso, la relazione medico-paziente può essere letta come una relazione terapeutica necessaria che comporta una ricerca di equilibri molto complessi fra i soggetti in relazione e, affinché si realizzi un buon incontro, devono essere messi in gioco molti ingredienti.

La ricerca

A partire da questi presupposti teorici e di contesto, dal 2017 al 2019 è stato formulato un breve questionario a domande aperte sottoposto a 157 medici della Regione Marche, dirigenti di struttura semplice o complessa, iscritti ai corsi di formazione manageriale per la sanità previsti dalla normativa italiana. I medici intervistati sono tutti dipendenti del Servizio Sanitario pubblico, di età compresa fra i 45 e 65 anni. Per la metodologia utilizzata i risultati non possono essere considerati come rappresentativi delle percezioni dei medici della Regione Marche, ma appaiono rilevanti come base per ricerche future e soprattutto per individuare strumenti operativi a sostegno della dimensione relazionale. Come si vedrà, infatti, la dimensione relazionale di cui stiamo parlando è considerata dai medici come significativa nei processi di cura, ma sicuramente di natura complessa e che

andrebbe pertanto monitorata, favorita e supportata.

Il questionario prevede tre domande aperte. In questo lavoro verranno presentati solo i dati relativi alle prime due centrate entrambe sul rapporto medico-paziente. Nella prima si fa ricorso all'uso della metafora che, grazie al suo potere evocativo, permette di avvicinarsi più facilmente al vissuto degli intervistati e capire come gli stessi si sentono dentro la relazione terapeutica. La metafora è una forma narrativa per immagini che, come ogni narrazione, coglie la natura, "drammatica" di un evento e non solo il qui e ora (14). La formula esatta della domanda è la seguente: *"Pensando alla sua esperienza professionale, come descriverebbe, mediante una metafora, l'attuale relazione medico-paziente- famiglia?"* Con la seconda domanda si intende esplorare le attese che i medici hanno in merito ai comportamenti dei pazienti che si avvicinano in maniera "attiva" nell'incontro con loro: *"A suo parere, quali dovrebbero essere i comportamenti di un paziente che si pone in modo attivo nel percorso di cura?"*

Analisi dei risultati: le metafore

Lo schema interpretativo per leggere le metafore indicate dai medici nelle risposte alla prima domanda prende spunto dalla teoria dell'attaccamento di Bowlby (15) e dalla psicologia delle relazionali oggettuali di Winnicott (16). Entrambi gli approcci descrivendo la relazione madre-bambino offrono un quadro di lettura estendibile, in genere, a tutte le relazioni umane impegnate in compiti di cura. Le cure materne e le cure professionali hanno registri differenti, ma anche similitudini importanti di cui si dibatte ampiamente nella letteratura psicologica. Utilizzando questi approcci si può misurare, da una parte, il valore attribuito al rapporto terapeutico e, dall'altra, le dinamiche che conseguentemente si attivano. Entrando nello specifico si sono individuati tre stili relazionali: la relazione sicura, la relazione insicura, la relazione caotica e ad ognuno degli stili si è aggiunta una definizione che riguarda la dimensione emotiva che ne deriva: sufficientemente buona, infelice e impraticabile.

1. **La relazione sicura/ sufficientemente buona** è una relazione ritenuta indispensabile per il lavoro clinico e di natura soddisfacente per il curante. Nello scambio relazionale, ruoli, responsabilità e funzioni sono differenti, ma interdipendenti. Il termine "sufficientemente buona" è un termine con il quale Winnicott descrive una sana relazione di accudimento materno.
2. **La relazione insicura/infelice** è una relazione ricercata perché ritenuta un dispositivo utile per il buon andamento del lavoro clinico, ma, nel contempo, risulta frustrante e non facile da sostenere perché troppo imprevedibile. L'elemento d'imprevedibilità sulla tenuta della relazione rende l'alleanza terapeutica non sempre affidabile, insicura appunto, quindi faticosa e a volte anche rischiosa.
3. **Relazione caotica/impraticabile** è una relazione ritenuta impraticabile, perché

eccessivamente conflittuale e disorganizzata tanto da rappresentare una vera e propria minaccia da cui si è costretti a difendersi (si pensi alla medicina difensiva). Il caos è dovuto all'assenza totale di regole in merito a ruoli, responsabilità e funzioni.

Sono state inserite nella **relazione sicura/sufficientemente buona** le metafore che fanno riferimento 1. al funzionamento degli ingranaggi di una macchina: *“potremo identificare questo rapporto come un ingranaggio dove ogni singola ruota deve far muovere l'altra e viceversa”, “nel mio servizio è un dispositivo operativo-terapeutico: un ingranaggio della macchina terapeutica”*; 2. al gioco di squadra: *“medico-paziente-famiglia sono come il team di una staffetta in cui ognuno ha il suo ruolo, il suo percorso, ma si corre insieme per la stessa meta”*; 3. al viaggio o alla navigazione per mare: *“per le patologie più gravi di cui mi occupo un viaggio in continua evoluzione”, “come una barca a vela in navigazione”*; 4. ai patti di alleanza: *“cavalieri di una tavola rotonda con pari dignità su ruoli diversi”, “sistema integrato”*; 5. alla forma del cerchio: *“cerchi concentrici”, “cerchio: medico-paziente-famiglia”*. Per descrivere questo stile di funzionamento relazionale i medici hanno utilizzato, quindi, metafore che evocano immagini di armonia fra le persone che, pur nella loro diversità di ruoli e funzioni, sono legate da un destino comune: prendersi cura del paziente. Sono rientrate in questo stile relazionale 47 risposte pari al 30% del totale (vedi tab.n1).

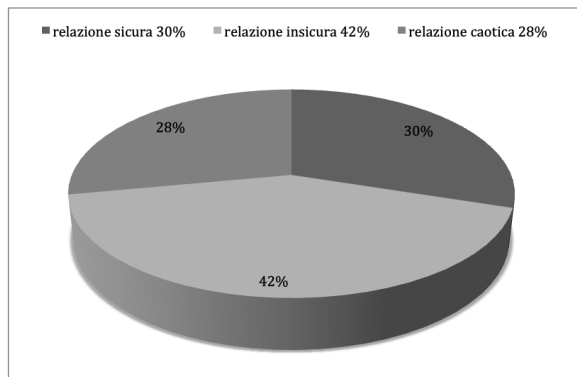


Tabella 1 - Le metafore

Nella **relazione insicura/infelice** sono state inserite le metafore che fanno riferimento 1. alla difficoltà di comunicazione: *“emittente-ricevente (questo è quello che vorrei) la realtà ha interrotto il diagramma del flusso”, “qualche volta un amore incompreso per fortuna gli “amori incompresi” sono pochi perché sono sempre distruttivi”*; 2. alla possibilità di

fraintendimenti: *“incrocio stradale con indicazioni poco chiare”, “rematori della stessa barca che a volte non remano a tempo e non remano nella stessa direzione”*; 3. alla scarsa fiducia o perdita di complicità: *“inquilini dello stesso condominio che cercano un accordo sebbene con diffidenza”, “come quella con un “negozio di fiducia” dove si ordinano merci (farmaci) e si scambiano rapporti confidenziali, ma non più intimi”*; 4. all'imprevedibilità: *“relazione di confronto continuo con lo scontro dietro l'angolo”, “variabile molto variabile, come il tempo”*; 5. alla fatica di lasciarsi andare: *“un dialogo tra persone timide e sospettose che si studiano nutrendo speranze e coltivando delusioni”, “un percorso spesso in salita che però a volte trova un'oasi di ristoro”*. In queste descrizioni trapela chiaramente la difficoltà dei medici di sentirsi a proprio agio nella relazione con il paziente. Il legame fiduciario non è scontato, ma è ricercato e costruito anche se la sua tenuta non è vissuta come affidabile o stabile. Sono rientrate in questa tipologia 65 risposte pari al 42% del totale (vedi tab.n1).

Infine per quanto concerne **la relazione caotica/impraticabile** le metafore inserite fanno riferimento 1. al linguaggio bellico: *“Berlino ovest - Berlino est ai tempi del muro”, “guardinga attesa prima della battaglia”, “trincea della prima guerra mondiale”*; 2. alla perdita del governo della situazione: *“burrasca emotiva di gruppo”, “vigile urbano che dirige il traffico nel caos interno di Roma con un incidente in corso”*; 3. alle situazioni di estremo pericolo: *“attualmente una barca senza timoniere in un mare in tempesta”, “una zattera nel mare in tempesta”, “tra incudine e martello”*; 4. alle situazioni di disagio estremo: *“difficile una sola metafora. Oscillerei tra uno scontro di ricci e meduse fino a un incontro tra assediati”, “una spada di Damocle sulla testa del medico”, “si sta come d'autunno sugli alberi le foglie”*. Queste immagini evocano scenari insidiosi e climi in cui la conflittualità è sempre presente, dove si raggiungono livelli di scontro o di ingovernabilità sicuramente elevati. Sono rientrate in questa tipologia 44 risposte pari al 28% del totale (vedi tab.n1). La relazione insicura/infelice raccoglie il valore percentuale più alto e indica, secondo la griglia interpretativa utilizzata, che il 42% degli intervistati ritiene che la relazione medico-paziente sia a tutt'oggi un dispositivo valido, ma nel contempo vissuto in maniera poco soddisfacente. Vivono la relazione terapeutica in maniera soddisfacente il 30% degli intervistati, mentre la stessa risulta addirittura insidiosa per il 28%. Il 70% dei medici intervistati vive, dunque, con un grado più o meno alto di affanno il rapporto con il paziente.

Le percentuali attribuibili agli stili relazionali si modificano leggermente se si leggono i dati in base al tipo di specializzazione medica. Le specializzazioni considerate sono: la chirurgia, la psichiatria/neurologia e la medicina d'emergenza-urgenza (vedi tab.2). Per i chirurghi la relazione sicura ottiene la percentuale più alta (il 36%), a seguire la relazione insicura (il 33%) e la caotica (il 30%). Per gli psichiatri-neurologi e per i medici della medicina d'emergenza-urgenza la percentuale più alta (42%) riguarda la relazione insicura/infelice.

Specialità medica	Relazione sicura	Relazione insicura	Relazione caotica
Chirurghi	36%	33%	30%
Psichiatri e neurologia	33%	42%	25%
Medici urgenza-emergenza	21%	42%	37%

Tabella 2- Tipi di relazione e specialità mediche

Analisi dei risultati: il paziente attivo

L'intenzione della seconda domanda è quella di cogliere le percezioni dei medici in merito al comportamento attivo dei pazienti e al tipo di aspettative che gli stessi professionisti hanno nei riguardi di ciò che deve accadere nella relazione. Per analizzare i risultati della seconda domanda si è usato lo schema interpretativo di Emmanuel e Emmanuel (17) che distinguono quattro modelli di interazione medico-paziente: modello paternalistico, informativo, interpretativo, deliberativo.

1. **Modello paternalistico:** il medico agisce per il bene del paziente come se fosse il suo “custode”, il malato deve fidarsi e affidarsi alla sua professionalità, quindi il malato è privo di effettiva autonomia e il suo compito è unicamente quello di non intralciare il lavoro del medico, di essere, come si usa dire, collaborativo.
2. **Modello informativo:** il medico è un “informatore” che offre al cliente tutte le informazioni necessarie affinché egli possa fare le scelte appropriate per far fronte alla sue necessità. Nel caso che il paziente non sia autonomo, per motivi di età o per tipologia di patologia, sarà il familiare caregiver che dovrà fare le scelte in sua vece. Dovrà essere, dunque, lui stesso o chi per lui, a decidere, sulla base delle proprie convinzioni e dei propri valori, il percorso di cura. Questo modello che apparentemente è all'estremo opposto del modello descritto precedentemente, in realtà non ne cambia la sostanza perché altro non è che un passaggio della delega dal medico al paziente.
3. **Modello interpretativo:** il medico è un “consulente” che favorisce il dialogo e propone diverse possibilità di scelta. L'autonomia del paziente si esprime nel processo di “autoconoscenza” e di consapevolezza che si sviluppano attraverso la relazione terapeutica.
4. **Modello deliberativo:** il medico accompagna il paziente nel selezionare le scelte più

utili sul piano clinico e al tempo stesso più coerenti con l'orientamento del malato. Il professionista si responsabilizza insieme al paziente e lo accompagna lungo il processo di cura, in tal caso agisce come un "maestro e/o amico" con l'obbiettivo di aiutare il paziente a sviluppare la propria autonomia.

Nel modello paternalistico si sono inserite le risposte in cui 1. vengono utilizzati termini come rispetto, fiducia e disponibilità: *"il paziente deve essere disponibile e rispettoso del lavoro e della professionalità del medico. Il paziente e i familiari devono avere fiducia, non devono sostituirsi al medico"*; 2. si richiede la non ingerenza sul lavoro del medico: *"secondo me il paziente che si muove in modo attivo nel percorso di cura non dovrebbe prevaricare le figura e le competenze di un medico, perché rende complicato tutto il percorso e anche la sua cura"*; 3. si richiama il paziente alla stima e alla diligenza: *"rispetto del medico, fiducia e stima, diligenza e serietà nei confronti delle indicazioni terapeutiche"*. I medici rivendicano la compliance del paziente, il rispetto e la fiducia come prerequisiti per la cura e non come eventuali obbiettivi da raggiungere e da costruire insieme al malato. Il verbo dovere nella forma imperativa è il verbo più usato in queste definizioni. Il modello paternalistico ottiene la percentuale più alta delle risposte, pari al 30% (tab.3).

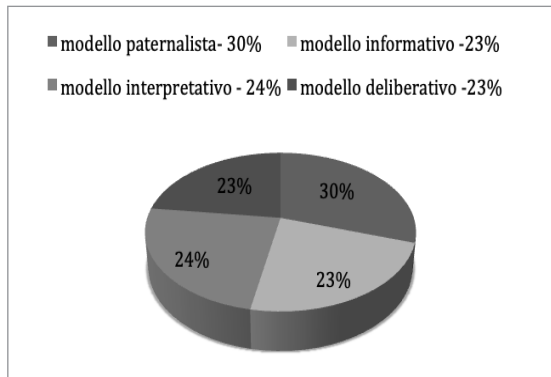


Tabella 3- Modelli di relazione

Nel modello **informativo** sono state inserite le definizioni in cui 1. il paziente è chiamato a fare domande e cercare le informazioni per riuscire così a scegliere in piena autonomia: *"il paziente dovrebbe ASCOLTARE il medico, CHIEDERE tutte le informazioni necessarie alla comprensione della sua malattia e del trattamento proposto e DECIDERE, insieme alla famiglia, se accetta il trattamento proposto"*; 2. il paziente deve raccogliere più informazioni e più pareri: *"richiesta di informazioni precise, ricorso a secondi pareri in ogni caso in cui persistano dubbi e incertezze"*. In questo modello non c'è partecipazione da parte del medico

alla formulazione delle decisioni sul percorso diagnostico-terapeutico tanto che si suggerisce ai pazienti, in caso di dubbi o incertezze, di rivolgersi ad altri professionisti prima di prendere la propria decisione. Il modello informativo ha ottenuto il 23% delle risposte (vedi tab.3). Nel modello **interpretativo** sono state inserite le risposte in cui 1. il medico interagisce con il paziente per aiutarlo a conoscere la sua malattia, attraverso la discussione e il confronto: *“il paziente deve essere aiutato a comprendere la malattia, conoscere le possibili complicazioni, discutere le possibili opzioni terapeutiche”*; 2. al paziente si richiede di diventare consapevole della sua condizione e responsabile delle sue scelte: *“consapevole della propria patologia e decisionista sulle proposte del medico, consapevole dei rischi e dei benefici”*. È evidente in questo modello che il compito del medico è quello di aiutare il paziente ad attivare processi di autoconoscenza sul suo stato e su i suoi bisogni e quindi diventare consapevole nelle scelta dei trattamenti e nell’aderenza alle cure. Il modello interpretativo ha ottenuto il 24% delle risposte (vedi tab.3).

Infine, nel modello **deliberativo** sono state inserite le affermazioni che fanno riferimento 1. alla compartecipazione dei pazienti e dei familiari nei processi decisionali: *“il paziente e la famiglia dovrebbero essere inseriti nell’alveo decisionale e coinvolti nel processo di cura”*; 2. alla condivisione dei percorsi: *“andrebbe sviluppato il modello di alleanza terapeutica che si basa su reciproca fiducia in modo costruttivo. Questo consentirebbe un percorso diagnostico-terapeutico personalizzato”*. La compartecipazione e la condivisione in questo modello sarebbero, secondo i medici, necessarie per la costruzione di percorsi di cura personalizzati e il ruolo del curante è quello di affiancare il paziente, di accompagnarlo. Il modello deliberativo ha ottenuto il 23% delle risposte (vedi tab.3).

I dati raccolti indicano che il modello più tradizionale mantiene una buona posizione registrando la percentuale più alta (30%) fra i quattro modelli utilizzati nella ricerca. Se si considera, però, che il modello informativo non si discosta molto dal modello paternalistico si ricava che il 53% dei medici intervistati è legato a una visione ancorata al paradigma ippocratico (9). Tuttavia il modello deliberativo, ritenuto il più innovativo, ottiene una discreta percentuale (23%), ma è descritto attraverso l’uso del condizionale più che dell’indicativo.

Conteggiando le percentuali in base alle specialità mediche (vedi tab.4) si trova che fra i chirurghi il maggior numero di risposte è concentrato nel modello informativo (33%), mentre la percentuale più bassa si colloca nel modello deliberativo (12%). Per gli psichiatri-neurologi la percentuale più alta si colloca nel modello deliberativo (36%). I medici della medicina dell’emergenza-urgenza raggiungono la percentuale più alta nel modello paternalistico (42%). Le oscillazioni dei valori percentuali in base alle specialità medica indicano, in maniera abbastanza coerente, come il tipo d’intervento clinico e l’ambito di competenza dei professionisti incidano sulla percezione della autonomia del paziente e sulla possibilità di coinvolgerlo attivamente nei percorsi di diagnosi e cura (8).

Specialità medica	Modello paternalistico	Modello informativo	Modello interpretativo	Modello deliberativo
Chirurghi	33%	30%	24%	12%
Psichiatri e neurologi	32%	14%	18%	36%
Emergenza-urgenza	42%	21%	21%	16%

Tabella 4 - Modelli di relazione e specialità mediche

Conclusioni

I risultati di questo lavoro sembrano indicare un rapporto terapeutico che crea una certa inquietudine e/o sofferenza nei clinici. Le difficoltà maggiori si ritrovano nella ricerca di nuovi equilibri in merito al cambiamento di posizione che ha assunto il paziente nella relazione e quindi nel passaggio da una relazione asimmetrica, basata sulla dominanza medica, a una relazione di tipo simmetrico. Il cambiamento di prospettiva che tutto questo comporta è in buona parte acquisito come principio, ma è ancora difficilmente tradotto nella pratica clinica. Va comunque ricordato che non si può addossare solo ai medici la responsabilità di mettere in atto nuove pratiche di cura, poiché la cornice di contesto in cui avviene l'incontro fra curante e curato non è privata o di tipo privatistico, ma riguarda l'intero sistema pubblico delle cure. L'organizzazione attuale dei servizi sanitari è fortemente centrata su modelli meccanicistici di tipo tecnico-burocratico, in cui il lavoro di cura è regolato da protocolli procedurali di tipo prestazionale e cronometrati su tempi definiti prioritariamente in termini di efficienza e abbattimento dei costi. Inoltre l'ingresso nella pratica clinica delle moderne tecnologie ha progressivamente allontanato lo sguardo e l'occhio del clinico dal corpo del malato e dall'ascolto della sua storia, contribuendo a indebolire il rapporto fiduciario fra medico e paziente (18). Il recupero da parte dei clinici della dimensione relazionale della cura potrebbe permettere di prevenire il rischio di una frattura insanabile della relazione medico-paziente e del conseguente aumento della conflittualità fra individui. Tuttavia riportare al centro dell'analisi il complesso legame tra medico e paziente va comunque letto in una cornice di contesto che va oltre i soggetti in causa e che chiama in gioco l'organizzazione sanitaria, la formazione dei clinici e l'impatto delle nuove tecnologie nella pratica clinica oltre alla necessità di recuperare spazi operativi volti all'educazione terapeutica dei pazienti, specialmente nelle cure a lungo termine.

Per concludere riportiamo il pensiero di Rita Charon (19) che ci indica una strada da

percorrere. L'Autrice afferma che la medicina narrativa, cioè una medicina esercitata con competenze narrative, si sintonizza con il paziente ed è corroborante per il professionista e non trattandosi di un approccio solo ideale di assistenza sanitaria, ma dotato anche di un insieme di strumenti pratici, è sicuramente una buona strategia d'intervento per una buona medicina.

Bibliografia

1. Màrai S. La sorella. Milano: Adelphi; 2006.
2. Bateson G. Verso una Ecologia della mente. Milano: Adelphi; 1977.
3. Fruggeri L. Famiglie. Dinamiche interpersonali e processi psico-sociali. Roma: Carocci; 1977.
4. Lusardi R, Manghi S. I limiti del sapere tecnico: saperi sociali nella scena della cura. In: Vicarelli G (a cura di). Cura e salute. Roma: Carocci; 2013.
5. Bury M. Chronic illness as a biographical disruption. *Sociology of Health Illness* 1982; 13: 451-68.
6. Vicarelli G. Verso nuove configurazioni di benessere. In: Vicarelli G (a cura di). Cura e salute. Roma: Carocci; 2013.
7. Medi M T. Il Family Learnig come snodo per reti di integrazione sociosanitaria. *Salute e Società* 2015; 3: 131-146.
8. Vicarelli G. Da malato a cittadino un percorso sociologico. In: Vicarelli G (a cura di). Oltre il coinvolgimento. L'attivazione del cittadino nelle nuove configurazioni di benessere. Bologna: Il Mulino; 2016.
9. Spinsanti S. La medicina salvata dalla conversazione. Roma: Il Pensiero Scientifico; 2018.
10. Curi U. Le parole della cura, medicina e filosofia. Milano: Raffaello Cortina; 2017.
11. Igino, Miti. Milano: Adelphi; 2000.
12. Mortari L. Filosofia della cura. Milano: Raffaello Cortina; 2015.
13. Lingiardi V. Diagnosi e destino. Torino: Einaudi; 2018.
14. Giarelli G, Good B J, Del Vecchio M J, Martini M, Ruozi C. Storie di cura. Medicina narrativa e medicina delle evidenze: l'integrazione possibile. Milano: Franco Angeli; 2005
15. Bowlby J. Una base sicura. Applicazioni cliniche della Teoria dell'Attaccamento. Milano: Raffaello Cortina; 1996.
16. Winnicot D W. I bambini e le loro madri. Milano: Raffaello Cortina; 1987.
17. Emanuel E J, Emanuel L L. Four Models of the Physician-patient Relationship. *Jama* 1992; 16: 2221-26.
18. Bronzini M. Il vissuto ambiguo della cronicità. In Bronzini M (a cura di). Vissuti di malattia e percorsi di cura. La sclerosi multipla raccontata dai protagonisti. Bologna: Il Mulino; 2016
19. Charon R. Medicina narrativa. Onorare le storie dei pazienti. Milano: Raffaello Cortina; 2019

Conflitti di interessi dichiarati: *nessuno*

Dibattito
Sistemi, Salute, Slow Medicine
Systems, Health, Slow Medicine

**Riflessioni su 10 anni di pensieri in movimento e di azioni
dentro un cambio di paradigma**

*Reflections on ten years of thoughts in movement and actions inside a
change of paradigm*

Andrea Gardini

Physician Co-founder, Slow Medicine Movement

Parole chiave: sistemi, salute, Slow Medicine

RIASSUNTO

Passare da un paradigma meccanicistico-riduzionista ad uno sistemico della complessità è la sfida per provare a risolvere i problemi fondamentali del nostro tempo. L'idea, sempre più confermata dal fatto che i sistemi costituiti da esseri viventi e dalle loro relazioni sono a loro volta sistemi viventi. Lo stesso sistema sanitario per la salute è confrontabile con un essere vivente complesso e la salute, misurabile soggettivamente, non è solo assenza di malattia ma, secondo l'OMS, un insieme dinamico di salute biologica, psichica, spirituale, sociale e ambientale, tutti fattori che interagiscono fra loro evolutivamente. Slow Medicine, per una medicina sobria, rispettosa e giusta sta cercando, con le proprie iniziative, di compiere le esperienze e le azioni per favorire l'emergenza di un nuovo paradigma della salute.

Key words: systems, health, Slow Medicine

SUMMARY

The challenge to try solving the fundamental problems of our time is to cross the bridge between reductionist-mechanist paradigm to the systemic – complexity one. This idea is confirmed by the fact that living systems are part of other living systems. The health care system is comparable to a complex living system too and health, that can be measured from a subjective point of view, is not always lack of disease, but, according to WHO is a dynamic collection of biological, mental, spiritual, social and ecological health, factors interacting and evolving together. Slow Medicine, for a Measured, respective and right care is trying

Autore per corrispondenza: dott.andreagardini@gmail.com

in Italy to promote and act experiences towards a change of paradigm on health.

"Se osserviamo i nostri problemi più rilevanti: energia, ambiente, cambiamenti climatici, disuguaglianze economiche, violenze e guerre, appare evidente che sono tutti interconnessi. Nessuno di loro può essere risolto isolandolo dagli altri. Essi sono problemi sistemici, interconnessi e interdipendenti. Dal nostro punto di vista questi problemi vanno visti come diverse facce di una sola crisi, che è, in fondo, una crisi di percezione". (F Capra e PL Luisi)

Premessa narrativa – ogni tanto bisogna cambiare modo di raccontare le cose cambiando il punto di vista. Si scoprono mondi nuovi.

Ognuno di noi ha le proprie versioni dei fatti. Riunirle assieme in una narrazione comune è difficile. Più difficile ancora è trovare il consenso sui pensieri di ciascuno di noi, esseri umani, a caccia di soluzioni a problemi che da soli non siamo in grado di superare, ancor di più mettersi d'accordo per risolverli, ancor di più progettare i percorsi per risolverli, ancor di più riuscire a risolverli bene e a consolidarli in nuove regole perché restino risolti, senza conseguenze peggiori dei problemi iniziali, ancor di più controllare che non se ne creino degli altri, peggiori di quelli di prima. Quest'ultima cosa sembra impossibile che non accada, prima o poi.

Questo penso oggi, riordinando i documenti che ho incontrato, ho studiato, ho scritto, ho cercato di ispirare, assieme a qualche decina di amici nel corso di una vita passata a fare il medico che riflette ed agisce sui temi del rapporto medico-bambino-genitori (facevo il pediatra, da piccolo) dell'organizzazione delle attività dell'uomo e delle sue Comunità per la salute, dei rapporti fra salute, sanità, mercato e malattia, dei temi relativi alla Qualità dell'assistenza sanitaria nel sistema sanitario che tutela la salute, che ho sintetizzato in alcuni libri, scritti da solo o in buona compagnia (1-3).

Ringrazio Sistema Salute per l'opportunità che mi da di esprimere, con la necessaria sintesi, le idee che adesso, a quasi 50 anni dalla mia iscrizione alla Facoltà di Medicina di Trieste, fanno parte di un bagaglio che vorrei condividere con chi legge e, magari, sentire che ne pensa.

Sistema

Se devo scegliere fra pensare il sistema sanitario come una fabbrica complessa fatta da elementi non viventi o come un sistema complesso vivente scelgo il vivente.

Devo questa scelta agli scienziati che nel '900 hanno affrontato l'eterna domanda "che cos'è la vita" il cui lavoro è stato descritto da Capra e Luisi nel 2014 (4).

All'interno di questa visione si intende la vita biologica di un essere, appunto, vivente.

Prendiamo un batterio, l'essere vivente più piccolo, ma non meno complesso, e proviamo a considerarlo una rete di relazioni chimiche e fisiche fra le sue componenti molecolari,

un continuo passaggio di materia ed energia che entrano dalla membrana cellulare, semipermeabile, vengono elaborate all'interno della cellula secondo una programmazione presente nel DNA e mediata dall'epigenoma, producono le molecole organiche, proteine, enzimi ed acidi nucleici, destinate rimpiazzare le parti obsolete, che vengono eliminate, attraverso la membrana cellulare nel medium dove la cellula vive, sotto forma di scarti. Questi, a loro volta, possono essere utilizzati come alimento da altri esseri viventi che co-abitano lo stesso medium.

Tutti questi fenomeni e reazioni continue avvengono in cellule che non cambiano la loro struttura, che mantengono la loro forma ma che lo stesso si modificano di continuo al loro interno.

Automantenersi è la prima caratteristica di un essere vivente.

La seconda è che la vita non si trova in un singolo luogo degli esseri viventi, ma nelle relazioni dinamiche fra le loro componenti. Componenti e loro relazioni consentono agli esseri viventi di vivere. Sono l'essenza stessa della vita. Togliete ad un essere vivente le relazioni fra i suoi organi e le sue cellule e quell'essere non sarà più vivente. Sarà morto. La vita in un essere vivente *non è localizzata* in alcuna sua parte, ma è dappertutto nei suoi confini fisici.

La terza sono i continui adattamenti che l'essere vivente fa in relazione con i cambiamenti del contesto in cui vive. La relazione continua con il contesto da una parte determina il contesto stesso, contribuendo a modificarlo, dall'altra si adatta al contesto, sviluppando delle proprietà nuove tutte le volte che il contesto si modifica, *le proprietà emergenti*. La vita stessa, nella sua evoluzione non lineare è una proprietà emergente, e gli esseri viventi esercitano la propria capacità di adattarsi al contesto tramite la conoscenza continua del contesto, *la cognizione*. La vita è quindi anche cognizione, e senza cognizione non ci può essere vita.

Tutto ciò avviene grazie ad un'altra proprietà degli esseri viventi che, secondo Maturana e Varela (5) è *l'autopoiesi*, la capacità del vivente di rigenerare sé stesso, a partire dai propri confini, nella cellula la membrana cellulare, nell'elefante la sua pelle, via via fino a tutti gli organi del proprio corpo che si modificano di continuo, continuamente ri-generandosi pur restando con la stessa forma e funzione.

Un sistema vivente quindi si automantiene, la sua vita non è localizzata in un punto ma lo comprende tutto, percepisce di continuo il suo ambiente e, tramite le sue proprietà emergenti, si modifica in rapporto alle conoscenze che fa dell'ambiente, in un rapporto tanto stretto da chiamarsi "*accoppiamento strutturale*". Insieme, ambiente ed essere vivente interagiscono in maniera tale da mantenere la vita di quell'essere vivente, e quell'essere vivente interagisce con l'ambiente modificandolo, e mantenendolo in vita.

Un sistema vivente dipende inoltre per la sua sopravvivenza da altre specie viventi e nutre altri esseri viventi con i propri scarti, in una sequenza di cicli biologici multipli, complessi

e interattivi.

Questo è quanto avviene negli esseri viventi, batteri, organismi mono e pluricellulari, vegetali, funghi, animali, fra cui noi. E non è solo teoria.

Noi umani siamo primati, forse più evoluti di altre specie viventi, ma forse solo un po' di più dei delfini, degli elefanti e.. dei totani (6), siamo persone singole, ma a nostra volta interagiamo con l'ambiente e con gli altri esseri viventi, quelli della nostra specie, e tutti gli altri. E sono molti di più. Pensate quanti di più di noi umani sono i fili d'erba. Esseri viventi complessi pure loro (7).

Stiamo parlando, quindi di società complesse di esseri viventi attraverso cui passano materia ed energia... Stiamo parlando di società viventi. Le società dei batteri, dei lieviti, dei funghi, dei licheni, degli esseri unicellulari, di quelli pluricellulari, dei vegetali, degli animali, degli scimpanzé, dell'uomo, e di tutti questi fra di loro. La pulce e lo scimpanzé fanno un tipo di società, le gazzelle e i leoni un altro tipo di associazione, sotto una quercia trovate un certo tipo di piante più piccole che con essa convivono e i maiali si mangiano le sue ghiande, sotto un castagno ci sono altri tipi di piante e noi umani, i cinghiali e i roditori siamo in competizione per le sue castagne... ma l'azoto della nostra pipì si fissa alle sue radici grazie a piccolissimi funghi che ne contornano le barbe. In cambio il castagno ci regala l'ossigeno e ci assorbe l'anidride carbonica che produciamo dando fuoco ai suoi rami secchi per scaldarci... noi siamo senza peli.

Ogni essere vivente ha un'organizzazione. Se più esseri viventi della stessa specie vivono assieme, le loro interazioni costituiscono un'organizzazione: pensate alle interazioni degli stornelli in cielo, dei piccioni su una torre, dei topi in un canale, dei pesci e delle alghe nel mare, degli uomini a New York o nel deserto, o, ancora degli stornelli con gli alberi di New York e con le macchine parcheggiate sotto quegli alberi e le reazioni dei padroni di quelle macchine dopo che uno stormo si è fermato proprio lì sopra ad emettere gli scarti della loro scorpacciata di piccoli frutti viola del bagolaro, che tinteggiano le macchine bianche di pois viola per la felicità dei loro padroni e la tristezza del suolo che sta sotto le macchine coperto dall'asfalto che non potrà avvalersi della chimica buona presente in quei resti di frutta....da usare per far crescere un ranuncolo da un seme capitato lì per caso... Le società di esseri viventi della stessa specie vedono passare attraverso di loro materia ed energia. Le società di più specie viventi generano cicli nutrizionali complessi in cui l'uno si nutre degli scarti dell'altro... in una "economia – appunto – circolare".

Le organizzazioni, in questo senso sono esseri viventi. Assorbono materia ed energia, le elaborano, emettono scarti.

Le organizzazioni umane dipendono da un contesto esterno dove attingono la materia e l'energia che consentono loro di sopravvivere, hanno un confine più o meno semipermeabile che accoglie i propri componenti e ne esclude altri, si automantengono, non vogliono cambiare se stesse, essendosi adattate al grado più basso di energia da spendere per

sopravvivere, ma quando il contesto cambia in maniera tale da metterne in discussione la sopravvivenza, generano proprietà emergenti tali da farle adattare al nuovo ambiente. Con l'ambiente hanno relazioni di mutua dipendenza tali da poter dire che fra ambiente e organizzazione umana c'è un accoppiamento strutturale. Le organizzazioni sono cognitive, perché la loro capacità di conoscenza del contesto attraverso svariati sensori è un fattore fondamentale di sopravvivenza nel tempo. Le organizzazioni sono autopoietiche, perché di continuo autorigenerano i loro componenti quando diventano vecchi e vanno in pensione, o muoiono, o vanno in ferie o in maternità e devono essere sostituiti, non senza difficoltà per l'organizzazione e per i nuovi venuti. Come si dice, l'organizzazione è fatta dalle persone che la costituiscono, e le persone non sono clonabili. Ancora. Neppure le relazioni che costruiscono fra loro sono ripetibili. Le relazioni fra persone irripetibili sono irripetibili. Ogni volta che un essere vivente, che fa parte dell'organizzazione, se ne va, l'organizzazione perde il suo contributo alla propria autopoiesi, la sua cognizione, la sua capacità di mantenere il sistema che si automantiene anche con il suo contributo, le interazioni che lui/lei hanno con l'ambiente e i conseguenti contributi a farla vivere. Se ad ogni nuova sfida ambientale si bloccano le proprietà emergenti che si formano, perché "si è sempre fatto così", l'organizzazione degrada e muore. Così è, anche, un'organizzazione sanitaria. Un "sistema complesso".

Salute

Secondo il modello biomedico, che si fonda sulla scienza meccanicistica, quella che per trecento anni ci ha regalato molte conquiste tecnologiche che indubbiamente ci hanno migliorato l'esistenza, ma che rispetto alla complessità che essa stessa ha creato sta mostrando inadatta ad affrontare le molteplici sfide interrelate che gli esseri umani si trovano davanti, la definizione di salute come l'assenza di malattia e quella di malattia come il malfunzionamento dei meccanismi biologici non ci basta più. La definizione meglio nota di partenza, è quella che l'OMS ha dato nel 1948:

"Uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non solo l'assenza di malattia o infermità".

Come si vede, questa definizione separa il benessere fisico da quello mentale e da quello sociale. Se si accetta il concetto di non separazione fra corpo e mente, come ormai molti Autori ipotizzano (4) e se si accetta l'idea sistemica che l'organizzazione della società umana non sia solo fatta da individui ma anche dalle loro relazioni, c'è bisogno di una forte riflessione sulle conseguenze di questi pensieri in cambiamento nella nostra vita quotidiana. "Una nuova concezione della salute, basata sulla visione sistemica della vita sopra riportata, mette in dubbio la possibilità che esista una definizione precisa di salute. La salute è un'esperienza ampiamente soggettiva, le cui qualità possono essere conosciute intuitivamente, ma non possono mai essere descritte o quantificate in modo esaustivo."(4)

Antonio Bonaldi, Co-fondatore e presidente di Slow Medicine in un suo recente articolo (8), che sintetizza l'idea che ci siamo fatti noi, di Slow medicine del concetto di salute scrive: *“Per capire di cosa stiamo parlando è necessario fare una breve premessa sul concetto di salute, la cui definizione va molto al di là di questo breve scritto. Su di essa si sono scritti fiumi di parole, ma per quanto di nostro immediato interesse ci basti ricordare che la salute è una sensazione soggettiva di benessere che emerge dall'interazione di fattori biologici, ambientali, psichici, spirituali e sociali.*

L'utilizzo della parola “emerge” non è casuale. La salute infatti è l'espressione di una proprietà emergente, cioè una proprietà collettiva che non ha vita propria, non è localizzabile e non ha una definizione univoca. Essa emerge, cioè si manifesta soggettivamente come esito dell'interazione di una miriade di fattori che riguardano la vita in tutti i suoi innumerevoli aspetti. Da questo crogiuolo di relazioni, in continuo mutamento, si manifesta la sensazione soggettiva di benessere o malessere, caratterizzata da un'infinita graduazione di stati emotivi a cui per convenzione e per semplicità abbiamo dato il nome di salute.

A questo punto è naturale chiedersi: quali sono i fattori che determinano lo stato di salute?

È opinione comune che tutti gli stati di malessere (malattie) abbiano una causa biologica e possano essere affrontati dalla medicina con farmaci, procedure mediche e interventi chirurgici, ma di fatto non è così. Il contributo dei fattori sociali e ambientali sul nostro stato di salute è di gran lunga preponderante ed è stimato intorno al 45-60% (9).

Intendiamoci, l'apporto della medicina è essenziale per la nostra salute. La possibilità di accedere a servizi sanitari di buona qualità per tutti coloro che ne hanno bisogno è uno dei più importanti indicatori di progresso sociale e civile. Tuttavia, non dobbiamo dimenticarci che la medicina influisce sul nostro stato di salute solo per il 15-25% (9). Di conseguenza per preservare la salute non possiamo limitare il nostro interesse alla medicina, dobbiamo occuparci anche d'altro.

Di che cosa, in particolare? Dobbiamo rivolgere la nostra attenzione a tutto ciò che contraddistingue la vita, dato che gran parte del nostro benessere o malessere dipende da come sono gestite le attività umane e dai nostri comportamenti, in particolare per quanto attiene:

- *Il rispetto dell'ambiente e della biodiversità*
- *il modo di costruire le case e di disegnare le città*
- *i modelli di produzione agricola e il modo di alimentarci*
- *le disuguaglianze sociali, l'istruzione, l'occupazione*
- *i modelli attraverso i quali sono impostate e gestite le organizzazioni*
- *il consumismo, compreso quello sanitario*
- *la capacità di gestire se stessi e le proprie emozioni”*

Bonaldi introduce due concetti su cui noi di Slow Medicine, siamo, in ottica sistemica, molto d'accordo. Più che salute “fisica” pensiamo che si debba parlare di salute “biologica”, e che sia necessario introdurre un nuovo concetto, quello di “salute spirituale”,

che non si riferisce solamente alle nostre sensazioni relative alla spiritualità religiosa, ma anche a tutte quelle sensazioni che ci fanno star bene.... quello che ci succede quando facciamo una passeggiata nella natura, quando sentiamo un brano musicale che ci piace, quando leggiamo un buon libro, quando amiamo una persona ricambiati, quando ci impegnamo in un percorso di meditazione e di crescita del sé. Cose difficilmente misurabili, ma che esistono. Esistono anche se abbiamo una malattia. Cose che fanno parte della vita. LA nostra salute fa parte della vita.

Per capire un po' di più, formarci una consapevolezza su che cos'è per ciascuno di noi la salute, non resta che provare. Proviamo?

Facciamo un esercizio?

Obiettivo: Osservare le fluttuazioni del proprio stato di salute nel tempo

ESERCIZIO

Autovalutazione del proprio stato di salute

Esercizio da farsi in singolo, anche più volte, *soggetto a riservatezza*.

Su una scala da 0 (massimo malessere) a 10 (pieno benessere) autovalutare il proprio stato di salute

Biologica: 0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7..... 8.....9.....10

Psicologica: 0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7..... 8.....9.....10

Sociale: 0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7..... 8.....9.....10

Spirituale: 0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7..... 8.....9.....10

Ambientale: 0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7..... 8.....9.....10

Massimo malessere

pieno benessere

Giorno

Ora

SOMMA TOTALE:

Rifare la valutazione quando vi vien voglia.

Cercare di non essere troppo pignoli. Misurate a naso.

A che cosa serve quest'esercizio? Serve soprattutto a farci capire che la visione sistemica della vita e della salute non può più fondarsi sul dualismo salute-malattia, che, come ormai è esperienza di molti, in tutto il mondo, non è in grado di darci benessere, spesso ci da preoccupazione, sofferenza, conflitto, ricerca spasmodica di un benessere d'altri tempi, che, specie per gli anziani, non può più venire, quello della gioventù ... ricerca indietro nel tempo che ci fa ignorare il benessere possibile dell'oggi, della nostra vita matura, e immaginare quello di domani, quando, se abbiamo la fortuna di arrivarci, saremo proprio vecchi, ma ancora avremo qualche scintilla di vita da valorizzare e godere. Lo avete

notato? Tendiamo a focalizzare l'attenzione solo sui sintomi che possono essere prodromi "di chissà che cosa". La paura della sofferenza e della morte, su cui si fonda la medicalizzazione spinta da un marketing compulsivo di farmaci, presidi e trattamenti, aumentata dal martellamento televisivo della pubblicità, spesso ci rovina la vita ... quell'unica vita che abbiamo. Ci sono moltissime cose che facciamo, che siamo, che vanno bene, e che, tutti i giorni, tutte le ore, possono, quantitativamente, superare in attenzione e coscienza interna ed esterna quella sugli acciacchi del momento, che, come spiega bene Donabedian (9), quasi sempre passano da soli, perché siamo esseri viventi autopoietici, che si automantengono senza bisogno di supporti chimici esterni.

Nella visione sistemica della salute, salute e malattia fanno parte dello stesso fenomeno, che possiamo chiamare "salute-malattia", un fenomeno soggettivo continuo della persona che ne ha esperienza. Non diversamente dalla necessaria unificazione del dualismo cartesiano corpo-mente. E di tutti gli altri dualismi bloccanti, che generano conflitti bloccanti e impediscono la soluzione dei problemi e, in definitiva, la pace.

A volte, ma non sempre, la medicina si interessa alla salute. Ma la medicina è stata inventata per curare le malattie. Nelle cartelle cliniche l'anamnesi viene ormai considerata poco, contano gli esami, per apparente amor di efficienza e sicurezza da problemi legali, e di consumo di risorse a favore dei produttori di farmaci, reagenti, macchine ... anche se la storia narrata dalla persona ammalata al suo medico, assieme all'esame obiettivo che il medico dovrebbe fare dopo aver sentito la sua storia, dovrebbe bastare a sospettare i motivi di quel malessere, e gli esami solo confermarli, approfondirli per trovare soluzioni terapeutiche, se ci sono. Se ci pensate un po' in anamnesi, dopo la compilazione dell'anagrafica, c'è l'anamnesi familiare, quella fisiologica, che spesso non c'è o si limita a "nato a termine parto eutocico...", quella patologica remota (morbillo, pertosse, incidente a 12 anni) e quella prossima (ieri, alle 18.45 il paziente sentiva un forte giramento di testa ...). Manca l'anamnesi del benessere... quello biologico – "sono in dialisi, i reni non funzionano, ma tutto il resto sì" - Mi diceva una persona in insufficienza renale, che reggeva 3 panetterie), quello psicologico, quello sociale, quello spirituale, quello ambientale... manca spesso la domanda: quando stai bene"? Ma quando mangio bene, quando bevo un bicchier di vino rosso, quando faccio l'amore con il/la mix partner, quando gioco con i figli, i nipoti, quando gioco a carte e fumo in osteria... quando vedo un bel panorama, quando leggo un bel libro... Insomma nessuno che ti domandi mai "Per che cosa provi piacere?" Lo fa la medicina orientale, quella occidentale non lo fa. Il piacere della vita a noi medici occidentali sembra un argomento vietato da discutere con i nostri pazienti. Ma la ricerca del piacere è il fondamento di Slow Food. Si può con una "Slow Medicine". Noi pensiamo di sì. Si può fare meglio con la narrazione. La medicina narrativa, ne dicono i cultori, fra i primi in Italia, Giorgio Bert, uno dei nostri padri fondatori, di per sé stessa è cura (10).

In tempi non così poi tanto antichi - 2500 fino a 6000 anni di storia in fondo che cosa

sono, di fronte alla durata della vita della nostra specie, l'Homo "sapiens" - a volte ho qualche dubbio... - che ha almeno 200.000 anni, imbastardito 35 mila anni fa con l'Uomo di Neanderthal e originato dall'Homo habilis ... e questo dall'Homo erectus ... qualche milione di anni in profondità nel nostro passato ci aiutano a darci il senso delle proporzioni, rispetto alle, a volte apparenti, a volte reali, tragedie di oggi...

2500 anni fa c'era a Kos, un'isoletta delle Cicladi, in Grecia, un ospedale che aveva un Chief Medical Officer, di nome Ippocrate, sacerdote di un dio, Esculapio, figlio di Apollo e di Arsinoe eroina spartana, semidio e dunque uomo mortale. Si diceva fosse stato istruito nella medicina dal centauro Chirone, mezzo uomo e mezzo cavallo, un grande saggio dell'antichità, o che avesse ereditato tale proprietà dal padre Apollo, il Sole. Divenne poi il dio della medicina, al pari di suo padre, ed era una divinità molto adorata dal popolo, in quanto benevola con gl'infermi.

Nell'ospedale di Kos si veniva per cercare la Salute. Le persone ci venivano a frotte, con i pullman del tempo, le navi che percorrevano il Mare Egeo. Non diversamente da Lourdes, Fatima, Loreto, San Giovanni Rotondo eredi di quei culti antichi ed antiche speranze.

Kos veniva considerata dai greci antichi il luogo della salute per antonomasia.

A Kos c'erano molti templi, e molti medici, i guaritori del tempo.

Fra i templi ce n'erano due, quello di Igea, figlia di Esculapio, dea della pulizia e della conseguente salute, dove andavano le persone che chiedevano di mantenersi in buona salute e quello di un'altra figlia del dio, Panacea, dea della guarigione universale e onnipotente, ottenuta per mezzo delle piante, dove andavano le persone che chiedevano di recuperare la loro salute, perché erano o si credevano ammalate. I fedeli recavano doni, venivano visitati dai sacerdoti, allievi di Ippocrate, pregavano le dee ed il dio. Le due ragazze avevano altre 4 sorelle e tre fratelli. Le sorelle erano Iaso, dea delle cure, dei rimedi e dei modi in cui curare, Acheso, la guarigione delle ferite e del processo di cura delle malattie, Egle, madre delle Grazie, la dea della buona salute, Meditrina, la Guaritrice, i fratelli erano Telesforo, il dio della convalescenza, Macaone, semidio medico, che a Troia curò Menelao e venne ucciso da Euriplo e Polidoro. Gli ultimi due erano i medici dell'ospedale da campo dell'esercito greco a Troia. Gente importante.

Che cosa ci è capitato negli ultimi 2500 anni? Pian pianino la gente ha smesso di portare i doni ad Igea, ed ha portato molti più doni a Panacea. Oggi solo a Panacea.

Purtroppo, come afferma Bonaldi, solo il 20-25% della nostra salute dipende da Panacea. Il 45-60% della nostra salute dipende da Igea. Forse dobbiamo fare Igea più ricca, portarle più doni, come le nostre nonne dire "Pensa alla Salute". Spostare quindi l'attenzione dalle malattie alla salute. Il denaro stanziato dallo Stato e dalle nostre tasche per finanziare il sistema sanitario curativo, finisce alle industrie di Panacea, dalle promesse spesso futili, a chi sta medicalizzando ogni tipo di acciaccio, e che si erge a unico conoscitore dei mezzi per curare e che già nel '76 annunciava questo progetto: "Il mio sogno è fare farmaci per

le persone sane (11). Se vogliamo ritrovare la salute bisogna uscire da questa trappola, come i padri della Riforma Sanitaria del '78 avevano proposto. Controllo collettivo della nostra salute, territori veramente "padroni in casa loro" (della salute della Terra, del suolo, dell'aria, dell'acqua, degli esseri viventi, specie umana compresa in connessione virtuosa con tutte le altre specie). Chiudere con l'era delle macro aree gestite da economisti meccanicisti fuori dal controllo dei cittadini chiamati a contenere le spese ma non a curare la salute, l'era del modello solo biomedico paternalista che, pur avendo fatto fare molti progressi alla conoscenza delle malattie e di molti loro rimedi tutt'ora fa fatica a dialogare con gli altri modelli, soprattutto quelli della prevenzione e guarda i pazienti dall'alto al basso, uno per uno, trascurando la relazione, l'alleanza con loro e delle loro relazioni sistemiche complesse come comunità. Chiudere con l'era del disease mongering, l'invenzione delle malattie, come uno di noi, Gianfranco Domenighetti, ci ha insegnato (12). Il meccanicismo manageriale, aziendale, non migliora né la salute né l'economia, non si cura del consumo insensato di prestazioni sanitarie scollegate da un progetto di salute per i singoli e le loro comunità, anzi lo incentiva chiamandolo "produttività". La prevenzione è in competizione naturale con il sistema medico-industriale, diventato fortissimo in questo periodo storico, ed incapace di "pensare alla salute", ma solo ad aumentare i consumi di prestazioni, ad esclusivo vantaggio dei produttori e dei soggetti privati, più o meno onestamente accreditati... ai pazienti come utilizzatori finali di farmaci, tecnologie, presidi. I medici solo come prescrittori finali di questi prodotti. Se si prevengono gli acciacchi della specie umana i profitti del complesso medico-industriale calano, inevitabilmente. Le leggi del mercato impongono il contrario, come in una vera e propria società autoritaria globale, guidata dal profitto di pochi a scapito della salute di molti. Il risultato è una epidemia globale di Sovradiagnosi, Overtreatment e di conseguenza di Undertreatment per quelli che ne hanno bisogno e non possono pagare le cure (13-19).

Slow Medicine, che c'entra con tutto ciò?

Di fronte a tutto ciò ci siamo molto preoccupati per l'andamento del Pianeta come sistema e, fra i molti, innumerevoli sistemi che lo compongono, dei sistemi sanitari. E gli amici che con me hanno fondato Slow Medicine hanno deciso, 10 anni fa, di riunirsi in una rete, che abbiamo definito "di idee in movimento", per una cura sobria, rispettosa e giusta. Ci siamo scelti un logo, due chioccioline che si parlano, e siamo andati a presentare a Carlo Petrini, fondatore di Slow Food, le nostre idee, che sono state accolte con entusiasmo e simpatia.

La chiocciola di Slow Food è stata scelta perché è un animale che ha il senso del limite. La sua casina cresce finché diventa troppo pesante per il suo corpo. Oltre non va. "Less is more" poteva essere uno slogan valido, e ci piace, ma per il nostro campo d'azione è troppo generico. Ci siamo rivolti più al campo della ricerca della salute declinandolo

con le tre parole: sobrio, rispettoso e giusto, come il cibo, per Slow Food, dev'essere Buono Pulito e Giusto. Abbiamo pensato di connotare la sobrietà con una frase: "Fare di più non sempre significa fare meglio". C'erano fin troppi esempi in letteratura qualificata (13-19). Sembra quasi che lo spreco di farmaci, trattamenti ed esami sia la norma ormai dappertutto. Sembra che l'idea e l'esperienza che vanno alla ricerca della qualità delle cure facciano davvero ridurre gli sprechi (20). Questo sembrerebbe inammissibile da chi governa il sistema medico-industriale con lo scopo unico del profitto programmato. Con Andrea Segrè, economista, che lavora nel campo dello spreco alimentare, abbiamo scoperto che ormai, infatti, i profitti si fanno con lo spreco e che lo spreco si scarica sulle casse dello Stato, su quelle dei cittadini, sull'ecosistema (21). Non ci va bene. Che contributo possiamo dare al necessario, ineludibile cambiamento?

La seconda parola, "Rispettoso" che connota tutte le iniziative di Slow Medicine, ci ricorda che tutte le donne e gli uomini della specie umana, e l'ambiente che ci circonda hanno diritto ad una ricerca continua della loro salute, prima di ogni altra cosa, e a politiche di rispetto della vita in tutte le sue forme e della singolarità di ogni persona e di ogni cultura di cui fanno parte, che sono messe in discussione dalla pervicace tendenza a considerare la Terra come una cava permanente da cui estrarre ogni tipo di materia prima, perché tutto viene considerato merce, e ogni tipo di produzione sembra avere il solo fine del profitto dei produttori, che, di regola, non viene redistribuito. Gli esseri umani vengono considerati solo come dei "consumatori", i cui consumi devono essere sostenuti, senza rispetto alcuno per la loro autonomia di scelta e rispetto dei diritti dei lavoratori che materialmente producono quelle merci.

La terza parola è "giusto", e significa almeno due cose, ma forse molte di più. È giusto il sistema sanitario che pone sullo stesso piano tutti i cittadini, tutte le persone, nei confronti del loro diritto alla salute, alla prevenzione delle malattie che si possono prevenire, alla cura di quelle che si possono curare, all'assistenza comunque anche per quelle che non si possono ancora curare, perché non sappiamo come fare, alla loro riabilitazione possibile nel tempo del recupero delle funzioni residue. Per osservare questo diritto è necessario applicare, ovunque possibile, le cure di comprovata efficacia, con consone attività di ricerca indipendente. Sackett, il padre della Medicina Basata sulle Prove di Efficacia, nella sua prima pubblicazione sull'argomento (22) scrisse che l'Evidence Based Medicine è il massimo possibile delle conoscenze scientifiche utilizzate per prendersi cura delle persone ammalate, in assenza di evidenze scientifiche il meglio dell'esperienza dei medici e degli infermieri, ed il massimo rispetto per i valori dei pazienti. È giusto quindi, il sistema sanitario che non si limita a curare tutte le persone che hanno un problema di salute, ma che lo fa con cura, utilizzando per quanto possibile solo i trattamenti che hanno un'elevata probabilità di essere efficaci, sia per quanto riguarda gli strumenti diagnostici che quelli terapeutici. Il prof. Garattini, afferma da tempo che il 50 % dei farmaci del Prontuario

Terapeutico Nazionale sono inutili (23). L'appropriatezza delle prescrizioni e dell'utilizzo di trattamenti, esami e farmaci è la parola più importante per attuare le pratiche "giuste" e dipende, quasi esclusivamente, dall'assunzione di responsabilità di medici, infermieri e del restante personale sanitario che non possono che attuarla con un rapporto franco, responsabile e leale con le persone che si rivolgono a loro per stare meglio. Nota bene, i bisogni di salute sono diversi dalla domanda di prestazioni, ed è proprio quest'ultima, pervasiva, indotta dalla pubblicità o dalle strategie di marketing, fra cui la peggiore è il marketing della paura, che va messa in discussione con azioni informative e culturali di ampio respiro, di lungo periodo.

Le azioni di Slow Medicine, conseguenti e coerenti con queste nostre idee in movimento sono state parecchie in questo decennio. Fra esse:

Nel campo del rispetto abbiamo ancora in atto una campagna dal titolo "Buon giorno io sono" (24), che riprende quella della collega inglese Kate Granger nel 2016, affetta da un tumore raro che l'avrebbe uccisa, trattata senza rispetto da un medico che le comunicò la diagnosi senza presentarsi prima, e tuttora noi non ne conosciamo il nome (25). Noi di slow medicine pensiamo che per stabilire una relazione costruttiva e di fiducia i medici e gli infermieri non possono non presentarsi ai pazienti, alla prima visita, ma, se serve, a quelle successive con il proprio nome e cognome, e volendo con il proprio ruolo nel processo di cura, prima di fare qualsiasi cosa ad un paziente che vedono per la prima volta. Buon giorno io sono ... è diventato per noi un dovere ineludibile, segno di professionalità, rispetto e decoro.

Nel campo del sobrio e del giusto abbiamo aderito quasi subito alla campagna internazionale "Choosing Wisely", iniziata proprio nel 2012 dalla Fondazione dei Medici internisti americani e da Consumer Report, la più importante associazione di cittadini che difende i diritti dei "consumatori" (26). Abbiamo chiesto alle società scientifiche di medici ed infermieri di scegliere, con i loro comitati scientifici, le 5 pratiche della loro specialità ad elevata probabilità di inappropriatezza delle quali, prima di applicarle, parlare con i pazienti. Abbiamo coinvolto come nostri partner la FNOMCeO, la FNOPI, Altroconsumo, Informasalute dell'Istituto Mario Negri, l'Accademia di Scienze Infermieristiche, il Sindacato Radiologi Medici e la Federazione delle Associazioni a tutela dei cittadini coinvolti nei servizi sociali e sanitari della Provincia di Bolzano. Siamo riusciti così a coinvolgere 45 società scientifiche di medici e infermieri che nel complesso hanno prodotto 260 raccomandazioni. Queste stanno generando campagne per le Buone pratiche (27). Quelle sulle quali tutti concordano sono:

- L'uso inappropriato di antibiotici, che genera infezioni da batteri resistenti agli antibiotici, causa di 10 mila morti all'anno in Italia e 30 mila in tutta l'Europa.
- L'uso appropriato di TAC e RNM nel mal di schiena, che con le TAC genera, spesso senza motivo, una gran quantità di radiazioni ionizzanti assorbite dai pazienti, una

gran spesa sanitaria per RNM e TAC, fra le più elevate del mondo e un paradossale aumento della durata dei tempi d'attesa, che le liste d'attesa sono intasate da esami richiesti inappropriatamente, oltre che a un conseguente aumento degli esami fatti privatamente, quasi sempre inutili, inconcludenti e dannosi.

- L'uso inappropriato delle benzodiazepine per i problemi di sonno degli anziani.
- L'uso massiccio e inappropriato degli inibitori di pompa protonica a – inutile – protezione dello stomaco.
- L'offerta inappropriata di latte formulato ai neonati che dovrebbero essere allattati al seno.
- L'eccesso di tagli cesarei per far nascere i bambini.

E tante altre pratiche che solo i medici e gli infermieri possono limitare alle giuste dimensioni assumendosi la responsabilità di evitare trattamenti inappropriati e futili ai pazienti che non ne hanno bisogno.

L'elaborazione e l'organizzazione di uno schema di Master per la salute, in cui affrontare assieme, docenti-discenti il tema della salute come obiettivo di ogni cittadino e di ogni comunità, è un progetto importante in cui Slow Medicine è impegnata. La visione sistemica di questo master e dell'insieme delle attività per la salute è preliminare ad un vero e proprio cambio di paradigma, che non potrà non avvenire nei prossimi, lunghi, anni in seguito alle evidenze che l'attuale paradigma in corso, non è in grado di affrontare con intelligenza e risultati misurabili i problemi di salute di una popolazione, sempre più complessi ed interrelati, proprio in rapporto all'evoluzione della società umana.

Pensare la salute, alla vita e pensare ai sistemi complessi per tentar di risolvere i problemi che avremo di fronte, come sta già succedendo con il coronavirus sarà cruciale per il nostro futuro e quello del Pianeta.

Bibliografia

1. Beccastrini S, Gardini A, Tonelli S. Piccolo Dizionario della Qualità. Ad uso degli operatori sociali e sanitari. Firenze: Editoriale Tosca; 1994.
2. Gardini A. Verso la Qualità. Percorsi, modelli, intuizioni ed appunti di viaggio per migliorare l'assistenza sanitaria. Ad uso di cittadini, professionisti, managers, politici, donne e uomini di questo mondo. Torino: Centro Scientifico Editore; 2004.
3. Bert G, Gardini A, Quadrino S. Slow Medicine. Perché una medicina sobria, rispettosa e giusta è possibile. Prefazione di Carlo Petrini. Milano: Sperling&Kupfer; 2013.
4. Capra F, Luisi PL. Vita e Natura. Una visione sistemica. Sansepolcro: Aboca Edizioni; 2014.
5. Maturana HR, Varela FJ. Autopoiesi e Cognizione. La realizzazione del vivente. Venezia: Marsilio Editori; 1985.
6. Godfrey-Smith P. Altre menti. Il Polpo, il mare e le remote origini della coscienza. Milano: Adelphi Edizioni; 2018.
7. Mancuso S. Botanica, Viaggio nell'universo vegetale. Sansepolcro: Aboca Edizioni; 2017.
8. Bonaldi A. Una scuola per la salute. Vita, complessità e cooperazione. Wall Street Journal Magazine, 12.12.2019 <https://wsimag.com/it/scienza-e-tecnologia/59531-una-scuola-per-la-salute>
9. Donabedian A. Lecture outline and Illustrative materials prepared by Avedis Donabedian for a semi-

- nar on Quality Assurance by monitoring clinical performance. Materiali di studio di Avedis Donabedian e della Health Administration Press. Anna Arbor, 1993.
10. Bert G. La medicina narrativa. Storie e parole nella relazione di cura. Roma: Il Pensiero Scientifico; 2007.
 11. Robertson G. Intervista con Henry Gandsden. Fortune, Marzo 1976.
 12. Fabbri A, Bodini C. Disease Mongering: una malattia per ogni pillola. Salute Internazionale 30 giugno 2010. <https://www.saluteinternazionale.info/2010/06/disease-mongering-una-malattia-per-ogni-pillola/>
 13. Kleinert S, Horton R. From Universal coverage to right care for health. The Lancet 2017; January 8: 1-2.
 14. Berwick D.M. Avoiding overuse: the next quality frontier. The Lancet 2017; January 8: 2-4
 15. Saini V, Brownlee S, Elshaug AG, Glasziou P, Heath I. Addressing overuse and underuse around the world. The Lancet 2017; January 8: 4-6
 16. Brownlee S, Chalkidou K, Doust J, Elshaug AG, Glasziou P, Heath I, Nagpal S, Saini V, Srivastava D, Chalmers K, Korenstein D. Right care 1. Evidence for Overuse of medical services around the world. The Lancet 2017; January 8: 7-19
 17. Glasziou P, Straus S, Brownlee S, Trevena L, Dans L, Guyatt G, Elshaug AG, Jannet R., Saini V. Right care 2. Evidence for underuse of effective medical services around the world. The Lancet 2017; January 8: 20-28
 18. Saini V, Garcia-Armesto S, Klemperer D, Paris V, Elshaug AG, Brownlee S, Ioannidis JPA, Fisher E. Right Care 3. Drivers of poor medical care. The Lancet 2017; January 8: 29-41
 19. Elshaug AG, Rosenthal MB, Lavis JN, Brownlee S, Schmidt H, Nagpal S, Littlejohns P, Srivastava D, Tunis S, Saini V. Right care 4. Levers for addressing medical underuse and overuse: achieving high value health care. The Lancet 2017; January 8: 42-53.
 20. Ovretveit J. Does Improving Quality save money? The health foundation. September 2009.
 21. Segrè A. Vivere a spreco zero. Venezia: Marsilio; 2013.
 22. Sackett DL, Rosenberg WMC, Muir Gray J A, Haynes RB. Evidence Based Medicine : What it is and what it isn't. BMJ 1996;312:71.
 23. Naso L. Garattini: un farmaco su due è di troppo. Il sole 24 ore, 28.1.2018. <https://www.ilsole24ore.com/art/silvio-garattini-un-farmaco-due-e-troppo-AEo9XAUD>
 24. <https://www.slowmedicine.it/buongiorno-io-sono/>
 25. <https://www.hellomynameis.org.uk>
 26. <https://www.choosingwisely.org>
 27. <https://www.choosingwiselyitaly.org/index.php/it/>

Conflitti di interesse dichiarati

Slow Medicine è una rete indipendente di pensieri in movimento per una cura sobria rispettosa e giusta. In 10 anni ha sempre rinunciato alle sponsorizzazioni di case farmaceutiche e dell'industria. Lo scrivente, cofondatore e membro del CD di Slow Medicine non ha rapporti di tipo economico con case farmaceutiche o industrie di qualsiasi genere.

Dibattito

Cinque temi rilevanti per il futuro della sanità

Five relevant topics to the future of healthcare

Le sfide irrinunciabili per affrontare il cambiamento necessario a garantire equità e sostenibilità

The essential challenges to face the necessary change to guarantee equity and sustainability

Enrico Desideri

Presidente Fondazione per l'Innovazione e la Sicurezza in Sanità

Parole chiave: innovazione, equità, sostenibilità, qualità, sicurezza

RIASSUNTO

Vengono delineati i cambiamenti che la Fondazione per l'Innovazione e la Sicurezza in Sanità ritiene indispensabili per il nuovo quadro epidemiologico che la sanità italiana, e più in generale dei paesi occidentali, deve affrontare. L'invecchiamento della popolazione, la denatalità, la crescente prevalenza delle malattie croniche e della multimorbidità richiedono una presa in carico multi professionale e multi dimensionale, superando la visione ospedale-centrica verso un nuovo approccio teso alla assunzione in cura da parte di un team multiprofessionale, nel quale le cure primarie e la rete degli specialisti si raccordano in modo strutturato. A sostegno di questo innovativo assetto della organizzazione vi sono le nuove tecnologie nei vari campi: dal farmaco, alle tecniche diagnostiche, a quelle digitali che se correttamente adottate possono, nel rispetto della riservatezza dei dati sensibili, facilitare la continuità delle cure. Viene esaminato il dato relativo all'aderenza terapeutica e, in relazione alla crescita dei bisogni di cura, viene delineata l'urgenza di una adeguata regolamentazione della sanità integrativa a quasi 30 anni dalla emanazione della norma. Infine, sottolineata la rilevanza del rischio clinico, viene esaminato l'impatto della legge n. 24/2017 per i professionisti e per le strutture sanitarie e le possibilità di crescita della sicurezza, anche percepita, attraverso un assetto organizzativo pensato per accrescere la *clinical competence* e la qualità delle cure.

Key words: innovation, equity, sustainability, quality, safety

SUMMARY

The changes deemed essential by the Foundation for innovation and safety in Healthcare to address

Autore per corrispondenza: presidente@fondazioneinsicurezzaasanita.it

aging-related needs are outlined. The growing prevalence of chronic disease, require passing the exclusively hospital-centric vision in favor of a model aimed at multi-professionalism and in which primary care links up with the network of specialists in a structured way. In support of this new strategic vision, are the new technologies, including digital ones, which, if adopted in compliance with privacy regulations, can greatly facilitate continuity of care. The data on adherence to therapy and the care pathways then examined, as well as the urgency of a regulation of the so-called supplementary health care is underlined. Finally, in order to the relevance of the clinical risk, it is examined the impact of the law 24/2017 on both professionals working in healthcare and for healthcare facilities, emphasizing how an adequate organizational structure also increases the quality of the offer and the clinical competence.

There is wide variation in health outcomes for countries with similar levels of income and education. This variation is due to differences in performance and design! (1).

“Vi sono grandi differenze, in termini di esiti in salute, fra nazioni pur con redditi e livelli d’istruzione simili. Questa variazione è dovuta alle differenze per tipo e quantità di prestazioni e di disegno strategico!”

Con queste netta osservazione, esattamente 20 anni orsono, si apriva il Bollettino WHO che sottolineava i fattori decisivi per migliorare gli esiti e, insieme, assicurare la sostenibilità dei sistemi sanitari. A distanza di 20 anni, sicuramente il quadro epidemiologico è profondamente cambiato e le potenzialità tecnologiche sono ulteriormente accresciute, ma rimane inalterata la variabilità di costi ed esiti di salute fra i sistemi sanitari (2).

La capacità di sviluppare la qualità dell’organizzazione in una visione sistemica rappresenta una priorità, per il sistema sanitario pubblico italiano, anche sotto il profilo etico se vogliamo garantire le stesse cure a tutti e, contemporaneamente, la sostenibilità economica del SSN, così come auspicato nell’*Afford Act* già nel 2008 per la sanità americana (3).

In relazione a queste considerazioni, la Fondazione per l’Innovazione e la Sicurezza in Sanità, il cui socio fondatore pubblico è l’Istituto Superiore di Sanità, e che ha, quali componenti del CDA, oltre al socio privato Gutenberg Italia, rappresentanti della Conferenza Stato-Regioni e del Ministero della Salute, ha deciso di affrontare alcuni temi rilevanti ed urgenti, che, a nostro avviso, devono essere opportunamente trattati e discussi, per essere sviluppati nei prossimi mesi e anni, se vogliamo che il nostro sistema sanitario mantenga e possibilmente accresca la qualità dei servizi offerti e la soddisfazione del cittadino/consumatore e, ciò che è determinante, un’effettiva universalità delle cure.

La prima e più urgente sfida è senza dubbio l’innovazione organizzativa. La crescita registrata negli ultimi decenni della cronicità e della fragilità contrasta con un approccio organizzativo sostanzialmente fermo da decenni. Questa evidente contraddizione, non vuole certo sminuire i risultati eccellenti che il sistema sanitario italiano può vantare, anzi, “visto da fuori”, dalle Agenzie Internazionali, il nostro SSN si classifica da molti anni ai primi posti nel mondo!

Si osserva un aumento complessivo della aspettativa di vita (85,2 per le donne – 81,0 per gli uomini) (4) che, però, correla negativamente in maniera statisticamente significativa

con gli indicatori di vulnerabilità sociale e materiale come il livello d'istruzione, la povertà, la disoccupazione e la residenza nelle aree interne (5). Il tema delle disuguaglianze emerge in molti studi e il paradosso è che l'aumento della aspettativa di vita si associa ad una riduzione del numero di anni "in buona salute" correlato *in primis* con i comportamenti a rischio (fumo: 19,7% della popolazione; alcool: 16,7% i consumatori a rischio; sedentarietà, alimentazione non salubre: prevalenza obesità 10,3%). I dati che meglio stigmatizzano le conseguenze di questi fenomeni sono evidenziati dallo stesso rapporto ISTAT sopra richiamato (4,1 milioni di disabili e 3,5 milioni di non auto sufficienti: +25% in 10 anni).

Infine, dato davvero sorprendente, ed insieme ancora non sufficientemente valorizzato nella programmazione, è che il costo delle malattie croniche, nei paesi occidentali, assorbe fra l'80% e l'82% del totale della spesa sanitaria pubblica (6).

A fronte di quanto sopra accennato, occorre condividere e mettere in funzione un modello organizzativo capace di superare la frammentazione dei percorsi assistenziali ed insieme sconfiggere le disuguaglianze di assunzione in cura. Questo nuovo modello dovrà puntare sulla multi professionalità del *primary care team* (medico, infermiere, assistente sociale, collaboratore di studio ("dove si prescrive si prenota", con un evidente miglioramento della qualità percepita) e la nuova figura del farmacista di comunità.

Il team si dovrà ricordare, in maniera strutturata, con lo specialista di riferimento del cittadino-paziente secondo l'approccio della *Community of Practice* (CP), pensato da Wanger (7) sin dal 1996 e promosso a Londra da Iona Heath (8) che previene il "ping-pong" del paziente, "rimpallato" fra vari specialisti, che ingolfa le liste di attesa con prestazioni spesso ripetute di scarso valore (value), o francamente non appropriate, e fa sentire il paziente assolutamente non preso in cura.

In letteratura sono numerosi i contributi sia a livello nazionale, sia internazionale tesi a favorire il superamento della frammentazione dei percorsi assistenziali e a garantire sia la necessaria continuità assistenziale, sia piani di cura personalizzati, attraverso l'integrazione dei saperi specialistici con la conoscenza e l'approccio olistico che il medico di famiglia, insieme al team multi-professionale presente sul territorio, possono assicurare (*Population Health Management*) (9).

A supporto di quanto detto, vi è una prima pratica attuazione di quanto sommariamente sopra descritto: il modello "**reti cliniche integrate e strutturate**", già avviato in una ASL della Toscana (10). Attraverso la sua puntuale realizzazione è stata possibile una riorganizzazione dell'assistenza dei pazienti cronici, stratificati per livelli di complessità, assicurando quello che spesso molti hanno auspicato per ridurre le disuguaglianze di salute sintetizzabile attraverso le 5 "P": **P**rossimità-**P**roattività-**P**ersonalizzazione delle cure-**P**revenzione primaria e secondaria-**P**artecipazione della comunità attraverso il volontariato e l'associazionismo.

Il paziente cronico viene preso in cura, sentendosi “posto al centro” di una rete che vede come garante clinico il medico di famiglia e si avvale di un riferimento “strutturato” (cioè non occasionale e di volta in volta diverso), dello/degli specialisti, che già conoscono ed hanno i dati sanitari del paziente e che possono aiutare il medico di famiglia, o meglio il team delle cure primarie, a calibrare la risposta di cura e, quindi il PDTA (percorso diagnostico terapeutico assistenziale), ai bisogni del malato, spesso affetto da più patologie, ben conosciute e documentate dal suo MMG.

La persona, spesso anziana, trova (in prossimità) un riferimento autorevole e sicuro, sentendosi “preso in cura” e non percepisce il bisogno, né necessità, di altri pareri o accertamenti (... l'ulteriore RMN o ecografia ...), quindi migliora l'appropriatezza, si riducono notevolmente i costi e i tempi di attesa. La rete garantisce anche la pro-attività così da assicurare equità, cioè le stesse cure a prescindere dal livello d'istruzione, dalla area geografica di residenza e questo induce una rilevante riduzione delle complicanze e delle ri-ospedalizzazioni, vera fonte di spreco e di attacco alla sostenibilità del SSN.

I risultati preliminari (10) emersi dallo studio condotto dalla citata Asl, in collaborazione con il Politecnico di Milano e ARS Toscana, hanno evidenziato nei due anni di prima applicazione (2010-2011) nella popolazione assistita con il nuovo modello, rispetto alla popolazione seguita in modo usuale, la riduzione degli accessi al Pronto soccorso (-11%), un'importante riduzione dei ricoveri (-22%), la riduzione delle visite specialistiche (-2%) e soprattutto la riduzione degli esami diagnostica radiologica pesante, ad es. TAC e RMN (-16%) e, come atteso, un incremento degli esami di laboratorio (+17%) quale segno di effettivo monitoraggio del PAI (piano assistenziale individuale).

Una successiva indagine, condotta da ARS Toscana (2011-2014) sui diabetici, ha evidenziato, nei pazienti seguiti con il sopra descritto modello, una riduzione pari al 19% degli eventi cardio-vascolari e del 12% del rischio di decesso a 4 anni; infine, la ASL che per prima ha adottato il nuovo modello, ha registrato - nel rispetto delle risorse economiche disponibili - il miglior punteggio medio conseguito in Toscana (10).

La seconda grande sfida è migliorare l'aderenza alla terapia. Nonostante sia noto da molti anni che nel paziente cronico l'aderenza alla terapia sia assai insoddisfacente non solo in Italia, ma in tutti i Paesi Occidentali (11-12) e che di questo “fattore di rischio occulto” siano state studiate le cause da tempo, la non aderenza farmacologica è un gravissimo ostacolo alla corretta assunzione in cura del paziente cronico, specie se con poli-morbidità. Deve essere qui sottolineato ciò che è stato evidenziato in diversi studi: il problema è maggiormente presente nelle classi sociali più deboli per livello socio-economico e per livello di istruzione (13-14).

La carenza di *compliance* non è solo relativa alla terapia, ma si può estendere all'intero percorso assistenziale e si riscontra, pur con prevalenze diverse, in tutte le condizioni croniche ed è la principale causa della crescita dei costi per frequenti ospedalizzazioni (13-14).

In Italia, un particolare interesse ha sollevato una proposta, già contenuta nel Piano Nazionale Cronicità, sul “nuovo ruolo della farmacia dei servizi” per migliorare l’aderenza alla terapia. Il farmacista è sicuramente in grado di svolgere, oltre che il tradizionale ruolo di controllo-consegna della confezione, un nuovo ed essenziale ruolo di educatore nell’uso corretto dei farmaci, a supporto e non certo in alternativa al medico prescrittore. Uno studio condotto in Spagna (15), ha evidenziato che l’apporto delle competenze professionali del farmacista, cioè il concreto svolgimento di quelle attività “cognitive” cui ho fatto sopra riferimento, è stato in grado di aumentare l’aderenza al trattamento nei pazienti cronici e politrattati dal 41,2% al 70,5% e uno studio epidemiologico, condotto dalla FOFI in collaborazione con l’Università del Kent, su pazienti asmatici, ha mostrato, sia pure in un campione non elevato di pazienti, che anche in Italia il coinvolgimento dei farmacisti presenti nelle farmacie territoriali, determina un incremento dell’aderenza (16).

Il terzo tema: la sanità integrativa. Da analizzare, a nostro giudizio, in connessione alla tematica della multi-morbilità e della fragilità. Introdotta nel 1992 (art 9 DL 502) e sin dal nome nata come integrativa, non certo sostitutiva né duplicativa, da anni è al centro di accalorati dibattiti, per la verità non conclusivi né concludenti! Nel frattempo, però, è in fase di completamento la stesura finale del documento sulla “Indagine conoscitiva sui Fondi Integrativi” condotta dalla Commissione Affari Sociali del Senato, che, attraverso un’analisi molto puntuale, fa emergere le contraddizioni attuali nell’impiego dei Fondi che sarebbero nati per la copertura di bisogni socio-sanitari non coperti dai LEA, e che ad oggi ha visto la crescita soprattutto dei Fondi di tipo B, così detti “non doc” a carattere per lo più sostitutivo (attualmente questa tipologia di Fondi interessa infatti ben 12,5 milioni di persone). Dall’indagine emerge anche la rilevanza potenziale dei Fondi stessi, se si pensa al valore economico assorbito dai fondi sanitari (5,6 MLD), per lo più pagati attraverso polizze sanitarie collettive a carico per i tre quarti di lavoratori, ma anche, in minor misura, dei loro familiari e dei pensionati.

Fra i limiti che emergono dall’indagine, vi è anche una legislazione frammentaria e soprattutto una mancanza di regolamentazione in materia, da realizzare, così come prospettato nel Patto per La Salute (17), tanto più necessaria in considerazione delle agevolazioni fiscali, almeno 2 MLD, secondo un dato estrapolato dalle dichiarazioni dei redditi, fornito dalla Agenzia delle Entrate.

I Fondi, invece, potrebbero meglio affiancarsi al sistema socio sanitario universalistico coprendo quei bisogni crescenti legati alla transizione epidemiologica e demografica, all’invecchiamento e alla denatalità (solo 435.000 nati nel 2019: -116.000 residenti: ISTAT febbraio 2020), che ha determinato l’assottigliamento dei nuclei familiari ed una conseguente crescita esponenziale degli anziani soli (elemento cui è connesso per il 40% il costoso fenomeno della ri-ospedalizzazione precoce) innanzi tutto orientando i Fondi alla assistenza familiare a domicilio, il cui bisogno è espresso quanto meno dal numero

elevatissimo di “badanti”(registrate/i INPS “solo” n. 860.000, 88% di genere femminile, 71% immigrate) e di caregiver (numero stimato almeno 2 milioni) dando certamente un’offerta più sicura, attraverso una specifica formazione e una minore evasione fiscale, grazie a un corretto reclutamento e alla conseguente regolarità contrattuale (superando il lavoro nero) (18) e poi andando a coprire rilevanti bisogni non previsti dai LEA (ad es. odontoiatria e ottica sociale).

Il quarto tema è l’innovazione tecnologica. Si tratta, come noto, di un aspetto di cui si deve tenere conto nella programmazione, anch’esso strettamente collegato alle tematiche precedenti, in particolare con l’innovazione organizzativa. Nell’affrontare questa tematica, appare utile da subito sottolineare sia lo straordinario apporto dell’“onda tecnologica” sia il pericolo, in mancanza di analisi costo beneficio, di rimanerne vittime andando ad accrescere la prevalenza, già elevata, di esami non appropriati.

Ci si riferisce, in particolare, alle straordinarie prospettive della ricerca, farmacologica e non, quali le terapie universalmente etichettate come *target therapy* (ad es. la sofisticata immunoterapia delle CAR-T), la medicina di precisione (*precision medicine*), così come la medicina rigenerativa o alle interessanti esperienze di *empowerment* del paziente con nuovi dispositivi medici (ad es. per l’auto monitoraggio dei pazienti diabetici con gluco-sensori) (19). Ci si riferisce, anche, ai successi della diagnostica radiologica o della biologia molecolare, senza scordare l’evoluzione delle tecniche chirurgiche attraverso la robotica e della telemedicina, che ha reso possibile il raccordo fra i professionisti a distanza, portando così competenze, perfino super specialistiche in aree geografiche altrimenti, nei fatti, non facilmente raggiungibili per la copertura della continuità assistenziale o addirittura a domicilio del paziente più fragile. Va in questa direzione l’impiego dei Mega Dati (*Big Data*) e dell’Intelligenza Artificiale per la ricerca di associazioni causali e per la previsione di effetti, con un metodo che possiamo definire predittivo, a sostegno della continuità assistenziale.

La tematica del governo dei dati sanitari è stata affrontata attraverso una *community* nazionale, costituita dai principali esperti italiani di sistemi informatici, a cui partecipano docenti delle Università Sapienza e Cattolica, il Ministero della Salute e il Politecnico di Milano. Governo dei dati sanitari vuol dire da un lato rendere possibile la condivisione dei dati per il raccordo fra professionisti e per la continuità delle cure e lo svolgimento dei PDTA (le cd “tecnologie abilitanti”), dall’altro adeguare tecnologie, procedure e normative per assicurare, insieme al diritto alla salute, il rispetto delle norme per la riservatezza dei dati sensibili, quali quelli sanitari, come richiesto dal Regolamento UE (GDPR, Regolamento per la protezione dati n.617/2018) (20).

Appena un cenno, infine, per sottolineare con *Jama* (21) le potenzialità ancora poco utilizzate dell’utilizzo dei “social” per la corretta comunicazione e per la promozione della salute.

Infine, **il quinto tema: la sicurezza delle cure**, il rischio clinico e, soprattutto, la qualità delle cure.

Ogni anno vengono attivate ben 13-15.000 azioni legali (22) soprattutto contro i medici e vengono diagnostiche infezioni connesse all'assistenza in circa l'8% dei pazienti ospedalizzati in Italia e in Europa, che determinano quasi 49.000 morti nei Paesi Occidentali ed una spesa nell'EU 14 pari al 15% del totale della spesa ospedaliera (a cui, fatalmente, si aggiunge il costo della medicina difensiva). Questa criticità è stata affrontata in Italia da una norma (legge n. 24/2017) che ha introdotto misure tese a mitigare il rischio sanitario attraverso corretti e trasparenti approcci di gestione del rischio (*risk management*) e riequilibrando/ripartendo la responsabilità dei sanitari (extra contrattuale) con quella delle aziende sanitarie e delle strutture private, introducendo altresì l'obbligo assicurativo per i professionisti e valorizzando, come non era stato mai fatto, il ruolo delle linee guida e delle migliori pratiche.

La legge è, dunque, un passo rilevante, ma è - ovviamente - un primo passo cui devono seguire azioni tese a proteggere sempre meglio la salute dei cittadini. Un importante approfondimento, su cui sta già lavorando la "Fondazione Italia in Salute", è lo studio e il monitoraggio degli eventi occorsi, del contenzioso e il ruolo relativo svolto dai difensori civici regionali, delle esperienze di prevenzione messe in atto, nonché del ruolo che stanno svolgendo le istituzioni preposte (in primis AGENAS), le società scientifiche, le associazioni di tutela e le stesse assicurazioni.

Non vi è dubbio, però, che la sicurezza e la qualità delle cure passa anche, se non soprattutto, attraverso le scelte di programmazione che, superando le impostazioni per singoli ospedali, facilitando la assunzione in cura dei malati, sviluppando le reti specialistiche e l'integrazione fra ospedale e territorio, assicurano sia una maggiore qualità percepita, da parte del paziente e della sua famiglia, sia una maggiore garanzia di elevati livelli di competenza clinica, ovviamente se adeguatamente supportate da una puntuale attività di formazione e aggiornamento.

Un aspetto in ogni caso da sviluppare, e da non tralasciare assolutamente, è la progettazione ed attivazione di azioni tese ad accrescere in questo ambito sia l'*empowerment* dei cittadini, sia l'*engagement* dei professionisti, cioè il potenziamento e il pieno coinvolgimento, attraverso eventi formativi/informativi per i quali la Fondazione innovazione e sicurezza in Sanità intende attivarsi, anche per favorire e promuovere la opportuna certificazione dei clinical *risk managers*, già presenti per legge in tutte le aziende sanitarie. Una riflessione deve essere, infine, fatta sul contributo che può pervenirci dal privato al fine di sviluppare ed accelerare i processi di cambiamento, mettendo a frutto e valorizzando al meglio le loro conoscenze tecnologiche e scientifiche, oppure condividendo, attraverso strumenti di *partnership*, progetti di innovazione e la loro valutazione, determinando così un chiaro vantaggio per il sistema salute. In tale contesto, in applicazione della Direttiva Europea 2014/24 e del nuovo Codice dei Contratti (D. Lgs 18/aprile/2016 n. 50), è possibile sviluppare forme di "partnership innovativa", tese a promuovere, con tra-

sparenza, procedure di cooperazione tra pubblico e privato per aumentare il value - cioè il rapporto fra gli esiti e il costo delle cure (23) -, della nostra progettualità costantemente orientata alla qualità e alla equità delle cure, ricordando l'insegnamento di Sir Michael Marmot, fondatore dell'epidemiologia sociale, che ha con grande efficacia dimostrato il legame fra disuguaglianze sociali e di salute (24).

Bibliografia

- 1 Murray C, Frenk J A framework for assessing the performance of health systems. WHO Int Bulletin 2000; 78 (6).
- 2 Spandonaro F 15° Rapporto Sanità, Roma: CREA Sanità; 2019.
- 3 Berwick DM, Nolan T, Whittington J The triple aim: Care, Health and Cost reform. Health Affairs 2008; 27 (3): 759-769.
- 4 ISTAT, Rapporto annuale 2019: La situazione del Paese; 2019.
- 5 Mirisola C, Ricciardi G, Bevere F, Melazzini M L'Italia per l'equità nella salute. Ministero della Salute, INMP, ISS, AGENAS, AIFA; 2017. <http://www.inmp.it/index.php/ita/L-Italia-per-l-equita-nella-salute>
- 6 Thomas S, Faubister T, Mossialos E Health system review. Financing health care in European Union, Challenges and policy responses, European Observatory on Health System and Policies; 2009.
- 7 Wanger E, Community of practice: the social fabric of learning organization, Healthcare Forum Journal 1996; 39(4): 20-26.
- 8 Heath I, Rubinstein A, Stange KC, van Driel ML, Quality in primary health care: a multidimensional approach to complexity, BMJ 2009; 338: b1242.
- 9 Kurtzman, Jordan H, A community hospital-county health department partnership to reduce preventable readmissions: lessons learned for population health management, Journal of Healthcare Management 2015; 60(4): 258-267.
- 10 in corso di pubblicazione su Igiene e Sanità Pubblica
- 11 Osterberg L, Blaschke T, Adherence to medication. New England J Med 2005; 353(5):487-97.
- 12 Benner JS, Association between prescription burden and medication adherence in patients with hypertensive and lipid lowering therapy. Am J Health Syst Pharm 2009; 66:1471-77.
- 13 Kronish IM, Ye S, Adherence to cardiovascular medications: lesson learned and future directions. Prog Cardiovasc Dis 2013; 55:590-600.
- 14 Sabaté E (edit) Adherence to long-term therapies. Evidence for action. Geneva: WHO; 2003.
- 15 Pharmaceutical Group of the European Union, Advancing Community Pharmacy Practice in Challenging Times Annual report; 2012.
- 16 Manfrin A, Randomised evaluation of the Italian medicines use review provided by community pharmacists using asthma as a model. BMC health services research. 2015; 15:171.
- 17 Nuovo patto per la salute (2019-2021), Ministero della Salute, Scheda 9.
- 18 Le stime sono di almeno 3 miliardi di evasione contributiva all'anno in questo comparto: Tito Boeri, Repubblica 4 febbraio 2020.
- 19 Bruttomesso D, Laviola L, Avogaro A, et al. The use of real time continuous glucose monitoring. A consensus view. Nutrition, Metabolism and Cardiovascular disease. 2019; 29 (5): 421-31.
- 20 Gazzetta Ufficiale UE, L. 119/1, 4.5.2016 IT.
- 21 Steinhubl SR, Muse ED, Topol EJ Can mobile Health Technologies Transform health care? JAMA 2013; 2395-6.
- 22 Monitoraggio denunce sinistri 2015. Rapporto annuale Osservatorio Nazionale buone pratiche su Si-

curezza in Sanità <https://www.agenas.gov.it/aree-tematiche/qualita/rischio-clinico-e-sicurezza-del-paziente/monitoraggio-nazionale-denunce-sinistri>

23 Porter M, Kramer M, Creating Shared Value, Harvard Business Review 2011, 7-17.

24 Marmot M, La salute diseguale: la sfida di un mondo ingiusto. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 2016.

Conflitti di interesse dichiarati: *nessuno*

Recensione

Scardicchio A. C. (2019), *Curare, Guardare. Epistemologia ed estetica dello sguardo in medicina*. FrancoAngeli. Milano. pp. 169

La pratica medica, come il lavoro di cura più in generale, è orientata dallo sguardo. Ancor prima della parola lo sguardo irrompe nella relazione d'aiuto e terapeutica e non è mai uno sguardo neutrale. Chi si occupa da tanti anni di indagare il lavoro di cura, come l'autrice del volume che qui presentiamo, Antonia Chiara Scardicchio, ricercatrice di pedagogia sperimentale all'Università di Foggia, sa quanto lo sguardo possa influenzare il processo diagnostico e terapeutico. Come ci si forma al "guardare" i pazienti? Si può imparare a "guardare"? Quali sembianze dovrebbe assumere lo sguardo del medico? Quali modelli di medicina e di costruzione delle conoscenze sulla salute entrano in gioco nel posizionare lo sguardo sulla malattia o sulla salute o sulla persona?

Scardicchio problematizza fin dalle prime pagine le possibili varianti dello sguardo, riportando l'attenzione su una via del conoscere e soprattutto dell'incontrare l'altro da sé nella relazione di cura. L'autrice utilizza il suo sguardo obliquo, complesso e flessibile per incrociare i temi della medicina con quelli della pedagogia, intrecciando diversi piani di analisi dello sguardo, decostruendolo con più strumenti operativi: l'esperienza sul campo, la ricerca scientifica, la letteratura, l'arte.

"Svolgere ufficialmente il mestiere del Guardante: avere la responsabilità di uno sguardo a cui non sfugge l'evidenza. Essere medico implica questioni potenti in ordine a questo vedere/guardare. Sintesi incredibile di processi numerosi e complessi, lo sguardo dice di una competenza che è tanto cognitiva quanto emotiva, tanto tecnica quanto relazionale" (Scardicchio, p. 16).

Il volume "Curare, Guardare. Epistemologia ed estetica dello sguardo in medicina" nasce all'interno di un framework teorico riconducibile al paradigma della complessità e delle teorie sistemiche, di cui l'autrice da anni si occupa attraverso il suo impegno, e si inserisce in una collana intitolata "Educazione e politiche della bellezza", un contesto generativo e accogliente per tutte quelle proposte che si interrogano criticamente sul senso delle teorie e delle pratiche applicate e organizzate nei contesti sanitari ed educativi con la finalità di innescare un'azione trasformativa, di cambiamento di prospettiva (di sguardo potremmo rimarcare). Scardicchio associa al lavoro di cura dimensioni/risorsa come la fragilità, la vulnerabilità, la disabilità, la malattia, definendolo un'attività orientata e connotata come pratica di bellezza, capace di essere aperta al possibile, alla responsabilità, all'etica, a innumerevoli possibilità espressive. In questa visione della pratica medica come pratica per un'educazione alla bellezza è possibile pensare al medico o al curante come ad un esperto di est-etica, ovvero come colui capace di ricercare il volto umano della cura, pur utilizzando sguardi complessi e compositi, curiosi e incuriositi o curiosanti, come dice Scardicchio di chi si ritrova davanti a un'opera d'arte. Particolarmente interessante risulta il nesso intuito dall'autrice circa la questione dello sguardo nell'ambito della prevenzione e quindi anche nella promozione della salute.

“e se fosse allora anche un modo possibile di rileggere anche la prevenzione? Intesa non come previsione nel senso meccanicistico, ma come capacità di cogliere nessi, intuire correlazioni, in modo da connettere interdipendenze e dunque intuire l'emergenza di sintomi e malattie con paradigma salutogenico e non soltanto patogenico? Cura e prevenzione sono dentro una questione di sguardi. Sguardi predittivi e anticipatori perché in grado di accogliere anche il mai-visto-prima e il mai-visto-prima-di-così” (Scardicchio, p.33).

Ed è proprio questo aspetto che rimanda al riorientamento dello sguardo a interessare i promotori della salute, perché il guardare in modo profondo, disincantato, interessato, può significare intercettare e riconoscere le risorse e le opportunità in grado di generare salute, come ci ha insegnato Antonovsky, il teorico della salutogenesi, grande riformatore delle scuole di medicina nelle facoltà israeliane, attento quindi anche alla formazione del medico, al suo fare esperienza nell'incontro con gli altri. Infatti nella pratica medica è necessario sviluppare una competenza in grado di cogliere le risorse, i bisogni, i desideri e costruire progetti di salute e di vita reali e significativi.

Altra riflessione di particolare interesse per i promotori della salute riguarda il capitolo intitolato “Interdipendenze” a pagina 47. La necessità di connettere ciò che guardiamo e interpretiamo con lo sguardo verso se stessi, il proprio sentire e sapere, richiamano un assunto importante per chi si occupa di prevenire le malattie e promuovere la salute. Il tema del connettere, del legare insieme, di creare reti è un aspetto imprescindibile per chi lavora in questo settore. In questo volume la connettività e le sue interdipendenze non sono solo argomentate come capacità di unire e fare rete ma anche come possibilità di guardarsi in modo nuovo proprio a partire dalla relazione, dalla rete e dall'interdipendenza che si è creata.

Proseguendo nella lettura del testo appare in più parti evidente il potenziale delle storie, delle narrazioni, delle biografie sviluppate con stimoli artistici. Scardicchio accompagna dunque alle sue riflessioni, che seguono una visione sistemica e complessa del lavoro di cura, la presentazione e descrizione di strumenti operativi. Il volume infatti si arricchisce di esperienze documentate nella formazione con gli operatori della salute e non solo come riflessione critica e appassionata dell'autrice, ma anche come possibilità di elaborare nuovi scenari operativi in cui sia possibile allenare e sviluppare lo sguardo che cura e che genera salute. La seconda parte del libro è articolata in dodici contrappunti con i quali Scardicchio accompagna il lettore a “controeducare” il proprio sguardo, a guardare oltre, ad osservarsi nei propri sguardi di professionisti della cura e della prevenzione, auspicando per ognuno il raggiungimento di una “coscienza della fragilità” che come afferma l'autrice in conclusione possa “tenere insieme ragione e immaginazione, computo e creatività, dove l'umanità coincide con la ricerca intesa scientificamente, non statisticamente”.

Patrizia Garista



La disponibilità di un testo sulla salutogenesi in lingua italiana rappresenta una risorsa per facilitare il dialogo tra contesto italiano e studi ed esperienze promossi dalla International Union for Health Promotion and Education.

La guida costituisce un contributo significativo per una riflessione “su cosa genera salute” e su come individuo e società possano svilupparla. A partire dalla declinazione di concetti chiave il testo illustra prospettive e strategie che favoriscono lo sviluppo di capacità e risorse che ogni soggetto e ogni comunità possiede e può mobilitare al fine di condurre una vita attiva, produttiva e dotata di significato. Una netta differenziazione dalla modalità, ancora dominante, di considerare i problemi di salute a partire da malattie e malessere. Sottolineiamo la rilevanza dell’elaborazione culturale di coniugare il pensiero e il framework salutogenico di Antonovsky a valori, principi e dimensioni essenziali della promozione di salute quale l’empowerment, la costante ricerca di benessere e qualità della vita, nonché il riconoscimento della centralità dei determinanti di salute per costruire un progetto positivo di società.

La Guida è un utile strumento per arricchire la comprensione concettuale, teorica e pratica della promozione della salute e a rafforzare la strada per la ricerca futura e l’operatività. La lettura è consigliata non solo ai professionisti della ricerca in sanità pubblica e promozione della salute e dei servizi-socio-sanitari ma anche a quanti agiscono per l’empowerment e la partecipazione dei cittadini in favore di politiche pubbliche di salute.

Il volume è arricchito da un’Appendice che riporta il questionario SOC 13 validato in lingua italiana, curato dal gruppo di lavoro del professor Paolo Contu.



A quaranta anni dalla Legge 833, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, nel riaffermare i principi che ne sono alla base - solidarietà, universalità e equità - purtroppo oggi “conceppi a rischio” per il difficile momento di vita del Paese, si impone una profonda analisi e riflessione, per individuare criticità e proporre nuovi paradigmi per l’azione. Il testo presenta contributi scientifici di Geddes da Filicaia e Maciocco estratti da Sistema Salute. La rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute e interventi al Convegno sul tema organizzato da SItI Umbria, tenutosi a Perugia il 13 dicembre 2018, che ricorda, tra l’altro, il ruolo della Scuola di Igiene di Perugia guidata da Alessandro Seppilli, uno dei padri della Riforma Sanitaria. Un vivace apporto al dibattito sulla attuale delicata fase della nostra Sanità - e non solo - è garantito dalla collaborazione con salute internazionale.info: contributi che ampliano l’orizzonte del dibattito a problemi etici, alla questione impellente delle disuguaglianze sociali in salute, ad esperienze di nuove strategie organizzative ed operative nell’odierno contesto di salute-malattia.

LA SALUTE UMANA pubblicata a cura del
CENTRO SPERIMENTALE PER LA PROMOZIONE
DELLA SALUTE E L'EDUCAZIONE SANITARIA
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PERUGIA



Nel 1978, esattamente quattro decenni fa, 134 Stati membri dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, 67 agenzie internazionali e organizzazioni non governative, riuniti nella conferenza di Alma Ata, convennero su un elemento fondante: la primary health care costituiva l'unica strategia per raggiungere "la salute per tutti". La politica sanitaria di Alma Ata coniugava salute, diritti umani, giustizia sociale per rendere universalmente accessibili i servizi sanitari essenziali. La primary health care garantiva il contesto concettuale e organizzativo per strutturare i servizi sanitari, dalle famiglie agli ospedali, dalla prevenzione alla cura. Oggi, essa torna al centro dell'attenzione della sanità pubblica come sottolineato già nel 2008 nel World Health Report dell'OMS Primary health care, now more than ever. Centro delle cure primarie, Il Distretto, il territorio, nella visione di chi scrisse la nostra Riforma sanitaria, anch'essa 40 anni fa, deve costituire il luogo dove il cittadino trova le risposte ai propri bisogni di salute.

Il volume presenta una selezione di articoli pubblicati sulla rivista "Sistema Salute. La rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute" nel periodo 2011 – 2017: da professionisti e studiosi di Emilia Romagna, Friuli, Lazio, Marche, Piemonte, Toscana e Umbria esperienze e riflessioni per sostenere e migliorare il Servizio Sanitario Nazionale.

Esperienze significative: sanità d'iniziativa, gestione integrata della cronicità, mappatura della fragilità, azioni di comunità nel progetto Microaree, Information Communication Technology e servizi integrati domiciliari, infermiere delle cure primarie, educazione terapeutica del caregiver, ospedale di comunità. Per una nuova sanità pubblica centrata su: distretto, casa della salute, partecipazione della comunità, promozione della salute e continuità delle cure.

Una lettura raccomandata a tutti gli attori della sanità e, in particolare, ai professionisti dei servizi territoriali, sollecitati a elaborare e adottare buone pratiche per l'integrazione, la partecipazione e l'equità e a produrre report delle tante significative esperienze nelle nostre regioni.

Finito di stampare nel mese di marzo 2020

Per gli autori

La rivista pubblica

Editoriali, contributi di impostazione concettuale, rassegne, rapporti di ricerche, esperienze, atti di congressi, dibattiti, notiziario.

Gli Editoriali sono pubblicati solo su invito da parte del Comitato di Redazione.

L'accettazione degli Articoli per la pubblicazione è soggetto alla valutazione dei referee.

Gli Autori sono invitati a modificare i documenti in relazione alle eventuali osservazioni dei referee, altrimenti l'articolo non verrà pubblicato. I nomi dei referee non sono comunicati agli Autori. Gli Autori sono pienamente responsabili dei loro scritti.

Il testo degli articoli, in formato word, non deve superare i 40.000 caratteri (spazi inclusi), oltre a riassunti e bibliografia.

La prima pagina deve contenere:

- il titolo (inglese e italiano)
- 3/5 parole chiave (inglese e italiano)
- riassunto (inglese e italiano)

I riassunti devono essere organizzati come segue: obiettivi, metodi, risultati, conclusioni.

Nome del/degli Autore/i (nome per esteso e cognome) e affiliazione. La Bibliografia deve essere redatta secondo il Vancouver Style. Per la corrispondenza, deve essere indicato indirizzo completo, numero di telefono, numero di fax ed e-mail dell'autore di riferimento.

Tabelle e figure (al massimo sei) devono essere inviati come file individuali in formato Pdf, numerati progressivamente nell'ordine in cui sono citati, completati dalla didascalia. Devono essere prodotti esclusivamente in scala di grigio. Tabelle e dati provenienti da documenti che sono stati già pubblicati devono essere accompagnati dall'autorizzazione scritta dell'autore.

Diritti d'autore

La proprietà letteraria e artistica di quanto pubblicato è riservata alla Rivista. È autorizzata la riproduzione, anche parziale di quanto pubblicato purché ne sia citata la fonte.

Conflitto d'interesse

Alla fine del testo, nella voce "Conflitti d'interesse dichiarati" gli autori devono indicare eventuali rapporti finanziari e personali con altre persone o organizzazioni che potrebbero influenzare impropriamente il loro lavoro. Esempi di potenziali conflitti d'interesse: lavoro, consulenze, partecipazione azionaria, onorari, testimonianze di esperti pagati, domande di brevetto/registrazione, sovvenzioni o altri finanziamenti.

Tutti i contributi devono essere inviati via e-mail a: paola.beatini@unipg.it



