

Evoluzione o cambiamento dei sistemi sanitari: verso un nuovo paradigma

Giovanni Bertin (Università Ca' Foscari Venezia, Italia)

Abstract The health systems of European countries have been interested by a lot of changing processes that have taken different characteristics in the single countries. The changing process hasn't been linear but characterized by reforms and counter reforms. The demographic, socio-economic and epidemiological changings need to a structural change, able to move the focus of the health system from the hospital to the community care. The keywords of this new change are: care focused on the person, coordination and integration of different professionals, the work with and within the community. These issues are influencing the development of the social innovation in the local health systems.

Sommario 1. Le fasi del cambiamento. – 2. Il cambiamento strutturale: verso la community care. – 3. Conclusioni.

Analizzando i processi di sviluppo di sistemi sanitari dei paesi occidentali è facile notare la loro forte dinamicità e continua evoluzione. Del resto, tali sistemi si caratterizzano per insistere su alcuni fattori di instabilità che possono essere ricondotti:

- all'evoluzione delle patologie alle quali i sistemi sanitari devono rispondere. Tali sistemi operano sugli effetti prodotti nei singoli individui dai loro percorsi di vita. L'inquinamento, la turbolenza dei sistemi economici e sociali, i cambiamenti demografici sono tutti fattori che finiscono per creare effetti sulla salute delle persone e modificare il quadro delle patologie sulle quali il sistema sanitario agisce;
- alla dimensione tecnologica. Secondo alcuni autori i sistemi sanitari costituiscono il contesto organizzativo che presenta una maggior complessità e dinamicità sul piano tecnologico. Se il termine tecnologia lo utilizziamo nella sua accezione più ampia e comprendiamo anche l'insieme delle conoscenze che caratterizzano le identità professionali di quanti operano nel settore, ne deriva una chiara evidenza dell'estrema instabilità ed evolutività di questa fondamentale dimensione del processo di cura;
- al processo di apprendimento dei bisogni e all'evoluzione di alcuni fenomeni sociali legati al consumerismo sanitario (Maturo, Conrad 2010) da una parte, e alla medicina difensiva che spinge verso l'aumento degli esami diagnostici dall'altra che hanno attivato un aumento della domanda e dei costi dei sistemi sanitari. Tale spirale ha messo in crisi il fragile equilibrio fra spesa sociale e prelievo fiscale attivando una forte domanda di cambiamento;
- alle criticità emerse dall'analisi del funzionamento dei sistemi sa-

nitari, riconducibili alla burocratizzazione dei processi di lavoro, all'aumento dell'insoddisfazione dei pazienti legata spesso ai tempi di attesa, all'emergere delle forti disuguaglianze di salute e di fruizione dei servizi sanitari;

- al processo di acquisizione e diffusione del sapere sulle problematiche della salute che con internet ha subito un processo di profonda trasformazione, tale da mettere in crisi il tradizionale rapporto di potere che governa la relazione medico-paziente;
- all'interdipendenza di questi diversi fattori di criticità. Si pensi, per esempio, agli effetti della crisi economica sull'uso dei servizi sanitari. Numerose ricerche (Costa et al. 2012; Cislaghi, Sferrazza 2013; Bertin 2014) hanno evidenziato l'effetto di scoraggiamento all'uso dei servizi sanitari ed il formarsi di beni sanitari primari e irrinunciabili (per esempio: diagnosi, esami e ricoveri) ed altri secondari che diventano fruibili sono in presenza delle condizioni economiche che lo consentono (per esempio: odontoiatria, riabilitazione, prevenzione).

Tutte queste dinamiche sono compresenti nei processi che, negli ultimi trent'anni hanno influenzato i cambiamenti nei sistemi sanitari.

In questo articolo si cercherà di ripercorrere il percorso del cambiamento che ha caratterizzato il consolidamento dei sistemi di welfare in generale e dei sistemi sanitari in particolare. L'ipotesi del lavoro è che tale cambiamento possa essere definito di tipo continuo ma sconnesso. Queste caratteristiche hanno modificato solo parzialmente la struttura del sistema e non hanno risolto le criticità che lo hanno attivato. L'attuale fase di cambiamento deve fare i conti con questa situazione ed affrontare una domanda di cambiamento discontinuo e strutturale, capace di confrontarsi con le dinamiche (turbolente) estere al sistema, che riguardano la situazione sociale, quella economica e quella ambientale.

1 Le fasi del cambiamento

I sistemi sanitari dei paesi occidentali sono stati interessati dal susseguirsi di processi di cambiamento. Toth (2010) studiando gli ultimi 30 anni di storia dei sistemi sanitari ha individuato almeno tre ondate, ognuna delle quali rappresentabile da specifiche parole chiave. Possiamo, infatti, parlare di: i) una prima fase caratterizzata dalla separazione e dalla competizione; ii) una seconda fase orientata all'integrazione e alla regolazione; iii) ed una terza fase focalizzata sulla qualità dei servizi e sui diritti dei pazienti.

1.1 Separazione e competizione (periodo 1980-1990)

Gli anni Ottanta sono stati caratterizzati dal prevalere della cultura liberista e dalla speranza nella capacità del mercato di consolidare il processo di sviluppo economico che aveva caratterizzato il periodo precedente. L'aumento della libertà di azione degli attori economici, la liberalizzazione e de-regolamentazione delle dinamiche del mercato e la privatizzazione delle imprese sono processi, tipici del dibattito economico, che sono stati considerati in grado di risolvere anche le criticità della pubblica amministrazione. Questo cambiamento culturale trova, per altro, origine anche nelle prime evidenze dell'eccessiva burocratizzazione (ed in alcuni casi dal clientelismo) che aveva accompagnato la prima fase di sviluppo dei sistemi di welfare. Anche la logica della regolazione basata sulla programmazione pubblica aveva, infatti, evidenziato alcune importanti criticità. L'impianto culturale partiva dal presupposto che le dinamiche della concorrenza fossero in grado di governare anche la produzione dei beni pubblici e non solo di quelli privati. Partendo da questa impostazione si è fatto avanti un percorso riformatore che ha cercato di riportare nei servizi sanitari la cultura ed i processi di produzione tipici delle imprese manifatturiere o dei servizi di produzione di beni privati. La cultura neo liberista, la privatizzazione delle organizzazioni di produzione dei servizi sanitari e la logica del new public management hanno portato ad una separazione fra la fase di acquisto e quella di erogazione delle prestazioni sanitarie, ed alla definizione delle condizioni che consentono ai produttori dei servizi di competere fra di loro. L'ipotesi su cui poggiava questa impostazione era riconducibile alla capacità di regolazione del mercato. A questo proposito Toth sostiene che «anche nel settore delle cure sanitarie, il programma di riforma lanciato all'inizio degli anni Novanta aveva l'obiettivo di introdurre i meccanismi tipici del mercato e di sviluppare la concorrenza. L'obiettivo di far crescere l'efficienza e la competizione fra le varie componenti del sistema sanitario è stato perseguito seguendo differenti strategie, realizzate in modo differenziato fra i diversi governi nazionali» (Toth 2010, p. 82). Pur utilizzando diverse strategie, i processi riformatori non hanno prodotto i risultati di efficienza attesi e l'introduzione della concorrenza non ha frenato l'aumento dei costi dei sistemi sanitari. Inoltre, le dinamiche della concorrenza hanno evidenziato la difficoltà di regolare i processi di produzione dei beni comuni.

1.2 Integrazione e regolazione (periodo: 1990-2000)

Le difficoltà evidenziate dal processo riformatore e i cambiamenti nel dibattito economico e politico hanno aperto una seconda fase di revisione dei sistemi sanitari. Il tentativo si risolveva in problemi della regolazione

pubblica spostando l'asse sulle dinamiche del mercato e della concorrenza aveva fatto emergere altri fattori di criticità. Laratta (2010), con le sue ricerche, ha evidenziato che la privatizzazione diffusa e l'adozione di logiche meramente di mercato nella gestione dei servizi di welfare presenta quattro ordini di problemi: produce una distribuzione territoriale dei fornitori (privati profit e non) scollegata all'espressione del bisogno; rischia di produrre una perdita di identità nel no-profit (rischio di comportamento isomorfo rispetto al privato profit); delegittima la funzione dello stato minandone il ruolo di attore dei processi redistributivi e di garanzia contro i rischi di disgregazione sociale; porta con sé un aumento delle disegualianze sociali. Anche gli studi di natura economica hanno evidenziato la scarsa efficienza delle dinamiche della concorrenza (quantomeno quando diventa la strategia esclusiva di regolazione del sistema) nella regolazione dei sistemi che governano la produzione di beni pubblici. Questi lavori di ricerca portano a concludere che l'introduzione di logiche di mercato e di aziendalizzazione nella gestione dei servizi sanitari ha mostrato la necessità di sperimentare altre strade, capaci di tener conto della specificità dei sistemi sanitari. Questi elementi di criticità ed il dibattito che ne è scaturito hanno avviato la seconda fase di cambiamento. Toth sostiene che «muovendo verso una direzione opposta da quella introdotta dalla prima ondata (di cambiamento), alcuni governi hanno preferito forzare il ruolo dei fornitori privati, riducendo (ufficialmente o solamente nella pratica), la libertà di scelta garantita ai pazienti. Inoltre, in alcuni stati quali la Francia, la Gran Bretagna e la Nuova Zelanda, aumenta il potere dell'autorità pubblica locale di pianificare e regolare le cure sanitarie e sono state introdotte nuove obbligazioni e nuovi controlli nella pratica della medicina» (Toth 2010, p. 84).

Anche questi processi, orientati alla ricerca di un riequilibrio fra le dinamiche del mercato e quelle della regolazione pubblica, hanno assunto forme diverse nei singoli paesi, in relazione alle specifiche dinamiche dei contesti (attori sociali, forse politiche, loro ruoli e capacità rivendicative ecc.) territoriali.

1.3 Qualità dei servizi e diritti dei pazienti

Secondo Toth (2010, p. 85) i problemi che hanno attivato la riforma degli anni '80 rimangono più o meno inalterati fino agli anni 2000. La spesa sanitaria ha continuato a crescere e ad incidere sempre più sul prodotto interno lordo dei singoli stati. D'altra parte la possibilità di scelta dei cittadini è rimasta limitata ed in molti stati i cittadini hanno manifestato insoddisfazione per il funzionamento dei servizi sanitari. Questi elementi hanno fatto perdere di forza propulsiva le parole d'ordine che avevano caratterizzato il periodo precedente. La tensione alla privatizzazione ed al

mercato cala di centralità e si fanno strada orientamenti che richiamano l'attenzione dei decision maker verso la qualità dei servizi sanitari e verso i diritti dei pazienti. Le riforme avviate, nel periodo che va dalla fine del secolo scorso ai primi anni del nuovo, in paesi quali l'Olanda, la Nuova Zelanda, la Svezia, la Francia e la Germania, propongono alcuni diritti fondamentali lungo i quali ripensare i servizi di welfare. In particolare si riconosce il diritto di «ricevere adeguate informazioni relativamente al proprio stato di salute ed alle possibili opzioni di cura, di avere accesso ai propri dati sanitari, di essere trattati con dignità, di avere il rispetto alla propria privacy, di ottenere una seconda opzione riguardo alla propria diagnosi, di esprimere le proprie lamentele, di non avere tempi di attesa troppo lunghi» (Toth 2010, p. 85).

L'analisi di questo lungo processo di riforma, che ha accompagnato i sistemi sanitari dei paesi occidentali, evidenzia l'assunzione di caratteristiche diverse, nei tempi e nelle forme. Per altro, risulta difficile individuare l'effetto puntuale dei diversi fattori che hanno influenzato tali dinamiche di cambiamento. Possiamo solo riprendere una lista di elementi che le ricerche (Vrooman 2013) indicano come fattori generativi delle politiche di welfare. La struttura socio-economica dei paesi, il sistema politico di appartenenza, la matrice culturale che orienta il comportamento e la capacità rivendicativa dei diversi attori sociali (i professional, i cittadini, i decisori pubblici), le caratteristiche ed il comportamento strategico del terzo settore e delle imprese profit, sono tutti fattori che concorrono a definire le linee di indirizzo che hanno influenzato il processo riformatore. Toth conclude la sua ricerca affermando che si tratta di un percorso travagliato: «questo articolo mostra come il processo di definizione delle politiche, all'interno del settore sanitario, non è di tipo lineare. In larga parte è un processo contraddittorio, ricorrente e circolare, che evolve tra riforme e controriforme» (Toth 2010, p. 88).

La rilettura del processo di cambiamento consente anche di constatare che si tratta di un cambiamento endogeno, teso ad aumentare l'efficienza del sistema nel suo complesso e che, in quanto tale non assume mai le forme del cambiamento strutturale. Solo nel nuovo secolo si pone con forza il problema della necessità di rivisitare le forme dei sistemi sanitari in relazione alla domanda di riforma attivata dai cambiamenti sociali, economici ed epidemiologici. Quello che si sta profilando all'orizzonte dei sistemi sanitari nei singoli paesi è un cambio di passo del processo riformatore, le modifiche attivate o in via di attuazione presentano una discreta discontinuità rispetto al percorso riformatore degli ultimi anni.

2 Il cambiamento strutturale: verso la community care

Analizzando gli attuali processi di riforma si può facilmente notare che le parole chiave richiamano ad uno spostamento del centro del processo di cura dall'ospedale al territorio. Primary care, cure primarie, assistenza primaria sono le parole chiave più evocate dal dibattito e dagli strumenti normativi. Questo processo di spostamento del focus non può essere affrontato solo con un consolidamento delle attività svolte nel territorio. Questa interpretazione 'continuista' non sarebbe in grado di affrontare le nuove sfide poste dai cambiamenti esterni al sistema. Il dibattito e le esperienze in atto evidenziano che questi termini sottendono (ed evocano) un cambiamento di paradigma, attorno al quale si stanno ridefinendo i processi e le dinamiche del processo di cura. Ripensare ad un nuovo paradigma del lavoro di cura con riferimento alla primary care (o meglio community care) risulta oggi difficile. Stiamo, infatti, attraversando una fase di trasformazione di natura sperimentale, che necessita di essere approfondita. È forse più utile provare a definire gli aspetti entro cui si sta sviluppando questo processo ed indicare le piste che segnano l'innovazione in corso.

Per marcare le piste del cambiamento e di costruzione di un nuovo paradigma di processi organizzativi che insistono sul lavoro di cura svolto nel territorio, è possibile scomporlo con riferimento alle interazioni che lo caratterizzano. In questa prospettiva possiamo immaginare che l'innovazione deve essere analizzata relativamente alle dinamiche medico-paziente, a quelle fra i diversi professionisti ed infine a quelle con gli altri attori della comunità. La specificazione di queste tre direzioni dell'innovazione spingono ad adottare il termine community care come riferimento capace di rappresentare la complessità delle direzioni che devono essere considerate.

Seguendo la strada indicata da Toth (2010), che ha cercato delle parole chiave capaci di rappresentare la cultura che ha caratterizzato le diverse ondate del cambiamento, possiamo proporre di considerare: «il lavoro di cura centrato sull'utente» come la cifra del cambiamento nelle relazioni fra chi eroga e chi riceve la prestazione; «il lavoro in team» come la strada da seguire per cambiare le relazioni fra i professionisti; e la «network governance» come processo di governo delle dinamiche con e nella comunità.

Tabella 1. Cure primarie e innovazione

	Innovazione sociale	Innovazione tecnologica
Relazione medico-paziente (coinvolgimento nel percorso di cura)	<p>LAVORO DI CURA CENTRATO SUL PAZIENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • approccio olistico • identità professionale e bilanciamento Evidence Based Medicine con Narrative Based Medicine • empowerment 	<ul style="list-style-type: none"> • libretto sanitario elettronico • social network
Relazione fra i professionisti	<p>COORDINAMENTO E INTEGRAZIONE PROFESSIONALE (orizzontale e verticale)</p> <ul style="list-style-type: none"> • identità e integrazione professionale • lavoro in team • gestione della cronicità 	<ul style="list-style-type: none"> • cartella sanitaria condivisa • social network • e-research method
Relazione con (e per) la comunità	<p>LAVORO DI COMUNITÀ</p> <ul style="list-style-type: none"> • integrazione delle politiche • promozione della salute • riduzione delle disuguaglianze di salute • network governance 	<ul style="list-style-type: none"> • social-network • e-democracy

2.1 Innovazione sociale e relazione medico-paziente

La letteratura che si occupa di primary care concorda nel considerare l'importanza di un approccio clinico centrato sull'utente. A fronte di questa condivisione, però, non troviamo una chiara e univoca definizione di cosa s'intende con questo concetto. Mead e Bower (2002) hanno fatto una rilettura critica del dibattito cercando di definire alcuni elementi che consentissero di pensare alla centralità dell'utente non solo come un approccio generico ma come vero e proprio modello di gestione del processo di cura. Gli elementi definatori utilizzati attengono a: «l'esplorazione dei disturbi e delle esperienze di malattia, la comprensione della persona nella sua globalità, la ricerca di un terreno comune di gestione (della malattia), l'inclusione delle attività di prevenzione e di promozione della salute, lo sviluppo della relazione medico-paziente, l'essere realistici relativamente ai limiti e alle risorse personali» (Mead, Bower 2002, p. 51). Una prima lettura di questa definizione evidenzia la compresenza di diverse dimensioni che attengono all'attenzione alle diverse componenti (psico-fisiche

e sociali) della persona, ma anche alla costruzione di un processo di comunicazione capace di coinvolgere il paziente nell'analisi e nella gestione del processo di cura.

A conclusione della loro definizione del modello centrato sul paziente, questi autori propongono cinque aspetti fondanti, riconducibili alla necessità di:

- considerare la persona nella sua interezza, prestando attenzione alla dimensione biologica, psicologica e sociale;
- tenere presente che il paziente è una singola persona con percezioni e modi di considerare la propria condizione di malattia;
- condividere il potere e le responsabilità, avendo attenzione alle preferenze dei pazienti e alla necessità di scambiare le informazioni e coinvolgere il paziente nel processo che porta alla scelta della cura;
- prestare attenzione alla costruzione del rapporto di alleanza terapeutica basata sulla condivisione degli obiettivi da perseguire;
- tenere presente che anche il medico è una persona, influenzato nella pratica professionale ma anche dalle proprie qualità personali e dalla propria soggettività.

Questa impostazione pone il problema della cultura che orienta l'agire professionale del medico.

2.1.1 Lavoro di cura centrato sul paziente e identità professionale

L'attenzione alla soggettività ed alla globalità della persona sono, infatti, difficilmente riconducibili all'interno di un sapere medico ed un ragionamento clinico centrato esclusivamente sul sintomo e sulla distribuzione statistica di test diagnostico-laboratoriali. Tali distribuzioni statistiche sono costruite per analizzare una popolazione relativamente ad un parametro che può avere un diverso grado di associazione con una determinata patologia. Ma tale relazione non tiene conto delle infinite variabili che spiegano la condizione del singolo individuo. In altre parole, la necessità di tener conto della persona nella sua complessità (seguendo un approccio olistico) mal si concilia con un ragionamento parcellizzato che ne considerare separatamente le diverse componenti. Giarelli (2010, p. 55), a questo proposito, sostiene che «quando il medico cerca di applicare i risultati della ricerca scientifica al caso clinico che ha di fronte, si crea immediatamente una sorta di dissonanza cognitiva». La dissonanza è prodotta dall'impossibilità di tener conto della complessità e unicità della singola persona. La discrasia fra la dimensione clinica affrontata attraverso l'analisi dei sintomi e perseguita attraverso l'interpretazione dei singoli parametri su base statistica, la dimensione sistemica del funzionamento del corpo umano e la rielaborazione personale del vissuto della malattia da parte del paziente, necessitano di una ricomposizione in chiave olistica. La complessità di

questo processo è data dalla compresenza di alcuni fattori che influenzano il processo di cura, in particolare possiamo parlare di:

- un confronto fra la segmentazione delle informazioni cliniche e la necessità di considerarle (e ridefinirne la rilevanza) in una prospettiva globale;
- un confronto fra l'interpretazione dei dati (oggettivi e/o soggettivi) clinici fatta dal medico o dal paziente alla luce del proprio vissuto esperienziale, che contiene anche implicazioni emotive vs cognitive fortemente differenziate.

Questi elementi di complessità, rivisti alla luce di un approccio centrato sul paziente, evidenziano la necessità di costruire un processo di cura che combini il contributo 'analitico' fornito dalle evidenze (proprie della cultura della Evidence Based Medicine) con quello 'comprensivo' fornito dalla ricostruzione delle caratteristiche originali insite nelle storie personali (Narrative Based Medicine). La complessità di questa integrazione è legata anche ai paradigmi scientifici sottesi da queste diverse esigenze che attengono all'idea positivista, da una parte, ed ermeneutica, dall'altra, di costruzione della conoscenza.

2.1.2 Lavoro di cura centrato sul paziente e processi di comunicazione

Un ulteriore elemento di complessità è legato alla scelta, insita nella logica dell'intervento centrato sull'utente, di assegnare grande rilevanza ai processi di comunicazione fra chi eroga e chi riceve la prestazione sanitaria. Kreps (2009, p. 348) sostiene che l'efficacia delle cure sanitarie e dei processi di promozione della salute dipendono dalla capacità di risolvere positivamente gli elementi di ambiguità che caratterizzano le situazioni complesse. Nel nostro caso si tratta di sviluppare un confronto fra i fruitori dei servizi e gli attori chiamati ad erogare le prestazioni. Tale confronto deve consentire agli attori di attivare un processo di costruzione di senso (Weick 1997). Secondo Weick ogni attore sociale è portatore di proprie mappe cognitive, attraverso le quali interpreta le informazioni che incontra. Quando le informazioni risultano nuove e non sono facilmente interpretabili si attiva un meccanismo (sense making) che porta allo sviluppo di tali mappe. È questo processo di ridefinizione delle conoscenze che consente di dare senso allo scambio delle informazioni. Partendo da questa impostazione della comunicazione, possiamo assumere che il coinvolgimento attivo del paziente nel processo di cura comporta lo sviluppo di una comunicazione capace di ridurre le ambiguità legate alle diverse mappe cognitive degli attori (medico e paziente) che entrano in relazione. Questo meccanismo di comunicazione deve, di fatto, consentire di attivare un processo di costruzione di significati condivisi.

Kreps (2009) sostiene che, per riuscire ad attivare un processo di sense making, chi gestisce e chi riceve la prestazione devono:

- «impegnarsi in regolari contatti comunicativi con le organizzazioni chiave esterne e rappresentative dell'ambiente per identificare gli argomenti centrali e trattare le informazioni ambigue;
- rimanere vitali ed efficienti, trattare le informazioni con lo stesso grado di ambiguità. Se trattano informazioni ambigue come se fossero chiare (senza costruire un appropriato ciclo del comportamento comunicativo) è probabile incorrere in errori fatali, perché reagiranno impropriamente agli input. Se maneggiano informazioni inequivocabili come se fossero equivoche (producendo una variabilità di interazioni dubbie) possono distruggere le energie organizzative;
- sforzarsi di registrare accuratamente il livello di ambiguità nelle informazioni che raccolgono, costruire un ciclo del comportamento comunicativo appropriato, in risposta agli input, ed elaborare gli input ambigui producendo output desiderabili per l'organizzazione. Attenzione deve essere data nel valutare accuratamente gli input informativi;
- facilitare l'adattamento organizzativo all'ambiguità informativa producendo connessioni in tutto il sistema delle cure sanitarie, il suo ambiente pertinente, e attivare interazioni con gli attori chiave (risorse informali) sulle azioni difficili. I clienti delle cure sanitarie e i fornitori devono chiedere in merito alle questioni rilevanti quando elaborano input informativi difficili e lavorare con gli altri quando affrontano compiti troppo complessi per loro da comprendere individualmente;
- concentrarsi meno sulle azioni individuali e di più sui comportamenti comunicativi intrecciati da gruppi indipendenti dai membri dell'organizzazione. Il processo di controllo interno al sistema di cure sanitarie si realizza attraverso relazioni tra individui, piuttosto che da singoli individui;
- sviluppare programmi di formazione nelle organizzazioni sanitarie enfatizzando: il lavoro di squadra; gli incontri quotidiani e settimanali tra membri dell'organizzazione; le azioni di problem-solving. Si possono formare gruppi di sostegno sociale per intrecciare i comportamenti comunicativi necessari per l'adattamento;
- prestare attenzione a trattenere le informazioni rilevanti sulle modalità di gestione della cura e sulle situazioni di promozione della salute. Ogni attività precedente di cura e di promozione della salute costituisce un precedente ed un punto di confronto per le attività future» (Kreps 2009, p. 348).

Questi punti sottolineano la rilevanza delle modalità di gestione della comunicazione per ridurre l'ambiguità interna. È il confronto fra gli attori che

consente di far emergere le strutture cognitive attraverso le quali i soggetti interpretano le informazioni scambiate. Tale confronto attiva un processo di sense making che può portare alla costruzione di mappe cognitive condivise e, conseguentemente, consentire lo scambio di conoscenze e informazioni. Kreps (2009), infine, ci ricorda che questo processo non deve essere chiuso all'interno delle organizzazioni che erogano le prestazioni sanitarie, ma deve coinvolgere tutti gli stakeholder interni ed esterni al sistema sanitario.

2.2 Innovazione di processo e relazione fra professionisti

La professione medica ha costruito la sua identità ed i propri codici di riconoscimento attorno ad un sapere specialistico che ha trovato la sua massima espressione nello sviluppo dei sistemi ospedalieri. Questo tipo di sviluppo dell'identità e del sapere ha portato a considerare (dagli utenti, ma in parte anche dagli operatori sanitari) medici ospedalieri come portatori del vero sapere e quelli territoriali come ancelle organizzative e 'burocratiche' del sistema. Questa idea del sapere medico si sposa, per altro, con l'idea di sapere scientifico basato sulla scomposizione delle variabili che possono determinare una specifica condizione clinica, a fronte di un approccio olistico che cerca di costruire una valutazione clinica come prodotto complesso delle condizioni fisiche, psichiche e sociali che caratterizzano la singola persona. Questa rappresentazione, sicuramente semplicistica, delle identità professionali è stata messa in crisi dalla carta di Ottawa che ribadisce la centralità del territorio e la necessità di integrare un sapere specialistico con uno di tipo olistico che considera le persone nella loro globalità. Fino ad ora questi saperi sono stati vissuti dai professionisti, ma anche dagli utenti dei servizi, come gerarchicamente sequenziali, per cui si tende a pensare che il vero sapere è quello specialistico. Questi stereotipi culturali finiscono per creare l'idea di figure professionali (i medici in particolare) di serie A e di serie B, dove, ovviamente la serie A è rappresentata dal sapere specialistico. Un altro elemento che differenzia le culture professionali della sanità riguarda il contesto organizzativo. Da una parte si parla di medici ospedalieri e dall'altra di medici che operano nel territorio (si tratti di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta o specialisti ambulatoriali). Nel primo caso si tratta di professional che agiscono come dipendenti all'interno di sistemi organizzativi complessi, mentre nel secondo di liberi professionisti abituati a lavorare da soli. Ovviamente le culture organizzative e le abitudini nella gestione della quotidianità professionale risultano profondamente diverse. L'autonomia decisionale, il rapporto con autorità e potere, la necessità di condivisione e di organizzazione del tempo sono profondamente diversi e, conseguentemente, portano a sviluppare competenze organizzative diverse (saper stare in una organizzazione complessa versus autonomia e intrapresa).

Queste diverse culture organizzative e identità professionali non hanno nel tempo sviluppato capacità d'integrazione, ma anzi diffidenza e scarsa legittimazione reciproca. Lo sviluppo di un sistema territoriale non può prescindere dalla legittimazione reciproca delle professioni in campo e dalla ridefinizione di un sapere integrato, capace di far sintesi delle specializzazioni e della loro integrazione.

Tabella 2. Identità e professioni

	Ospedale	Territorio
Natura sapere	Specialistico	Olistico
Relazioni fra professional	Intra-professionale (fra saperi specialistici)	Inter-professionale (fra professioni e organizzazioni)
Cultura	Professione e organizzativa	Professione

Le parole chiave sulle quali si gioca la centralità del territorio nel lavoro di cura sono riconducibili, quindi, alla legittimazione di un sapere olistico che deve essere in grado di integrare le diverse conoscenze e prospettive dei professionisti che possono essere coinvolti.

2.2.1 Identità e integrazione professionale

Possiamo parlare di integrazione fra professioni (operativa) con riferimento alle pratiche di co-azione da parte dei singoli professionisti che si trovano ad agire sullo stesso caso. Le esperienze d'innovazione riguardano l'integrazione fra:

- medici di medicina generale e medici specialistici che operano nel territorio;
- medici (in generale) che lavorano nel territorio e che gestiscono le cronicità e medici che lavorano nell'ospedale e intervengono (prevalentemente) nelle condizioni di acuzie della malattia;
- medici del territorio con altre figure sanitarie che operano nel territorio o nelle strutture ospedaliere;
- professioni sanitarie, in generale, con quelle non sanitarie sociali, educative (ecc.) che intervengono nel lavoro di cura.

La centralità dei processi di integrazione e la necessità di ripensare al paradigma che caratterizza le professioni sanitarie verso logiche di tipo olistico è, del resto, ben presente nelle esperienze di innovazione dei servizi di primary care. Uno studio della realtà francese, per esempio, ha analizzato l'identità dei medici che lavorano in questo tipo di servizi sanitari. Tale studio ha evidenziato che le motivazioni intrinseche (Sicsic, Le Vaillant, Franc 2012) al lavoro di cura sono riconducibili a:

- l'importanza dello scambio fra medici di base e specialisti relativamente alla situazione del paziente;
- lo sviluppo di attività di tutoraggio e insegnamento;
- l'erogazione di attività di prevenzione in relazione all'abuso di alcool e al fumo;
- la prevenzione contro l'obesità;
- il coinvolgimento nelle reti di cura;
- la soddisfazione dell'attività professionale;
- il lavoro considerato professionalmente gratificante;
- la partecipazione alle pratiche di valutazione professionale.

Ma gli elementi che sembrano maggiormente in grado di definire l'identità sono riconducibili: all'attività di integrazione fra medici di base e specialisti e all'attività di prevenzione. Questi due elementi sono certamente indicatori di un cambiamento di orientamento che sposta l'asse dell'identità dalla specializzazione all'integrazione delle competenze e dalla cura alla prevenzione. Questo spostamento verso la ricomposizione delle conoscenze non riguarda, però, solo l'identità professionale, ma ha anche delle ripercussioni sui processi organizzativi che guidano il percorso di cura. In questa prospettiva diventa centrale lo sviluppo del lavoro in team.

2.2.2 Dal lavoro individuale al lavoro in team

Numerosi studi sono stati fatti relativamente agli effetti prodotti dall'introduzione di logiche di lavoro in team nella gestione della primary care. I risultati emersi da questi lavori non sono sempre concordanti. Jesmina (Jesmina, Thinda, Sama 2012), nella loro analisi della situazione prodotta in Canada con l'introduzione di processi di lavoro in team, mostrano che «la maggior parte dei processi e degli indicatori di outcome, come l'accesso alle cure fuori orario, la qualità della cura, la continuità della cura, la fiducia nel sistema, l'utilizzo dei servizi di assistenza fisica e dei servizi infermieristici, l'orientamento alla persona, la globalità di approccio alle cure, le iniziative di prevenzione e promozione della salute, sono tutti aspetti positivamente associati alle pratiche di lavoro in team. Mentre non ci sono relazioni significative per le difficoltà di accesso, il coordinamento nei processi di follow-up ed in generale nei processi di coordinamento» (Jesmina, Thinda, Sama 2012, p. 79). Questi autori, in definitiva, con la loro ricerca evidenziano che, dal punto di vista dei pazienti, il lavoro in team ha numerosi effetti positivi che consolidano l'importanza di considerare questo aspetto come uno degli elementi fondanti della medicina territoriale. Questa analisi, sostenuta da una discreta analisi della letteratura, porta gli autori a sostenere che l'organizzazione in team consente di produrre:

- migliori risultati di salute;
- minori tempi di attesa;
- una miglior qualità della cura;
- un maggior grado di empowerment del cliente;
- un aumento della soddisfazione degli utenti;
- una riduzione delle visite ai medici;
- una minor ospedalizzazione;
- un minor uso di medicinali per paziente;
- un aumento dell'erogazione di cure preventive;
- comportamenti più sani;
- una maggior frequenza delle diagnosi precoci.

Anche altri studi fatti nel Regno Unito, in Australia ed in Canada sull'attività dei medici di medicina generale segnalano che il lavoro di gruppo produce una miglior capacità di gestione di alcune patologie croniche (per esempio il diabete, la gestione dell'asma, l'ipertensione ecc.).

Alla base di questi effetti le ricerche segnalano esserci la condivisione delle responsabilità, l'attenzione alla globalità della persona e la maggior attenzione alle attività di prevenzione. I meccanismi che portano ad un miglior risultato in termini di outcome possono essere ricondotti al fatto che (Jesmina, Thinda, Sama 2012):

- la presenza di diverse professionalità consente di distribuire fra tutti i membri del gruppo il lavoro. In particolare questo consente di liberare i medici dal lavoro organizzativo e da quello caratterizzato da una minor complessità clinica, con effetti significativi in termini di efficienza ed efficacia;
- lo sviluppo delle attività di coordinamento ed integrazione che consentono di affrontare meglio i problemi della co-morbilità;
- la possibilità di confrontare saperi e competenze consente di migliorare la performance clinica;
- si generano effetti di scala nell'uso del tempo. È infatti possibile prevedere diversi servizi allo stesso paziente e nello stesso appuntamento;
- l'integrazione fra i medici di medicina generale e gli specialisti che operano nel territorio.

Per altro, non tutti i lavori di ricerca concordano con quest'analisi e alcuni studi segnalano rischi d'inefficienza legati alla difficoltà di lavorare insieme e all'aumento della complessità dei processi organizzativi. In altre parole non basta costruire processi formalmente integrati, ma va costruita una cultura del lavoro di gruppo.

2.3 Innovazione di processo e relazioni con la comunità

La centralità del territorio non significa, per altro, solo uno spostamento delle cure, ma implica anche un cambiamento di prospettiva nel lavoro dei professionisti che si fanno carico non solo dell'affrontare l'insorgenza di una malattia nel singolo individuo, ma sviluppano attenzione alla costruzione delle condizioni che favoriscono lo sviluppo di una vita sana nella comunità. In questa prospettiva, il dibattito fra primary care e primary health care ha una lunga storia (si veda, per esempio, Shoultz, Hather 1977) ed ha contribuito a sviluppare il concetto di community care. Nella prospettiva di «farsi carico della salute nella comunità», la letteratura segnala che le cure primarie possono giocare un ruolo fondamentale nella promozione della salute e nella riduzione delle disuguaglianze di salute. Per altro, assumere la logica della community care pone il problema dell'integrazione fra i diversi attori che compongono la rete dei servizi territoriali e, conseguentemente, dei processi di governo capaci di orientare l'azione dei singoli attori verso lo sviluppo della salute del territorio e dei suoi abitanti.

2.3.1 Community care e promozione della salute

Porterfield (Porterfield et al. 2012, p. 164) sostiene che la posizione dei servizi di primary care risulta strategicamente centrale nella promozione della salute. L'autore ha costruito la sua affermazione proponendo una schematizzazione del processo che contribuisce a produrre, nel lungo periodo, effetti significativi sulla salute dei cittadini. Il focus del processo descritto è riconducibile alla promozione di stili di vita e comportamenti più sani. Questo risultato richiede che le cure primarie producano, nel medio periodo, un miglioramento degli stili di vita, agendo sulle abitudini alimentari, sulla mobilità fisica e sul consumo di tabacco e bevande alcoliche. Gli effetti sugli stili di vita richiedono un impegno della comunità e le cure primarie devono svolgere un ruolo importante nel processo di attivazione degli attori della comunità. Su questi aspetti, per altro, è numerosa la letteratura che evidenzia l'effetto prodotto dal ruolo di counsellor degli operatori sanitari che operano nel territorio e delle dinamiche relazionali che caratterizzano il contesto sociale (mondo vitale). In particolare un capitale sociale caratterizzato da relazioni dense e dalla condivisione delle mappe cognitive sembra svolgere una funzione rilevante nello sviluppo di stili di vita sani. In questa prospettiva, è importante, nel breve periodo, sviluppare un coordinamento con gli altri servizi alla persona, contribuendo a migliorare le pratiche, a renderle più efficienti e sostenibili, a sviluppare nuovi servizi. L'attivazione della comunità richiede che le cure primarie s'impegnino anche per intensificare le relazioni con la comunità, consolidando i processi comunicativi e lo scambio di risorse. Infine lo studio

propone di considerare alcuni fattori che possono rinforzare l'azione di promozione della salute. Tali fattori possono essere ricondotti a:

- le caratteristiche della comunità, con attenzione all'azione dei politici e alle risorse disponibili, ma andrebbero considerati anche altri fattori che caratterizzano il contesto della comunità, come, per esempio, la ricchezza disponibile e le disuguaglianze, la scolarizzazione ed il livello culturale, la coesione ed il capitale sociale ecc.;
- le capacità organizzative del sistema sanitario locale, con riferimento sia agli aspetti strutturali che a quelli relativi ai processi ed alla cultura organizzativa;
- le caratteristiche e la propensione all'innovazione, con riferimento alla capacità di adattamento all'ambiente e alla flessibilità delle organizzazioni, alla loro capacità di lavorare insieme ed alla coerenza o meno delle culture organizzative che caratterizzano i singoli soggetti;
- le caratteristiche dei soggetti che concorrono all'erogazione dei servizi.

Ponendosi in questa prospettiva si riconosce che la dimensione dell'integrazione con l'azione degli attori che operano nella comunità è fondamentale per riuscire ad attivare un processo di promozione della salute. Questa impostazione risulta coerente con l'indicazione del WHO che parla di «health in all policies» (Puska 2007). Questa impostazione porta ad assegnare ai professionisti che operano nel sistema delle cure primarie un ruolo centrale in questo processo. Tale ruolo consente loro di attivare le risorse della comunità, orientandole alla promozione di stili di vita sani, e di promuovere politiche coerenti con lo sviluppo della salute dei cittadini.

2.3.2 Community care e riduzione delle disuguaglianze di salute

Il dibattito e le ricerche hanno evidenziato il problema delle disuguaglianze di salute (Droomers 2004; Costa et al. 2009; European Commission 2013) e della scarsa efficacia dei sistemi di welfare, in generale (Eikemo 2008; Bertin, Campostrini 2014), e di quelli sanitari (Bambra, Eikemo 2009; Braggion et al. 2013), in particolare, nella loro riduzione.

Meno chiaro ed evidente è il ruolo che la primary care può giocare dentro questo dibattito.

Tabella 3. Gli studi sulle disuguaglianze e cure primarie (elaborato da Goodridge 2012)

Droomers and Westert (2004)	Le persone con un basso status socio-economico usano più frequentemente i servizi sanitari ed hanno una maggior prevalenza di co-morbilità
Brega et al. (2005)	I bianchi non ispanici hanno outcome funzionali, prodotti dalle cure a domicilio, migliori di quelli della maggior parte delle persone appartenenti ad altri gruppi etnici
Cho (2005)	La predisposizione ad usare i servizi infermieristici domiciliari è fortemente associata alla richiesta di contribuzione. Le persone con redditi più bassi sono predisposti ad usare i servizi che non richiedono una partecipazione al pagamento, mentre quelli con guadagni alti sono disponibili all'uso di servizi che richiedono una contribuzione. La contribuzione è una forte barriera per l'uso dei servizi domiciliari da parte dei soggetti con i redditi più bassi
Forbes et al. (2006)	Mentre le cure personali sono erogate con la maggior frequenza sia per la popolazione rurale che per quella urbana che soffre di demenza, ci sono differenze relativamente ai servizi infermieristici, lavori domestici, sollievo, visite di altri professionisti sanitari, preparazione dei pranzi e assistenza alle spese familiari. Le persone con demenza ricevono minori cure domiciliari rispetto alle persone non dementi
Guerriere et al. (2007)	La maggior parte dei costi totali (85%) sono privati, comprensivi del costo del tempo (96%). Condizione occupazionale, reddito, scolarizzazione e condizione urbana non sono statisticamente significativi nel modello di regressione. Il modello finale spiega il 42% della varianza delle spese private. Ci sono quattro determinanti e due termini di interazione: età, genere, ADL e numero di condizioni croniche, l'interazione fra l'età ed il numero di condizioni croniche e fra le spesa pubblica e il livello di ADL.
Blomgren et al. (2008)	Persone con livello basso d'istruzione ricevono maggiori aiuti formali. Non c'è un chiaro modello correlato con i quartili di classificazione dei redditi o con la condizione urbana osservata
Brakley, Penning (2009)	Risultati contraddittori nell'accesso delle cure domiciliari nelle principali aree urbane e rurali per i servizi di supporto alle prestazioni infermieristiche domiciliari. L'uso delle cure domiciliari sono differientemente associati con il basso reddito e distribuiti in modo equo fra i diversi quartili di classificazione del reddito
Goodridge et al. (2011)	Le ore di cure domiciliari ricevute o i servizi di supporto alle cure domiciliari sono associati con le diagnosi, l'età, la condizione familiare, ma non associate con la deprivazione materiale

Goodridge (Goodridge et al. 2012, p. 1311), con la sua revisione critica della letteratura, si è occupata di analizzare gli effetti delle cure primarie sulle disuguaglianze di salute. Questo lavoro segnala che «non (si) trovano evidenze che confermano la legge sull'uso inverso della cura. Ci sono disparità nell'uso dei servizi di cura, sebbene tali disparità sembrano a favore delle persone con condizione socio-economica più bassa. Questa revisione ha evidenziato che le persone con bassi redditi e scolarizzazione tendono a

ricevere, con più probabilità, i servizi di cura domiciliare, rispetto a quelli con condizione socio-economica più alta». Queste conclusioni segnalano una situazione contro tendenziale per quanto riguarda questi servizi. In diversi paesi sembra svolgano un ruolo di presidio del sistema che interessa tutta la popolazione, al di là delle differenze socio-economiche dei cittadini. Con il suo lavoro Goodridge (2012) propone di considerare che l'assistenza primaria può costituire l'unità organizzativa in grado di ridurre le disuguaglianze nei processi di uso dei servizi sanitari.

L'orientamento del WHO che pone l'attenzione alla salute come motore di tutte le politiche chiama gli operatori del sistema sanitario ad immaginare che il proprio ruolo va al di là della relazione di cura del singolo paziente. La dimensione del counsellor e quella dell'advisor assumono una dimensione rilevante nella costruzione dell'identità professionale e pongono il problema delle dinamiche della rete del sistema nel quale questi attori si trovano ad agire.

2.3.3 Community care e governo della rete

La necessità di spostare il centro del sistema sanitario verso il territorio si confronta-scontra con i sistemi di potere e con la cultura che ha caratterizzato il sistema sanitario nella sua fase di sviluppo. Il processo di decentramento nel territorio sta evidenziando la forte differenziazione dei contesti ospedale-territorio. Dal punto di vista dei processi di governo il territorio e l'ospedale sono caratterizzati da dinamiche e culture di contesto fortemente differenziate. L'ospedale si è sviluppato seguendo la logica delle grandi organizzazioni (fordista) e della cultura che ha caratterizzato il sapere medico, vale a dire la specializzazione. Questo impianto strutturale e culturale ha portato a sistemi organizzativi relativamente chiusi. Le dinamiche di turbolenza riguardano l'evoluzione dei quadri epidemiologici, dei saperi clinici e delle tecnologie, ma le dinamiche sociali ed i cambiamenti dei sistemi di preferenza degli attori sociali risultano relativamente poco capaci di attivare cambiamento. La relativa chiusura e stabilità ha due implicazioni. La prima riguarda le dinamiche degli attori e la distribuzione del potere. Gli attori chiave che determinano i processi di governo sono, infatti, i manager e i professional. Esistono sicuramente delle dinamiche di influenzamento politico, ma riguardano prevalentemente la nomina degli organismi di indirizzo strategico e, per il resto, seguono dinamiche di tipo informale. La capacità di incidere nei processi reali da parte delle forze sociali, dei cittadini e delle amministrazioni locali è sicuramente inferiore. La seconda riguarda le dinamiche organizzative che si caratterizzano per una cultura di tipo gerarchico e una struttura segmentata in ragione della specializzazione progressiva del sapere scientifico e delle dinamiche di potere fra i gruppi professionali.

Tabella 4. Le differenze di contesto e network governance

	Ospedale	Territorio
Apertura sistema	Bassa	Alta
Complessità	Relativamente bassa	Relativamente alta
Relazioni fra attori	Gerarchia	Rete
Attori chiave	Manager, professional clinici, (politici, regione)	Politici (regione ed enti locali), manager, professional clinici, cittadini, terzo settore
Integrazione	Segmentazione e specializzazione	Coordinamento multi-professionale

Il territorio presenta caratteristiche decisamente diverse. In primis si tratta di sistemi necessariamente più aperti e interessati dalle dinamiche sociali che caratterizzano i singoli contesti locali. Lo spettro delle dinamiche che attivano la domanda è sicuramente più ampio, spesso legato alla presenza di condizioni di disagio sociale non sempre facilmente riconducibile ad un quadro nosologico chiaro. Questa maggior variabilità della domanda è anche temporale nel senso che i cambiamenti sociali si riverberano più direttamente nella definizione di condizioni di disagio che attivano una domanda d'interventi socio-sanitari. Lo spettro ampio di attivazione della domanda e la frequente multidimensionalità che la accompagna hanno come corollario la complessità del sistema, riconducibile alla compresenza di diversi attori che possono essere chiamati in causa: questi attori, inoltre, non sono tutti appartenenti al sistema sanitario ma operano in modo autonomo nello stesso campo di azione: ne consegue che le dinamiche organizzative che caratterizzano le relazioni fra questi attori non sono di tipo gerarchico ma richiamano la metafora della rete. Alta complessità, forte apertura del sistema territoriale e dinamiche di rete implicano una diversa configurazione degli attori coinvolti e delle dinamiche di potere che li connettono. La variabilità delle situazioni, la multidimensionalità dei fattori-causa che generano la domanda e la conseguente minor incidenza del sapere specialistico rimettono in discussione i ruoli e le relazioni di potere fra gli attori. Ne risulta che la dimensione politica, anche nelle sue articolazioni territoriali (gli enti locali), finisce per assumere un peso più rilevante nelle scelte strategiche, ma talvolta anche in quelle operative. Al di fuori delle dinamiche gerarchiche, infatti, i ruoli risultano più dinamici e meno strutturati in termini di posizioni di potere. Sono, infatti, i processi di scambio materiale e simbolico che definiscono le relazioni di potere fra gli attori del territorio. Nell'affrontare il problema delle dinamiche di governance è utile ricordare inoltre le dinamiche che caratterizzano i processi di differenziazione e integrazione. Anche in questo caso, la natura multidimensionale dei problemi richiede forte integrazione multiprofessionale che avviene se e solo se le professioni implicate utilizzano strutture linguistiche e semantiche compatibili e si relazionano sulla base di una

reciproca legittimazione. Queste condizioni sono il risultato di processi riflessivi di costruzione di senso che fondano su una comune rielaborazione delle esperienze.

La differenziazione dei contesti richiede che i processi di governance territoriali assumano forme e processi specifici, capaci di rappresentare le loro diverse caratteristiche. In altre parole i sistemi sanitari non possono pensare di colonizzare i territori con la stessa cultura di governo utilizzata nella gestione dei sistemi ospedalieri. In questo sta una delle maggiori difficoltà del processo di cambiamento in atto che deve consolidare all'interno dello stesso sistema processi di governo che assumono caratteristiche e logiche diverse, pur dovendosi integrare fra di loro.

2.4 Innovazione tecnologica

Uno degli elementi di complessità dei sistemi sanitari è sicuramente riconducibile alla rilevanza della tecnologia nei propri processi organizzativi. Questo elemento è qui presente in modo più forte che in qualsiasi altro sistema organizzativo e costituisce uno dei fattori di turbolenza e di stimolo al cambiamento. A questo proposito Calltorp (2012, p. 679) sostiene che «la riconfigurazione organizzativa necessita non solo di tenere in considerazione la necessità di allinearsi al cambiamento dei bisogni, ma anche di combinare questa esigenza con le possibilità (offerte) dai cambiamenti tecnologici». Con questo, l'autore vuole sottolineare che non solo cambia la domanda di prestazioni sanitarie, ma cambia anche il ruolo che le tecnologie possono giocare e già stanno giocando. Inizialmente, infatti, le tecnologie erano di aiuto al processo diagnostico e terapeutico, ma la rivoluzione del web (Cipolla 2013) ha cambiato lo scenario ed oggi le tecnologie influenzano tutte le dinamiche del processo di cura. In altre parole, le riflessioni sull'innovazione del paradigma della primary care non può prescindere dal collocare queste innovazioni dentro il processo di trasformazione permesso e indotto dalla e-health.

G.L. Kreps e L. Neuhauser (2010) hanno fatto un'interessante analisi del dibattito sul cambiamento prodotto nei sistemi sanitari dall'applicazione delle nuove tecnologie di e-health. Nel loro lavoro hanno dato grande rilevanza a questo processo perché ritengono che le dinamiche della comunicazione, viste come processo sociale caratterizzato da un importante contenuto tecnologico, costituiscano un elemento fondamentale del processo di cambiamento dei sistemi sanitari. Secondo questi autori, le strategie di e-health hanno grandi potenzialità di produrre effetti significativi sulla salute, ma per produrre reali effetti, è necessario che:

- siano organizzate per massimizzare la comunicazione interattiva con i fruitori e per incoraggiare il loro attivo coinvolgimento nel lavoro di cura e nella promozione della salute;

- siano progettate per lavorare in modo efficace e trasparente incrociando diverse piattaforme di comunicazione e mettendo in contatto popolazioni e utilizzatori;
- siano strutturate per ingaggiare le persone partendo dai loro interessi e dalle loro emozioni e per rispondere ai loro specifici bisogni informativi.

Analizzando gli effetti prodotti dell'innovazione nelle dinamiche della comunicazione fra gli attori coinvolti nelle cure primarie, è facile constatare che le tecnologie stanno inducendo cambiamenti relativamente a tre processi fondamentali:

- il primo riguarda la costruzione del sapere dal punto di vista clinico (la disponibilità di dati e conoscenza con conseguente obsolescenza rapida del sapere);
- il secondo riguarda l'integrazione dei saperi sul paziente attraverso lo scambio di dati o la costruzione di data base sul singolo (anche tra professioni vicine);
- il terzo, forse più interessante, riguarda il cambiamento del rapporto medico-paziente e dello squilibrio informativo e di potere che li connette. Questo cambiamento è sicuramente influenzato da due aspetti, quali: la possibilità che ogni singola persona abbia a disposizione, tramite supporto digitale, tutte le informazioni cliniche che lo riguardano; la diffusione di internet e delle possibilità di scambio di informazioni ed esperienze contribuiscono a formare le conoscenze che ogni individuo utilizza nei processi di gestione della propria salute. Le ricerche hanno puntato soprattutto sulla disponibilità di fonti informative in rete grazie alle quali il paziente costruisce la sua conoscenza e stabilisce un rapporto con il medico da posizioni di minor svantaggio. A fronte di questa tendenza, per altro, sarà utile che la ricerca si ponga anche il problema degli effetti di queste dinamiche sulle disuguaglianze di salute. Si tratta di andare a studiare se l'utilizzo di internet differenziato relativamente a variabili di ceto, reddito, grado di scolarizzazione e classe occupazionale finiscano per consolidare le differenze nelle risorse (culturali oltre sociali ed economiche) che influenzano l'attuale utilizzo dei sistemi sanitari.

Tema interessante e più nuovo nel dibattito riguarda il ruolo dei social network nel costruire la conoscenza. In questo caso alle dinamiche cognitive si sommano quelle simboliche dell'appartenenza e della fiducia fra pari. Se riprendiamo gli studi sulla costruzione del sapere vediamo che le esperienze dirette (e delle persone che ci stanno vicino) finiscono per assumere la stessa affidabilità delle informazioni costruite sulla credibilità professionale. Per assurdo possiamo ipotizzare che a fronte di una delegittimazione del sistema sanitario, le informazioni costruite sulla rete possa-

no essere ritenute più capaci di influenzare i comportamenti (si pensi ai gruppi di pressioni contro le vaccinazioni, ecc.). Questi elementi pongono il problema del confine sfuocato fra vero e verosimile, e della costruzione di stereotipi diffusi e (per definizione) non verificati.

Griffiths (Griffiths et al. 2012) sostiene che i social network consentono agli individui di scambiare informazioni ed esperienze relativamente ai sintomi, alle diagnosi ed ai trattamenti ed agli effetti che i trattamenti hanno prodotto. In questo scambio di informazioni passano anche percezioni e giudizi sulla qualità dei professionisti e delle loro performance. Nella sua analisi l'autore evidenzia la presenza di due reti veicolate da internet. La prima riguarda i professionisti che scambiano conoscenze ed hanno appreso l'abitudine di controllare la qualità del dato e dei processi di costruzione della conoscenza. In questo caso, il paradigma di riferimento che guida il processo di costruzione della conoscenza mediato da internet è basato sul concetto di evidenza e sulla verifica dell'affidabilità scientifica delle informazioni presenti nella rete. La seconda rete riguarda i pazienti e la comunicazione che si sviluppa attraverso la ricerca di informazioni o lo scambio di esperienze e di emozioni che caratterizzano i social network. In questo caso, il criterio che influenza la definizione (soggettiva e individuale) della validità delle conoscenze scambiate è basato sulla forza del legame di fiducia che connette gli individui nella rete. La fiducia si basa sulle conoscenze relative all'affidabilità della fonte informativa, ma anche sulla condivisione emozionale, sull'identificazione e l'appartenenza. In altre parole, ogni individuo rielabora in modo riflessivo le proprie conoscenze sulla base dello scambio informativo che sostiene su un determinato problema. Le informazioni che dovrà elaborare per costruire una propria conoscenza sul tema hanno fonti e generalizzabilità diverse. La rielaborazione che ne viene fatta non è necessariamente legata alla qualità scientifica del dato. Il processo di ritenzione delle informazioni (utilizzando un linguaggio del processo di sense making) segue le logiche del processo di costruzione della conoscenza, nel quale le esperienze dirette o quelle fatte dalle persone di cui ci si fida, hanno una capacità di produrre conoscenza maggiore delle informazioni trasmesse con linguaggio scientifico.

Gli scambi informativi ed il processo di costruzione della conoscenza prodotto dai social network finisce per giocare un ruolo di complementarietà allo scambio di informazioni che avviene con il personale sanitario, e da questo punto di vista internet costituisce una risorsa importante nel processo di empowerment del paziente e svolge una funzione importante nel processo di costruzione della salute. Ma si può intravedere anche l'altra faccia della medaglia, vale a dire l'effetto di costruzione di credenze basate su informazioni parziali o non scientificamente validate. In questo caso possiamo parlare di un processo di costruzione della conoscenza concorrente a quella prodotta dal sistema sanitario. Questo tipo di conoscenza si basa sulla diffusione di stereotipi costruiti a partire da distorsioni cogni-

tive «emotivamente e non razionalmente condivise». I social network sono un mezzo di comunicazione che aumenta in modo verticale la velocità dei processi di comunicazione, a prescindere dall'affidabilità delle conoscenze scambiate. Le ricerche ci dicono che entrambi questi processi contribuiscono a consolidare le conoscenze dei pazienti e ad influenzare il modificarsi del rapporto fra medico e paziente. In tutti e due i casi, infatti, cambia la relazione ed il processo di comunicazione sul quale deve lavorare il medico. Reti professionali e reti relazionali, infatti, rischiano di avere pochi punti di contatto (anche in questo caso sarebbe utile studiare le reti dal punto di vista delle appartenenze, es.: classe occupazionale più alta = reti più miste; oppure sono le reti professionali quelle più miste?) e i professionisti della primary care possono giocare un ruolo fondamentale come connettori di queste diverse reti. Sono loro, infatti, che hanno più a che fare con i cittadini, che si devono confrontare con la loro cultura sanitaria e che possono giocare (anche attraverso i processi di empowerment) un ruolo fondamentale nella costruzione della conoscenza sanitaria dei pazienti.

3 Conclusioni

In definitiva, la revisione delle esperienze e del dibattito in corso consentono di individuare alcuni degli elementi che posso essere posti alla base del nuovo paradigma di riferimento per l'innovazione della community care. In questa direzione risulta sicuramente rilevante:

- sviluppare la condivisione delle infrastrutture informatiche che permettono di mettere in rete tutti gli attori del sistema socio-sanitario;
- attivare la formalizzazione dei processi assistenziali attraverso l'adesione a comuni linee-guida e PDTA per patologie croniche ad elevata incidenza;
- individuare indicatori di processo e di esito che permettano la misurazione e la verifica delle performance;
- implementare l'audit clinico, sia individuale sia di gruppo;
- realizzare attività formative e di accompagnamento dei processi di cambiamento finalizzati alla costruzione di una cultura operativa condivisa fra diverse professionalità e unità organizzative;
- chiarire le responsabilità del livello territoriale, in particolare con riferimento all'attribuzione del budget anche delle medicine di gruppo, alla programmazione degli interventi distrettuali, alla performance e alla verifica degli esiti.

Infine, la letteratura suggerisce che gli elementi posti alla base del nuovo paradigma si riflettono su alcuni processi centrali nel lavoro di cura. Porre al centro il paziente e costruire un processo di intervento di tipo olistico richiede, infatti:

- un aumento del ruolo del paziente e lo sviluppo della propria capacità di partecipare attivamente alla gestione della propria salute. In questa prospettiva l'empowerment del paziente diventa un obiettivo centrale che orienta la relazione fra chi eroga il lavoro di cura e chi riceve l'intervento;
- di ripensare alla classificazione della condizione di salute-malattia. Anche in questo caso la letteratura segnala che chi opera con logica olistica finisce per trovare difficoltà nel classificare le condizioni di salute delle persone in sistemi centrati sui sintomi, anche se integrati da una registrazione delle condizioni sociali e ambientali entro cui tale condizione si sviluppa.

Questi due aspetti costituiscono elementi fondamentali per riuscire a consolidare i cambiamenti nelle relazioni fra erogatore e fruitore del lavoro di cura, ma consentono anche di porre le relazioni e gli scambi informativi fra i professionisti su basi diverse, meno dipendenti dalla logica specialistica e più orientati alla globalità delle persone.

Bibliografia

- Ahgren, B. (2010). «Competition and integration in Swedish health care». *Health Policy*, 96, pp. 91-97.
- Armstrong D. (2011). «Diagnosis and nosology in primary care». *Social Science & Medicine*, 73, pp. 801-808.
- Bambra, C.; Eikemo, T.A. (2009). «Welfare state regimes, unemployment and health: a comparative study of the relationship between unemployment and self reported health in 23 European countries». *Journal of Epidemiology Community Health*, 63, pp. 92-98.
- Bertin, G. (2014). «Le non-recours aux prestations sanitaires». *Les politiques sociales*, c.s.
- Bertin, G.; Campostrini, S. (2014). «De-stratification, health inequality, and welfare regimes». In: Bertin, G.; Campostrini, S. (eds.), *Equiwelfare and social innovation*. FrancoAngeli, Milano.
- Bertin, G.; Cipolla, C. (2013). *Verso differenti sistemi sanitari regionali*. Edizioni Ca' Foscari - Digital Publishing, Venezia.
- Bertin, G.; Robertson, A. (2013). «Differenziazione dei sistemi di welfare: Le incoerenze dei sistemi liberali e mediterranei». In: Bertin, G.; Robertson, A., «Rielaborare i regimi di welfare». *Sociologia e Politiche Sociali*, 16 (1), pp. 63-92.
- Blomgren, J.; Martikainen, P.; Martelin, T.; Koskinen, S. (2008). «Determinants of home-based formal help in community-dwelling older people in Finland». *European Journal of Aging*, 5, pp. 335-347.
- Brackley, M.E.; Penning, M.J. (2009). «Home-care utilization within the

- year of death: trends, predictors and changes in access equity during a period of health policy reform in British Columbia, Canada». *Health and Social Care in the Community*, 17, pp. 283-294.
- Braggion, M.; Campostrini, S.; Bertin, G. (2013). «Socio-economic differences and inequalities in healthcare access from a welfare system perspective, Italy: 2007-2010». *Health Promotion International*, 9, pp. 1-10.
- Brega, A.G.; Goodrich, G.K.; Powell, M.C.; Grigsby, J. (2005). «Racial and ethnic disparities in the outcomes of elderly home care recipients». *Home Health Services Quarterly*, 24 (3), pp. 1-21.
- Calltorp, J. (2012). «How can our health systems be re-engineered to meet the future challenges? The Swedish experience». *Social Science & Medicine*, 74, pp. 677-679.
- Cho, H. (2005). «Older people's willingness to use home care nursing services». *Journal of Advanced Nursing*, 51 (2), pp. 166-172.
- Cipolla, C. (2013). *Perchè non possiamo non essere eclettici: Il sapere sociale nella web society*. FrancoAngeli, Milano.
- Cislaghi, C.; Sferrazza, A. (2013). «Gli effetti della crisi economica e del super ticket sull'assistenza specialistica». *Quotidianosanità.it*.
- Costa, G.; Cislaghi, C.; Caranci, N. (a cura di) (2009). «Le disuguaglianze sociali di salute. Problemi di definizione e di misura». *Salute e società*, 1.
- Costa, G.; Marra, M.; Salmaso, S. (2012). «Gli indicatori di salute ai tempi della crisi in Italia». *Epidemiologia & Prevenzione*, 36 (6), pp. 337-366.
- Droomers, M.; Westert, G.P. (2004). «Do lower socioeconomic groups use more health services because they suffer from more illnesses?». *European Journal of Public Health*, 14 (3), pp. 311-313.
- Eikemo, T.A.; Bambra, C.; Judge, K.; Ringdal, K. (2008). «Welfare state regimes and differences in self-perceived health in Europe: A multilevel analysis». *Social Science & Medicine*, 66, pp. 2281-2295.
- European Commission (2013). *Health inequalities in the EU – Final report of a consortium*. Consortium lead: Sir Michael Marmot, European Commission Directorate-General for health and Consumers.
- Forbes, D.A.; Morgan, D.; Janzen, B.L. (2006). «Rural and urban Canadians with dementia: Use of health care services». *Canadian Journal on Aging*, 25 (3), pp. 321-330.
- Giarelli, G. (2010). «Narrare la pratica medica: una proposta fenomenologica-ermeneutica». *Salute e società*, 2.
- Goodridge, D.; Buckley, A.; Marko, J.; Steeves, M.; Turner, H.; Whitehead, S. (2011). «Home care clients in the last year of life: is material deprivation associated with service characteristics?». *Journal of Aging and Health*, April 5, Epub ahead of print.
- Goodridge, D.; Hawranik, P.; Duncan, V.; Turner, H. (2012). «Socioeconomic disparities in home health care service access and utilization: A scoping review». *International Journal of Nursing Studies*, 49, pp. 1310-1319.
- Griffiths, F.; Cave, J.; Boardman, F.; Ren, J.; Pawlikowska, T.; Ball, R.;

- Clarke, A.; Cohen, A. (2012). «Social networks e The future for health care delivery». *Social Science & Medicine*, 75, pp. 2233-2241.
- Guerriere, D.N.; Wong, A.Y.M.; Croxford, R.; Leong, V.W.; McKeever, P.; Coyte, P.C. (2007). «Costs and determinants of privately financed home-based health care in Ontario, Canada». *Health and Social Care in the Community*, 16 (2), pp. 126-130.
- Jesmina, S.; Thinda, A.; Sarma, S. (2012). «Does team-based primary health care improve patients' perception of outcomes?». Evidence from the 08 2007 Canadian Survey of Experiences with Primary Health. *Health Policy*, 105, pp. 71-83.
- Kreps, G.L. (2009). «Applying Weick's model of organizing to health care and health promotion: Highlighting the central role of health communication». *Patient Education and Counseling*, 74, pp. 347-355.
- Kreps, G.L.; Neuhauser, L. (2010). «New directions in eHealth communication: Opportunities and challenges». *Patient Education and Counseling*, 78, pp. 329-336.
- Laratta, R. (2010). «From welfare state to welfare society: toward a viable system of welfare in Japan and England». *International Journal of Social Welfare*, 19, pp. 131-141.
- Maturo, A.; Conrad, P. (a cura di) (2010). «La medicalizzazione della vita». *Salute e società*, 8 (2).
- Mead, N.; Bower, P. (2002). «Patient-centered consultations and outcomes in primary care: a review of literature». *Patient Education and Counseling*, 48, pp. 51-61.
- Porterfield, D.S.; Hinnant, L.W.; Kane, H.; Horne, J.; McAleer, K.; Roussel, A. (2012). «Linkages between clinical practices and community organizations for prevention». *American Journal of Preventive Medicine*, 42, pp. 163-171.
- Puska, P. (2007). «Health in all policies». *European Journal of Public Health*, 17 (4), p. 328.
- Shoultz, J.; Hatcher, P.A. (1997). «Looking beyond primary care to primary health care: An approach to community-based action». *Nursing Outlook*, 45 (1), pp. 23-26.
- Sicsic, J.; Le Vaillant, M.; Franc, C. (2012). «Intrinsic and extrinsic motivations in primary care: An explanatory study among French general practitioners». *Health Policy*, 108, pp. 140-148.
- Toht, F. (2010). «Healthcare policies over the last 20 years: Reforms and counter-reforms». *Health Policy*, 95, pp. 82-89.
- Turner, S.; Allen, P.; Bartlett, W.; Pérotin, V. (2011). «Innovation and the English National Health Service: A qualitative study of the independent sector treatment centre programme». *Social Science & Medicine*, 73, pp. 522-529.
- Vrooman, J.C. (2013). «Regimes and cultures of social security: Comparing institutional models through nonlinear PCA». *International Journal of Comparative Sociology*, 53 (5-6), pp. 444-477.
- Weick, K. (1997). *Senso e significato nell'organizzazione*. Milano, Cortina.

La medicina specialistica: una panoramica europea

Costantino Cipolla, Alberto Ardisson, Alessia Manca

Abstract This essay aims at delivering an overview of the European organization of the secondary care, namely that provided by specialist doctors. For this purpose five countries have been analyzed: France, German, United Kingdom, Sweden and Spain, adding also a brief mention to the Italian situation. Starting from a widespread need of reforming the healthcare systems in order to match both the economic, epidemiologic and technologic challenges, this work outlines the general transition towards models which tend to privilege the territorial services and the home care, empowering the primary care, in which several health professionals, and among them also specialist doctors, are called to work, guaranteeing also the continuity through the whole healthcare pattern of patients.

Sommario 1. Introduzione. – 2. Dall’ospedale alle cure primarie: le ragioni di un nuovo assetto. – 3. Verso il territorio: l’esperienza di cinque Paesi Europei. – 4. La specialistica italiana: brevi cenni. – 5. Tra convergenze e innovazione, la medicina verso il territorio.

1 Introduzione

Il presente capitolo intende analizzare le tendenze europee nell’ambito dell’organizzazione della medicina specialistica, al fine di poter offrire una cornice comparativa con l’esperienza e i passi che si stanno intraprendendo, o che si possono avviare in Italia.

Tale organizzazione, evidentemente si configura come un riassetto del sistema sanitario nel suo insieme, con un ribilanciamento delle forze distribuite tra i vari livelli, e cioè il primario (medicina di base), il secondario (medicina specialistica) e il terziario (alta specialità), secondo un approccio che tende sempre più all’integrazione complessiva tra questi nodi nonché tra il sistema sanitario e il sistema sociale, con una grande enfasi sia sulla continuità assistenziale sia su una presa in carico del singolo paziente trasversale ed olistica.

È molto importante notare che tale indagine si presenta particolarmente stimolante, nonché impegnativa, dal momento che la letteratura si è tendenzialmente maggiormente occupata della medicina di base tanto in campo nazionale (Vicarelli 1986, 2006; Cipolla 2006; Cipolla, Corposanto, Tousijn 2006), quanto in quello internazionale (Moran 1999; Shortt 2003; Oberlander 2007), nonostante la medicina specialistica, sia ospedaliera che ambulatoriale, siano realtà molto sviluppate in tutti i Paesi dell’area OCSE.

Pare anzitutto interessante presentare una tabella tratta da un’indagine dell’OCSE (2011a),¹ per definire un’istantanea della situazione attuale da cui,

Il presente saggio è il prodotto di un’elaborazione comune degli autori. In ogni caso, è da attribuire a Costantino Cipolla il par. 1, ad Alberto Ardisson i paragrafi 2, 3 e 5, ad Alessia Manca il par. 4.