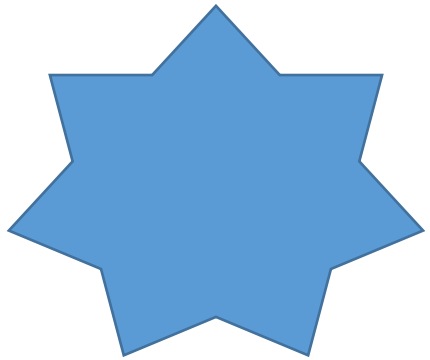
Sostenibilità e Alleanza terapeutica: fra nuovi modelli organizzativi e relazioni di cura triadiche



Marco Ingrosso

Università di Ferrara

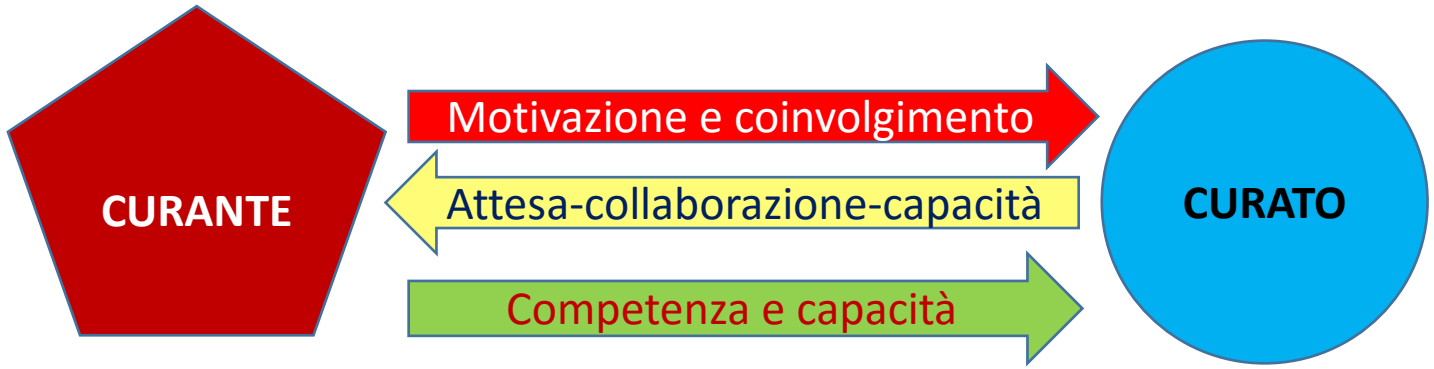
percorso

1. Un modello di lettura sociale-sociologica delle relazioni di cura
2. Modificazioni in corso verso relazioni triadiche
3. Effetti dei giochi unilaterali e squilibri relazionali
4. Lettura e valutazione del DM 70/2015
5. Valutazione HTA - RICERCA DEL DNA DI PAPILLOMAVIRUS UMANO (HPV) COME TEST PRIMARIO PER LO SCREENING

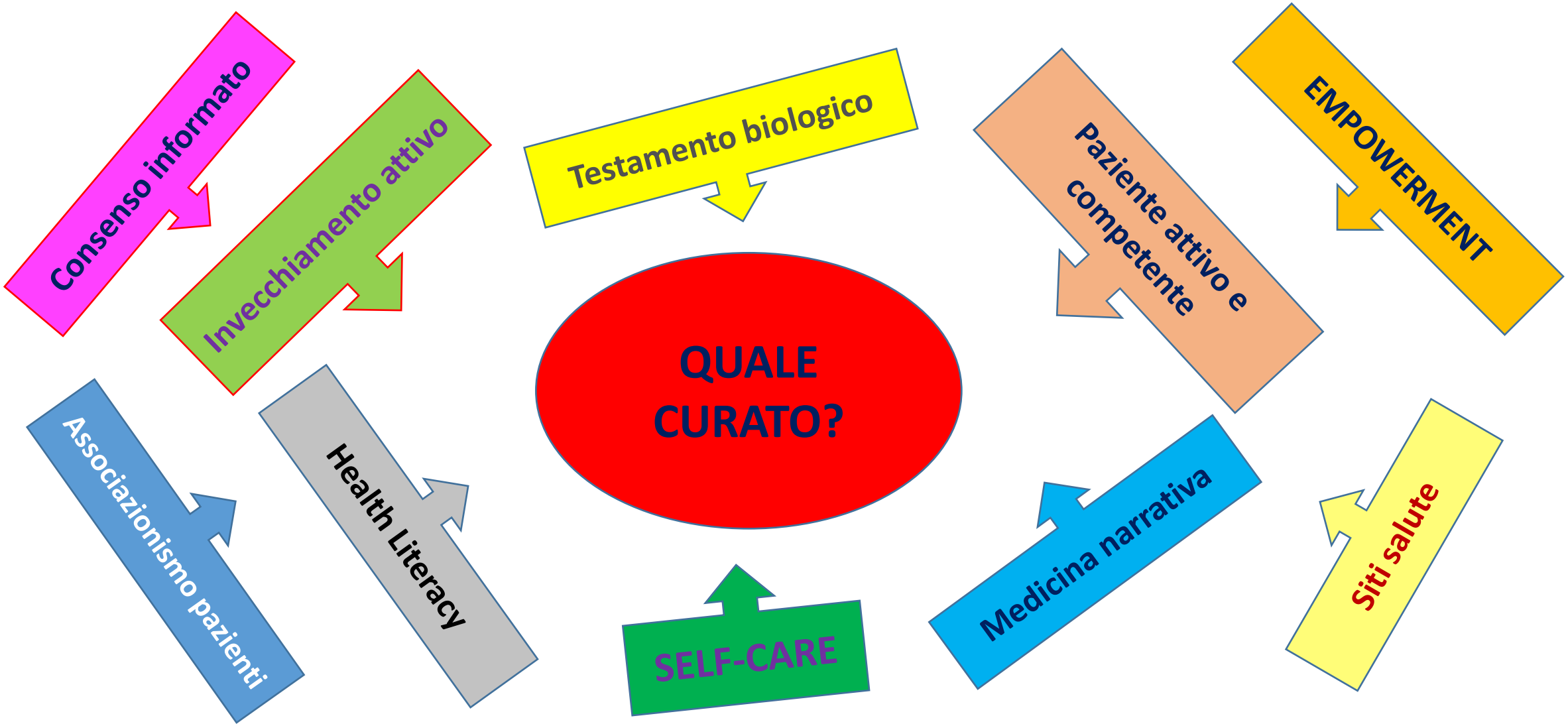
la cura e il curare: **una relazione sociale complementare-reciproca**

Non solo atto sanitario

- ma **RELAZIONE SOCIALE FRA UN CURANTE E UN CURATO** guidata da una motivazione (Ricoeur la chiama “sollecitudine”) a portare **beneficio** al secondo, sulla base delle sue necessità più urgenti, ma anche delle sue esigenze complessive ed evolutive
- **L’obiettivo del beneficio** comporta il mettere insieme **capacità tecnico-operative con capacità relazionali-comunicative**:
  le due dimensioni sono sinergiche, si potenziano



Mutamenti sociali dei curati: **quale nuovo ruolo?**



Trasformazioni rapporti di cura: **Relazioni Triadiche Multiple**

Relazioni Triadiche Multiple:

effetti dei giochi unilaterali del terzo polo

Limitazioni e interferenze su curanti e curati

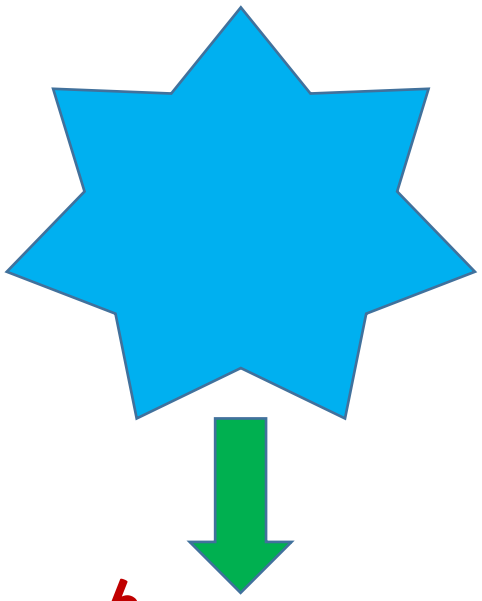
Decisori politici > Sostenibilità: tagli e centralizzazioni

Management > Efficienza: guida top-down

Media > Scelte autonome: incentivazione consumismo sanitario e comportamenti difensivi

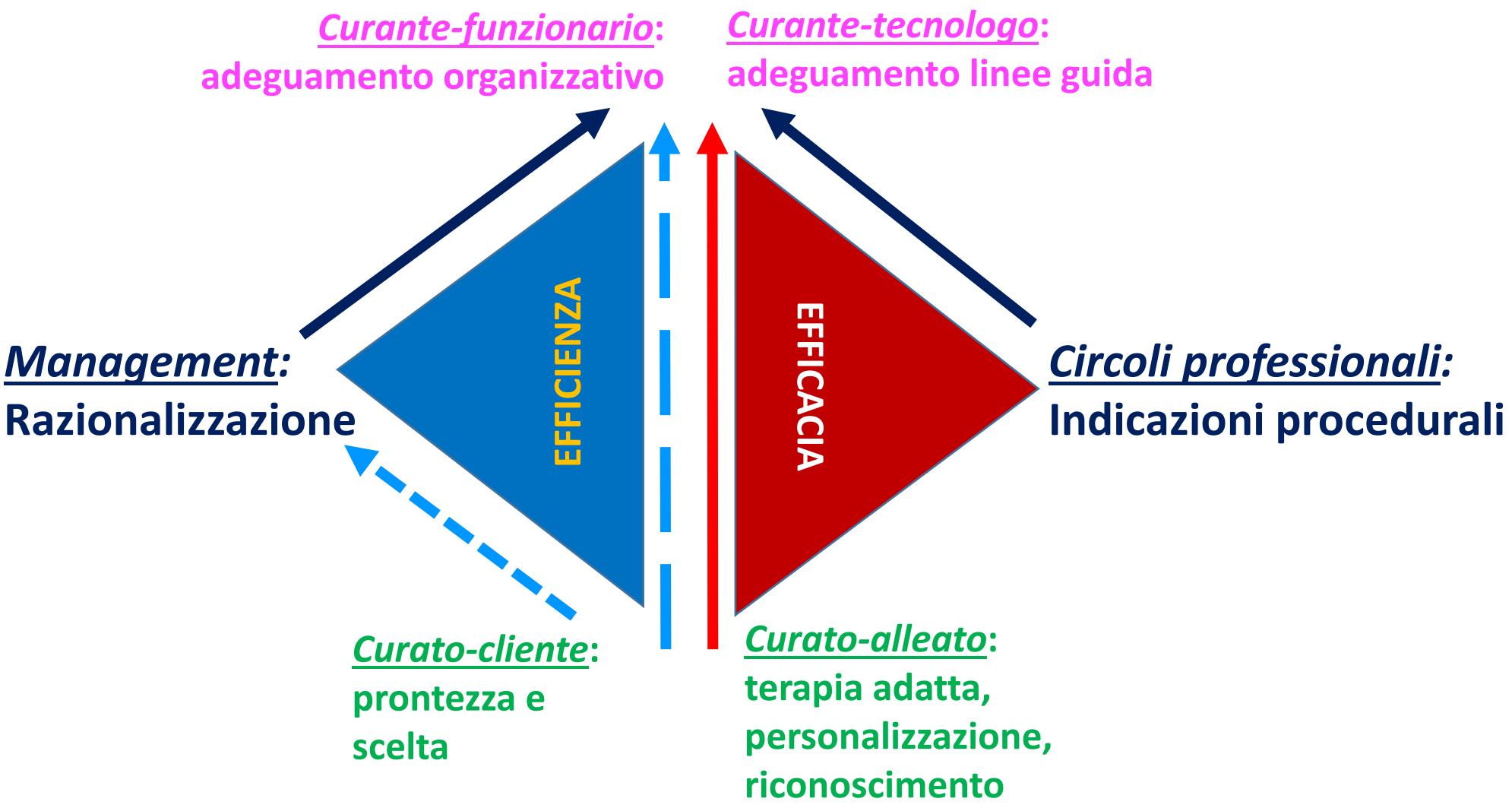
Aziende bio-medicali/farmaceutiche > Innovazione: incentivi uso estensivo-inappropriato delle tecnologie

Associazioni professionali > Efficacia: guida procedurale e tecnologica dei processi terapeutici



buoni obiettivi, cattivi strumenti, uso squilibrato e unilaterale delle triangolazioni

Dinamiche nei **Triangoli Organizzativo ed Terapeutico**



effetti squilibri nelle dinamiche triadiche

A – ORGANIZZAZIONI SANITARIE:

- **Rigidità dei sistemi organizzativi**
- **Forte burocratizzazione**
- **Frustrazione del personale** (mancata autonomia decisionale, burocratizzazione del rapporto col curato, ecc)
- **Disarticolazione del tessuto collaborativo interprofessionale informale**

B – EFFETTI SOCIALI (popolazione curati):

- ***DEFICIT QUANTITATIVO*** *(diseguaglianza)* in termini di copertura, di prestazioni, di categorie sociali escluse dai benefici socio-sanitari
- ***DEFICIT DI SOSTENIBILITA' SOCIALE*** *(fuga dal sistema):* richiesta di compartecipazione (finanziaria, organizzativa, ecc.) e mancato ascolto delle istanze dei richiedenti
- ***DEFICIT QUALITATIVO*** *(in-curia)*: mancata accuratezza e completezza di interventi che arriva fino a - sempre più diffuse - situazioni limite (v. bambini, anziani, ecc.)

Lettura del DM 70/2015:

Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera

a) **Dalla razionalizzazione alla riorganizzazione**: buono ma ….gli altri pezzi del sistema (cure primarie)? Sufficienti le cure primarie (BMJ, 2013)?

b) «**Principio della efficacia, qualità e sicurezza delle cure, dell'efficienza, della centralità del paziente e dell'umanizzazione delle cure, nel rispetto della dignità della persona»:** indicazioni retoriche o supportate dall'organizzazione prevista?

c) **Riduzione di posti letto** (entro 3 mesi) **e occupazione posti letto** (90%): punto di arrivo o di partenza?

d) **Invarianza finanziaria:** quali investimenti?

e) **Logica di rete** (10 reti): allocazione per complessità assistenziale o percorsi coordinati?

f) **Classificazione presidi ospedalieri** (di Base, I livello, II livello): solo criteri di costi e dotazioni? Il modello Hub and Spoke pre-programmato è troppo rigido?

g) **Collaborazione delle categorie professionali:** mancata consultazione nella distribuzione delle specialità

h) **Collaborazione dei cittadini-curati:** assenza di qualunque coinvolgimento e supporto organizzativo dei principi di centralizzazione sul paziente, umanizzazione ecc.

Valutazione del DM 70/2015:

Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera

1) **Solo combinazione di efficienza-efficacia-sicurezza** (manca il supporto ad altri principi)
2) **Forte rigidità organizzativa e anticipazione degli obiettivi**
3) **Incompletezza del continuum di salute** (e dubbi sui modelli organizzativi adottati)
4) **Mancato riequilibrio della triangolazione dal lato del personale** (no consultazione su organizzazione e rispondenza ai curati)
5) **Mancato riequilibrio della triangolazione dal lato dei curati** (no riconoscimento organizzativo e collaborazione coi curanti)

Valutazione HTA - RICERCA DEL DNA DI PAPILLOMAVIRUS UMANO (HPV) COME TEST PRIMARIO PER LO SCREENING DEI PRECURSORI DEL CANCRO DEL COLLO UTERINO: **IMPATTO SOCIALE, ETICO E LEGALE**

a) Positiva l'esistenza di questa parte che non dà per scontata una applicazione lineare della tecnologia: si tratta però di **implementare anche nella pratica** e non solo nel rapporto preliminare;

b) Positivo l'utilizzo di **ricerche qualitative** (e non solo EBM): sono poche perché si parte da un pregiudizio epistemologico e scarsa valorizzazione dei ricercatori sociali; **è una occasione per avviare una collaborazione operativa**;

c) La **centralizzazione dei laboratori** rischia di creare una rigidità del sistema e di essere confusa con misure di razionalizzazione;

d) La **distanza degli esami** (5 anni) fa perdere il senso della periodicità e dell'abitudine culturale acquisita coi Pap-test: potrebbe trovare difficoltà ad essere rispettata almeno da alcune fasce di popolazione;

e) La distanza degli esami (5 anni) messa a confronto con quella dei Pap-test potrebbe suscitare una certa **resistenza sia fra i ginecologi sia fra le donne** abituate ad un contatto più stretto: bisogna **presentarla in positivo**, come limitazione del tempo necessario e sicurezza cresciuta;

Valutazione HTA - RICERCA DEL DNA DI PAPILLOMAVIRUS UMANO (HPV) COME TEST PRIMARIO PER LO SCREENING DEI PRECURSORI DEL CANCRO DEL COLLO UTERINO: **IMPATTO SOCIALE, ETICO E LEGALE**

e) L'avvio del nuovo screening implica un **significativo sforzo comunicativo** sviluppato secondo diversi canali. Un **contatto diretto** può essere un passaggio necessario per molti al primo utilizzo, in particolare considerando l'anticipazione di età;

f) Un'alleanza terapeutica con le fasce d'età più giovani e la loro **responsabilizzazione** può portare al coinvolgimento anche delle madri e zie, cioè delle fasce d'età che sono invece abituate al Pap-test;

g) **La formazione e il coinvolgimento degli operatori (MMG e Ginecologi)**, compresi quelli libero-professionali, costituisce un fattore imprescindibile per un buon equilibrio relazionale con i fruitori dell'HPV;

h) La **comunicazione dell'esito positivo e il richiamo di coloro che hanno ottenuto un esame citologico negativo** dopo un anno costituiscono i punti più critici: necessitano di una **formazione mirata** da parte di un gruppo definito di operatori.

A14

La cura complessa e collaborativa

Il curare discende da una relazione sociale che si instaura fra due persone, una delle quali è sollecita, motivata, capace di portare un aiuto, mentre l'altra è desiderosa e attende un intervento. Non si tratta però di un fatto occasionale e soggettivo: la cura è infatti una "costante antropologica", una necessità per ciascuno in vari momenti della propria vita e per ogni gruppo sociale. Il volume, nella prima parte, propone uno sguardo storico-antropologico sulla cura che, passando dalle società antiche e "di mezzo", arriva alla situazione sociale contemporanea, nella quale emergono dei rilevanti vuoti di cura sia in termini etico-culturali che di operatività. In questo contesto vengono presentati diversi "cercatori della cura" che hanno avanzato proposte che tendono a una nuova fondazione e valorizzazione dell'immaginario e delle pratiche di cura. La seconda parte del libro sviluppa il tema dello sguardo sociologico sulla cura. Dopo una ricostruzione dei principali apporti teorici e di ricerca, si esaminano alcuni dei temi attuali più rilevanti come quello del *continuum* delle cure, della collaborazione interprofessionale, della comunicazione della salute, delle definizioni di salute, della cura di sé nel corso della vita. In tal modo si propone una visione complessa, basata su ambienti dinamici orientati a far cooperare diverse risorse lungo percorsi integrati e a promuovere la salute attraverso la costituzione di un nuovo settore di benessere e cura di sé.

Marco Ingrosso insegna Sociologia generale e Sociologia della salute presso l'Università degli Studi di Ferrara, dove dirige il Laboratorio di Studi sociali sulla salute, la cura e il benessere "Paracelso". Tra i contributi recenti: *Il fisioterapista in Italia. Un professionista della cura riabilitativa* (Aracne, 2013); *La salute per tutti. Un'indagine sulle origini della sociologia della salute in Italia* (FrancoAngeli, 2015).

In copertina
Le mani della Solidarietà, elaborazione grafica.

ISBN 978-88-548-9717-5

18.00 euro

Ingrosso La cura complessa e collaborativa

ARACNE

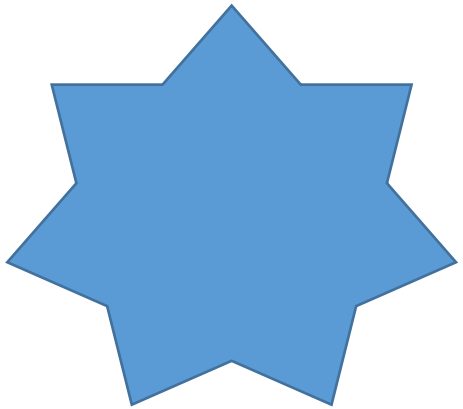
Marco Ingrosso

LA CURA COMPLESSA E COLLABORATIVA

RICERCHE E PROPOSTE
DI SOCIOLOGIA DELLA CURA

Aracne, Roma, 2016

Sostenibilità e Alleanza terapeutica:
fra nuovi modelli organizzativi
e relazioni di cura triadiche



Grazie dell'attenzione!