

Cure primarie: quale governo della domanda?

LE FORME DI TRADUZIONE DEL BISOGNO IN DOMANDA POSSONO INTERAGIRE SOTTOPONENDO A TENSIONI E SFILACCIANDO IL TRADIZIONALE RAPPORTO FIDUCIARIO SU CUI SI REGGE LA MEDICINA GENERALE. IN QUESTO SCENARIO ANCHE IL GOVERNO DELLA DOMANDA DEVE DIFFERENZIARSI IN OMOLOGHE FORME, SOPRATTUTTO SE SI INTENDE PERSEGUIRE IL "CONTROLLO" DELLA DOMANDA E DELL'OFFERTA.

Giuseppe Belleri

Medico di medicina generale, Flero (BS)

Sulla scia del dibattito attorno al governo clinico anche nel nostro paese è sorto un diffuso interesse per il "governo della domanda", che vede in prima fila epidemiologi ed economisti sanitari. Alle due società scientifiche nazionali (Aie e Aies) si deve l'organizzazione di un convegno sull'argomento, tenutosi a Firenze nella primavera del 2004 (i cui atti sono raccolti in AA. VV., 2004), mentre il finire dell'anno ha visto l'uscita di un volume interamente dedicato al governo della domanda, con i contributi degli economisti sanitari del Cergas dell'università Bocconi (Tedeschi, Tozzi, 2004). A questi due testi si farà riferimento nel presente contributo in rapporto al ruolo delle cure primarie.

Secondo David Pencheon (1998), il governo della domanda "consiste nell'identificare dove, come, perché e da chi origina la domanda di prestazioni sanitarie e nel decidere come questa debba essere trattata (ridotta, modificata o accresciuta) in modo da tendere ad un sistema sanitario efficiente, appropriato ed equo". Questa definizione pone implicitamente l'accento sul luogo in cui il bisogno viene tradotto in domanda e sulle modalità di traduzione, in senso restrittivo (riduzione o modifica) o estensivo (accrescimento).

L'incontro tra domanda e offerta comprende quattro stadi di un processo che ha valenze economiche e psicosociali:

- il cittadino avverte un bisogno di salute, solitamente come insoddisfazione o malessere derivante dal divario tra lo stato di salute percepito e quello atteso;
- cerca una prima risposta autonoma al proprio bisogno (automedicazione, consulenze informali, suggerimenti

comportamentali, ecc.) condizionata dalle sue conoscenze sui mezzi adatti a recuperare il benessere psicofisico;

- in caso di esito negativo si rivolge ad un professionista il quale, in qualità di agente, converte il bisogno in domanda di prestazioni medico-sanitarie (diagnostiche e/o terapeutiche);
- con l'erogazione della prestazione, da parte dello stesso professionista o di un terzo operatore, avviene l'incontro tra domanda, orientata in tal senso dall'agente medico, e l'offerta sanitaria a vari livelli (cure primarie, specialistiche e super-specialistiche, ambulatoriali o nosocomiali, pubbliche o private, ufficiali o non-convenzionali).

LA TRADUZIONE DEL BISOGNO IN DOMANDA

All'interno di questo modello assume una particolare rilevanza, a livello territoriale, il processo di trasformazione del bisogno soggettivo dell'assistito (domanda potenziale) in domanda espressa o esplicita (derivata). L'interpretazione degli stati psicofisici, la percezione del malessere soggettivo da parte dell'assistito e la definizione del bisogno di salute possono essere influenzati da numerosi fattori: il sistema formale delle cure, le relazioni sociali e i fattori culturali (stili di vita, abitudini, tradizioni, ecc.), e tutti i sistemi implicati nella definizione della malattia e della salute (*mass media*, apparato techno-industriale sanitario, associazioni di malati, ecc.). La traduzione del bisogno in domanda costituisce quindi l'oggetto specifico del governo della domanda, intesa come "management del rapporto tra azienda, professionisti e pazienti, per realizzare appropriatezza tra domanda e offerta".

Secondo l'economista sanitario Cislighi (2004) tre sono i livelli in cui si articola il governo della domanda:

- quello economico, inerente alla razionalità delle scelte allocative (efficienza), all'accessibilità e disponibilità dei servizi (il contenimento e la qualificazione dell'offerta si traduce, quasi automaticamente, in governo della domanda);
- quello clinico-epidemiologico, attinente ai problemi dell'appropriatezza delle scelte diagnostico-terapeutiche dei professionisti e all'intervento sui bisogni della popolazione, anche per contenere la domanda impropria;
- e il governo squisitamente politico, vale a dire gli aspetti di rappresentanza e di partecipazione alle scelte politiche (ad esempio il coinvolgimento degli enti locali nella gestione dei servizi).

Per altri economisti il governo ha come oggetto sia la domanda autonoma, formulata direttamente dai "consumatori" di servizi sanitari, sia quella derivata, orientata dai professionisti sanitari, per cui si distinguono due tipologie di strumenti di controllo:

- quelli diretti a contenere il primo tipo di domanda: compartecipazione alla spesa (ticket sanitari su accertamenti o farmaci), razionamento mediante liste d'attesa, educazione sanitaria della popolazione;
- quelli indiretti di tipo selettivo, rivolti alla domanda espressa: *empowerment* della medicina generale, linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici, criteri espliciti di priorità per la gestione delle liste d'attesa.

Sebbene il governo della domanda non vada identificato con il controllo della spesa, a causa delle limitate risorse economiche gli obiettivi di appropriatezza, efficacia e qualità dell'assistenza "non possono essere disgiunti dal governo della spesa sanitaria".

Gli economisti sanitari concordano nel sottolineare l'interdipendenza e la correlazione tra offerta e domanda, tant'è che allo sviluppo e al contenimento dell'offerta segue un andamento proporzionale della domanda. Tali legami trovano il loro fondamento in due fenomeni tipici del "mercato" sanitario: la funzione di agenzia esercitata dal professionista su mandato del suo "principale" (l'assistito) e la facoltà dell'offerta di indurre la domanda, talvolta con finalità opportunistiche. In altri termini, secondo Longo, "il governo della domanda non può essere inteso unicamente come indirizzo degli utenti, ma deve essere ripensato come governo delle strutture d'offerta, le quali sono in ogni caso capaci di indurre tutta la domanda che ritengono opportuno soddisfare", mentre per Vendramini nel

mondo sanitario “in cui è proprio l’offerta a indurre la domanda [...] l’inefficacia è dovuta sostanzialmente all’autoreferenzialità e alla capacità di autoindursi tipica dell’offerta” (Longo, Vendramini, 2001). L’interazione tra domanda e offerta si riflette sugli strumenti che dovrebbero consentirne il governo, che sono compresi entro uno spettro delimitato, da un lato, dall’accreditamento dei produttori (governo dell’offerta) e, dal lato opposto, dalla compartecipazione degli utenti alla spesa (governo della domanda potenziale).

ANALISI ECONOMICA E ORGANIZZATIVA DELLA MEDICINA GENERALE

Per rendere conto della complessità del governo della domanda nella medicina territoriale occorre considerare, accanto a quella economica, anche la dimensione socio-relazionale.

Dal punto di vista clinico e sociale “micro”, la medicina generale (MG) si differenzia da altri contesti professionali per alcune caratteristiche, così riassumibili:

- la rilevanza epidemiologica delle patologie sotto-soglia che non rientrano nei criteri diagnostici della nosografia ufficiale (la cosiddetta “zona grigia” che sfugge all’Ebm, Evidence based medicine);
- l’importanza del sapere tacito e delle scelte cliniche dettate dall’esperienza e dall’“intuito”, poco inquadrabili in schemi espliciti e codificati;
- la presenza di un clima negoziale tra medico e assistito, per l’instabilità del rapporto fiduciario e la relazione con il mondo della vita;
- l’influenza degli altri attori professionali che inducono scelte diagnosticoterapeutiche non sempre condivisibili;
- una rilevante domanda di interventi genericamente preventivi o di “conforto” da parte di assistiti asintomatici, (richieste di accertamenti per controllo, prevenzione, ecc.)

Sul versante economico-amministrativo “meso”, la MG ha connotati altrettanto particolari:

- il medico di medicina generale (Mmg) riveste un duplice ruolo di agenzia, essendo nel contempo l’agente del paziente e del terzo pagante, vale a dire l’Azienda sanitaria;
- il rapporto di lavoro convenzionato comporta vincoli burocratici e una limitata autonomia decisionale (Note Aifa, protocolli diagnostici, Lea regionali, ecc.);
- il Mmg svolge contemporaneamente compiti di erogatore diretto di assistenza primaria e di mediatore/acquirente di prestazioni verso il II livello, per

conto dell’assistito e dell’azienda (ruolo di *gate-keeping* e orientamento della domanda);

- infine, la remunerazione a quota capitaria è funzionale alla presa in carico “olistica” degli assistiti e alla continuità assistenziale.

Inoltre il generalista, specie nei contesti metropolitani, deve fronteggiare la concorrenza dell’offerta specialistica e delle pratiche non-convenzionali. In un certo senso il Mmg è il vaso di coccio del sistema e proprio per queste sue caratteristiche di “debolezza” la medicina territoriale si configura come potenziale terreno di colonizzazione da parte di altri attori professionali in una sorta di “bracconaggio professionale”, per usare la colorita metafora coniata dal sociologo sanitario Tousijn. Ciononostante la MG incontra il favore della popolazione, in particolare nei piccoli centri del centro-nord e tra gli strati sociali medio-bassi (anziani, malati cronici, ecc.) grazie alla relazione fiduciaria e al radicamento sociale, come dimostrano le indagini sulla qualità percepita e sulla soddisfazione degli assistiti che pongono invariabilmente il Mmg ai vertici del gradimento soggettivo degli assistiti.

COMPLESSITÀ SOCIORELAZIONALE, FIDUCIA E GOVERNO DELLA DOMANDA

La complessità sociorelazionale della MG è dovuta al rapporto di fiducia tra Mmg e assistito e alla reciproca facoltà di scelta/revoca.

Il tema della fiducia può essere esaminato da tre diverse angolature:

- la fiducia è un bene relazionale per eccellenza, in quanto cemento della socialità e dei rapporti economici, nonché strumento di riduzione cognitiva della complessità;
- in secondo luogo, la revocabilità della fiducia si può rivelare un mezzo di regolazione del sistema e strumento a disposizione dell’assistito per influenzare la qualità dell’assistenza;
- infine, sempre la revoca della fiducia condiziona gli equilibri relazionali del triangolo ai cui vertici troviamo il Mmg, l’assistito e lo specialista.

Le tre dimensioni del rapporto fiduciario rendono sfaccettata la relazione Mmg/assistito. Il dibattito sul governo della domanda ha sottovalutato queste componenti che hanno invece riflessi sulle possibilità del Mmg di esercitare un effettivo controllo unidirezionale sui processi interattivi che lo coinvolgono. Ciò non stupisce: a livello territoriale si manifestano le dinamiche sociorelazionali sottovalutate dalla letteratura economica che invece, rileva il sociologo

Girelli (2003), sono tipiche del “mercato sanitario, con le sue norme, i suoi ruoli, le sue relazioni di potere e le sue gerarchie”.

Ad esempio, nei due testi a cui si è fatto riferimento, l’analisi della relazione fiduciaria tra medico e assistito appare riduttiva o solo abbozzata. Gli unici accenni sono indiretti e finalizzati a illustrare aspetti particolari, l’uno positivo e l’altro negativo, delle dinamiche relazionali del contesto territoriale. Da un lato, gli economisti vedono di buon occhio la diffusione delle forme associative sul territorio per avviare processi di *empowerment* del Mmg e riequilibrare i rapporti di sapere/potere con gli altri attori professionali. Dall’altro, altri studiosi invece paventano il rischio che la completa gratuità delle prestazioni possa generare un circolo vizioso nel rapporto medico-paziente, con una possibile “collusione implicita” tra medico e paziente a danno del terzo pagante.

In un altro contesto, l’epidemiologo Donzelli (2002) auspica che il Mmg si assuma una funzione del tutto antitetica rispetto al rischio di collusione: oltre al ruolo di orientatore della domanda (*gate-keeper*), egli dovrebbe assumersi anche “l’onere di mettere in discussione con gli specialisti ospedalieri e con i propri assistiti molte delle prescrizioni degli specialisti stessi”. Sul medesimo versante si colloca un direttore di dipartimento ospedaliero che a proposito dell’incremento di prestazioni ambulatoriali inappropriate (Tac, ecografie, Rmn, ecc.) registrato in Lombardia nell’ultimo quinquennio, lamenta “la debolezza del nostro controllore-generatore di spesa che è il Mmg, il quale subisce le conseguenze del suo isolamento e le logiche ricattatorie dei suoi assistiti che spesso puntano, di fatto, a un’autoprescrizione”.

USCITA, VOCE E REVOCABILITÀ DELLA FIDUCIA

Secondo l’economista e storico delle idee statunitense Albert Hirschman (2002), la relazione tra un fornitore di beni o servizi e i consumatori è influenzata da una sorta di lealtà che lega l’acquirente al marchio prescelto. Tuttavia questa relazione è instabile e allorché un consumatore giudica insoddisfacente la qualità del bene o del servizio, rispetto alle aspettative e al bisogno, la sua lealtà nei confronti dell’azienda entra in crisi e, nel caso di grande delusione, può decidere di passare all’azione. Il cliente può quindi far leva su due opzioni che, direttamente o indirettamente, possono influenzare il comportamenti organizzativi non confacenti alle attese.

• L'opzione uscita o exit. È la strategia più "economica" in quanto il consumatore, allorché l'insoddisfazione supera la soglia fisiologica, rompe la relazione e si rivolge a un fornitore concorrente. Questa scelta "di rottura" ha un carattere impersonale e privato, in quanto sanzione indiretta ed opaca alla percezione del fornitore. Sta all'azienda cercare di comprendere le motivazioni dell'insoddisfazione che sta dietro all'uscita di un consistente numero di consumatori, che si potrebbe riflettere, ad esempio, sull'andamento delle vendite con conseguenti problemi di bilancio. I clienti possono con la loro uscita decidere il destino di intere aziende, tant'è che le imprese private sono assai sensibili ai segnali di defezione della clientela. Va da sé che, al contrario, in una situazione di monopolio o di oligopolio collusivo il consumatore non potrà far leva sull'opzione uscita.

• L'opzione voce. In alternativa all'*exit*, il cittadino può esprimere apertamente il proprio malcontento arrivando a forme di vera e propria protesta, individuale o collettiva. Quando la delusione supera il livello di lealtà che il consumatore prova verso un "fornitore", egli può "alzare la voce", denunciando l'inefficienza di un servizio, la scadente qualità di un bene o la lesione di alcuni diritti. L'opzione voce, all'opposto della defezione, ha un carattere pubblico, sia perché può essere messa in atto collettivamente (si pensi alle *class action* dei consumatori americani) sia perché anche quando nasce dall'iniziativa di un singolo può trovare una risonanza collettiva (lettere di protesta ai giornali, segnalazioni a trasmissioni radiofoniche o televisive, ecc.). Infatti, l'obiettivo dell'opzione voce è quello di rivolgersi esplicitamente al fornitore di beni e servizi per ottenere un cambiamento. Alla base della voce troviamo l'insoddisfazione per aspettative o diritti ragionevolmente fondati, che derivano da uno schema di valori e regole di condotta socialmente condivise e internalizzate. Quando il cittadino giudica che tali valori siano stati disattesi e non ritiene di dovervi rinunciare può scegliere l'opzione voce, che si dimostra a tal fine più adatta della defezione e più coerente con il carattere pubblico del diritto negato.

L'opzione uscita è precisa (o si esce o si rimane) ed è un tipico meccanismo di autoregolazione del mercato in quanto porta subito al soddisfacimento del bisogno frustrato: il fornitore di beni o servizi viene sostituito automaticamente con un concorrente. La voce invece è un processo più variegato, afferente alla sfera politica, che richiede un maggiore impegno personale e non è esente da

rischi, poiché non è sempre detto che il "reclamo" pubblico sortisca in tempi rapidi il cambiamento atteso.

Sebbene la delusione del consumatore sia più cocente in caso di beni durevoli, anche i servizi suscitano spesso sentimenti di delusione negli utenti, specie nelle fasi di maggiore espansione della tutela pubblica, per due motivi: l'elevato livello di aspettative dei nuovi fruitori e la variabilità della qualità e dell'efficacia dei servizi.

Riguardo all'opzione uscita, la MG convenzionata costituisce un'eccezione nel panorama della sanità pubblica, fin dalla sua nascita, per la centralità del rapporto di fiducia tra medico e paziente e la conseguente facoltà di scelta/revoca da parte di entrambi. Questo diritto istituzionalizza l'opzione uscita, che viene ad assumere quindi un importante ruolo di regolazione dei rapporti tra medico e paziente ed indirettamente anche tra i diversi professionisti.

Il Mmg inoltre può far leva su una certa quota di lealtà da parte dei suoi assistiti, che controbilancia eventuali tendenze alla defezione. La relazione stabile e di lunga durata tra medico e assistito rafforza in genere la lealtà di quest'ultimo, in particolare nei piccoli centri dove il medico è inserito in una fitta rete sociale e di relazioni informali (conoscenze, rapporti amicali e di vicinato, gradi di parentela, incarichi pubblici ricoperti, partecipazione ad attività sociali, ecc.). Quando invece la delusione per il deterioramento soggettivo della qualità assistenziale supera una certa soglia allora la lealtà viene meno e l'assistito può ricorrere all'uscita, vale a dire alla scelta di un nuovo medico.

FIDUCIA, NEGOZIAZIONE E CONTROLLO DELL'INCERTEZZA

La defezione dell'assistito può condizionare negativamente le decisioni del Mmg, segnatamente nei contesti organizzativi caratterizzati da: elevata concorrenzialità esterna (plethora medica, elevata offerta da parte del II livello e delle medicine non convenzionali) o interna alla categoria per l'acquisizione di assistiti (dislivello tra massimale individuale, 1500 scelte, e numero ottimale di medici rispetto alla popolazione, uno ogni mille residenti adulti).

Questi elementi "ambientali" rafforzano il potere negoziale dell'assistito che si fonda sull'uso strategico della revocabilità del rapporto fiduciario. La facoltà di revoca, nella misura in cui i compensi del medico sono legati al numero di scelte in carico, introduce nelle dinamiche relazionali dello scenario territoriale un elemento di incertezza, sconosciuto agli altri comparti della sanità pubblica che,

perlomeno fino ai primi anni novanta, erogavano prestazioni in un regime quasi monopolistico e quindi insensibile all'uscita. La sociologia dell'organizzazione dello studioso francese Michael Crozier, ha fornito un'originale analisi del ruolo svolto dall'incertezza negli equilibri relazionali e di potere, negli scambi negoziali formali e informali nelle organizzative produttive. Le ricerche empiriche condotte oltralpe hanno dimostrato che, anche nelle più rigide condizioni burocratiche, ogni attore sociale possiede un irriducibile margine d'azione. Tale potere informale derivava dal ruolo strategico occupato, ad esempio, dai manutentori nella filiera produttiva, in virtù delle competenze necessarie al riparo dei macchinari guasti che costituivano un elemento di incertezza per l'apparato produttivo. Incertezza che i manutentori erano in grado utilizzare strategicamente per spostare a proprio vantaggio gli equilibri negoziali.

Se un tale assunto è valido nell'ambito del lavoro subordinato manuale, si può comprendere quale rilievo possa assumere l'incertezza in un settore come quello sanitario, dove la relazione d'aiuto non può essere vincolata da norme amministrative, come quelle della convenzione. Su cosa si regge la potenziale influenza dell'attore sociale, sia a livello collettivo sia interpersonale? Secondo Crozier, l'autonomia dell'attore sociale si fonda sul potere (inteso come possibilità di influenzare il comportamento altrui) derivante dal controllo e dall'utilizzo, a proprio vantaggio, di una fonte di incertezza che condiziona il comportamento degli interlocutori (Crozier, Friedberg, 1978).

L'attore sociale può far leva su due strategie finalizzate alla massimizzazione del proprio interesse, grazie al controllo di una o più fonti di incertezza (strategia offensiva) e alla difesa della propria autonomia negoziale e di manovra, per sfuggire al condizionamento degli altri attori sociali (strategia difensiva), i quali a loro volta possono far leva su altre aree di incertezza strategica.

L'uso strategico e opportunistico dell'incertezza è il lato oscuro della fiducia e della facoltà di revoca, che condiziona il governo della domanda e la conversione del bisogno in prestazioni medico-sanitarie.

TRASFORMAZIONE DEL BISOGNO IN DOMANDA ESPRESSA E COMPLESSITÀ SOCIORELAZIONALE

Il rapporto di fiducia, nei suoi diversi significati, è all'origine di tensioni che investono il Mmg: da un lato si rivela un ingrediente fondamentale,

in quanto bene che cementa la relazione con l'assistito, dall'altro, in virtù della sua revocabilità, la fiducia assume il ruolo di regolatore e di modulatore della qualità del servizio, ma è anche fonte di incertezza che può condizionare negativamente i comportamenti e le scelte professionali (la revoca utilizzata o in senso opportunistico dall'assistito o collusivo con il medico, ai danni del terzo pagante).

Inoltre il rapporto tra relazione fiduciaria e governo della domanda è rilevante per alcune problematiche organizzative:

- l'attribuibilità economica delle prestazioni ai diversi agenti professionali, nell'ottica del budget come tetto di spesa programmato;
- i conflitti tra le preferenze dei diversi "principali" del Mmg (assistito, dirigenza Asl, agenzie regolatorie nazionali, ecc.);
- il ruolo dei diversi attori professionali nell'orientamento della domanda (autoinduzione delle prestazioni da parte dell'offerta specialistica);

Nella società complessa, infine, la conversione del bisogno in domanda esplicita di prestazioni medico-sanitarie non è più appannaggio esclusivo delle cure primarie, ma si differenzia in altri due livelli/attori:

- quella gestita autonomamente dal cittadino allorché avverte un disturbo (ad esempio, un dolore toracico che lo spinge alla consultazione di un medico);
- quella del Mmg, primo referente dell'assistito, che fornisce la prestazione di base (la prima visita medica e la richiesta di Ecg e consulenza cardiologia);
- quello dello specialista che eroga la prestazione di II livello e attiva altre forme di domanda (ad esempio, ulteriori indagini cardiologiche, come la prova da sforzo, ecc.).

Vediamo in dettaglio due esempi di conversione del bisogno in domanda espressa che bypassa il filtro delle cure primarie.

Nel recente passato l'ipotesi della dominanza professionale, teorizzata da Talcott Parsons negli anni Cinquanta, era la premessa per lo svolgimento di una funzione di agenzia "perfetta". A quell'epoca, infatti, il cittadino-paziente si sottometteva naturalmente, dopo aver riferito i suoi disturbi, alle prescrizioni del medico, che esercitava quindi in modo esclusivo e "naturale" il ruolo di tradurre i bisogni soggettivi in domanda esplicita di prestazioni sanitarie, solitamente in occasione di patologie di tipo acuto-infettivo.

Oggi non è più così e quel modello ideale appare ormai superato dall'evol-

uzione socioculturale: il cittadino-consumatore, attento ed informato, reclama l'accesso diretto alla tecnologia, talvolta prima ancora di aver esposto i suoi problemi al professionista. Questo inedito protagonismo dell'assistito introduce elementi di negoziazione con l'agente medico per l'accesso alle prestazioni, sconosciuti all'epoca della "dominanza professionale", e si esprime in tre tipologie di comportamenti:

- richieste esplicite al Mmg di "fare tutti gli esami del sangue", di accertamenti diagnostici preventivi, ecc.;
- accesso diretto al II livello (specialistica privata, medicine non convenzionali, ecc.);
- *empowerment* del consumatore, che è alla base di nuove forme di traduzione del bisogno (auto-diagnosi e auto-medicazione, associazioni di malati e gruppi di auto-aiuto, ecc.).

L'assistito in sostanza induce in modo diretto, cioè a prescindere dall'intervento dell'agente medico, l'offerta, poiché si ritiene legittimato a tradurre personalmente il bisogno in specifiche prestazioni sanitarie. Questo processo di autonomizzazione dal sapere medico è accentuato dall'accesso alle informazioni (rubriche sulla salute di quotidiani e periodici, siti internet, trasmissioni televisive, ecc.) e da un'offerta capillare e diversificata (attività liberoprofessionale *intra* ed *extra-moenia*, centri polispecialistici privati, campagne promozionali, ecc.) che tende a bypassare le cure primarie.

Sul versante opposto in virtù di varie concause (la transizione epidemiologica dalle malattie acuto-infettive a quelle cronico-degenerative, l'accentuata divisione del lavoro, l'innovazione biotecnologica e la conseguente differenziazione funzionale del sistema organizzativo) anche il II livello contribuisce alla traduzione del bisogno in domanda e ad orientare l'offerta di prestazioni.

Valga per tutti l'esempio del pronto soccorso. Da almeno una decina d'anni, le statistiche segnalano un continuo aumento degli accessi impropri alle strutture ospedaliere d'emergenza - i cosiddetti codici bianchi - per disturbi minori che esulano dall'effettiva urgenza/emergenza. L'accesso diretto dell'assistito al pronto soccorso salta il filtro del Mmg, vanificandone quindi la funzione di traduttore del bisogno e di orientamento della domanda. Conseguentemente la traduzione del bisogno in domanda slitta dal I al II livello, che opera in condizioni di incertezza (deficit di informazioni sul paziente, contesto emergenziale, rischio medico-legale, filtro al ricovero, ecc.) e quindi è

portato ad acquisire il maggior numero informazioni nel minor tempo possibile per poter discriminare l'urgenza vera dalla pseudo-urgenza.

Anche nella gestione delle patologie croniche il II livello gioca un ruolo significativo nella traduzione del bisogno in domanda di prestazioni. In questo settore, infatti, il Mmg delega spesso alla medicina specialistica alcune decisioni rilevanti (ricoveri per interventi di bypass, cataratta, chirurgia refrattiva ed ortopedica, ecc.) o la presa in carico degli assistiti portatori di malattie croniche a bassa prevalenza (Hiv, neoplasie, malattie autoimmuni ed emopatie, ecc.) o di particolare complessità, come il diabetico tipo 1 in fase di instabilità. Vanno in questa stessa direzione anche le organizzazioni ospedaliere strutturate secondo il modello *hub & spoke*, che prevede la concentrazione della produzione di maggiore complessità clinico-assistenziale per acuti in centri di eccellenza ad alta tecnologia (*hub*) e la gestione del sistema di selezione ed invio dei pazienti verso l'*hub* in strutture periferiche (*spoke*) funzionalmente subordinate e integrate con il centro di riferimento. Infine la delega decisionale del Mmg allo specialista è formalmente prevista dalle norme per la rimborsabilità di alcuni farmaci soggetti a Note Aifa o al rilascio del cosiddetto piano terapeutico da parte dai centri specialistici ospedalieri o universitari di III livello (interferoni, eritropoietina, ormoni per la fecondazione assistita, anti-diabetici e anti-psicotici di ultima generazione, immunosoppressori e farmaci "biologici", antiaggreganti piastrinici, ecc.).

CONCLUSIONI

Le inedite forme di traduzione del bisogno in domanda possono interagire sottoponendo a tensioni e sfilacciando il tradizionale rapporto fiduciario su cui si regge la MG. In questo scenario anche il governo della domanda deve differenziarsi in omologhe forme, soprattutto se si intende perseguire il "controllo" della domanda e dell'offerta. Le considerazioni critiche di Francesco Taroni sul governo clinico si possono estendere al governo della domanda: "i processi di produzione e distribuzione dei servizi sanitari si svolgono attraverso reti di relazioni complesse e scarsamente gerarchizzabili fra organizzazioni e professioni diverse, in cui nessuno dei numerosi attori può esercitare la funzione di comando e controllo e, parallelamente, non esiste un unico soggetto cui imputare responsabilità complessive" (Grilli, Taroni, 2004).

Bibliografia

AA. VV., "Bisogno di salute e governo della domanda", numero monografico di *Salute e Territorio*, 143, 2004.

Boioli F., "Dalle analisi alla diagnostica esplodono le prestazioni: il check è indispensabile ma va fatto con i medici", I quaderni di accademia "ABC... salute", *Il Sole 24 Ore Sanità*, febbraio 2004.

Brenna A., *Manuale di economia sanitaria*, CIS editore, Milano, 1999.

Bruni L., Zamagni S., *Economia Civile*, Il Mulino, Bologna, 2004.

Cipolla C. (a cura di), *Manuale di sociologia della salute*, I. Teoria, II. Ricerca, Angeli, Milano, 2004.

Cislaghi C., "Il governo della domanda nei sistemi sanitari", in AA. VV., 2004.

Crozier M., Friedberg H., *Attore sociale e sistema*, Etas, Milano, 1978.

Domenighetti G., *Il mercato della salute*, CIS editore, Milano, 1994.

Donzelli A., "Quale ruolo per la medicina di base: privilegiare l'orientamento della domanda e il governo dei consumi, o il ruolo di erogazione?", *Salute e Società*, 1, 2002.

Giarelli G., *Il malessere della medicina*, Angeli, Milano, 2003.

Giarelli G., *Sistemi sanitari*, Angeli, Milano, 1998.

Grilli R., Taroni F. (a cura di), *Governo clinico, Il pensiero Scientifico*, Roma, 2004.

Hirschmann A. O., *Lealtà, defezione, protesta*, Bompiani, Milano, 2002.

Hirschmann A. O., *Felicità pubblica felicità privata*, Il Mulino, Bologna, 2003.

Levaggi R., Capri F., *Introduzione all'economia sanitaria*, Angeli, Milano, 2003.

Levaggi R., "Forme di organizzazione dei medici di MG, budget e governo della spesa", in Fiorentini G. (a cura di), "I servizi sanitari in Italia 2003", Il Mulino, 2004.

Longo F., Vendramini E. (a cura di), *Il budget e la medicina generale*, Mc Graw-Hill, Bologna, 2001.

Mapelli V., "La domanda sanitaria", *Federazione Medica*, 9, 1993: 21-25.

Muraro G., *Saggi di economia sanitaria*, Cleup, Padova, 1999.

Pencheon D., "Managing demand: Matching demand and supply fairly and efficiently", *BMJ*, May 30, 1998; 316(7145):1665-1667.

Tousijn W., "Il sistema delle occupazioni sanitarie: dominanza medica e logica professionale", *Salute e Società*, 3, 2004.

Tedeschi P., Tozzi V. (a cura di), *Il governo della domanda*, Mc Graw-Hill, Bologna, 2004.

Vino A., "Uscita e voce per l'innovazione della Pubblica Amministrazione", *Studi Organizzativi*, 1, 2000.

Come collaborare con Prospettive Sociali e Sanitarie

- I testi dovranno pervenire in redazione in formato elettronico.
- La lunghezza dei testi non dovrà superare le 30.000 battute, comprese, tabelle, note e bibliografia.
- Gli articoli inviati a PSS non possono contemporaneamente essere proposti ad altre riviste.
- Indicare sempre: nome e cognome, indirizzo e recapito telefonico, qualifica e/o ente di appartenenza.

Sono disponibili a richiesta le norme complete con le indicazioni redazionali per la stesura degli articoli.

Per eventuali chiarimenti, rivolgersi alla redazione allo 02 46764277, o scrivere a pss@hsn.it.

Genitorialità, migrazione, infezione da Hiv

NELL'AMBITO DEI PROCESSI MIGRATORI IN ITALIA, IN QUESTI ANNI SI È ASSISTITO AD UNA FASE DI RICONGIUNGIMENTI FAMILIARI CHE HA PORTATO ALLA NASCITA DI NUMEROSI BAMBINI. COSÌ COME ALTRE STRUTTURE NAZIONALI, ANCHE I SERVIZI SANITARI E SOCIALI CHE SI OCCUPANO DI INFEZIONE DA HIV IN ETÀ PEDIATRICA HANNO DOVUTO CONFRONTARSI CON LE ESIGENZE DI QUESTA POPOLAZIONE.

S. Oletto,* A. M. Canestrari,**
S. Nizzetto,* C. Giaquinto *

*Se perderai anche tutti i tuoi beni,
non disperare: potranno essere ritrovati.
Se perderai l'onore,
non disperare: forse potrai ricostruirti
una nuova fama.
Ma se perderai il coraggio,
ogni via di ripresa ti sarà sempre
preclusa.*

Wolfgang Goethe

Le migrazioni di oggi non possono sorprendere, sono il frutto di dinamiche politiche e sociali insite in uno sviluppo mondiale dove una minoranza proiettata inesorabilmente in avanti, si lascia dietro una lunga scia di esclusi: tra questi chi può, cerca di non farsi risucchiare sempre più indietro ed emigra (Geraci, 2000, p. 29).

La migrazione è una realtà in cui il "sociale" e il "sanitario" si intrecciano indissolubilmente.

"Emigrante" è colui che si sposta da un paese all'altro o da una regione all'altra, sufficientemente diverse e distanti e per un tempo prolungato, tanto da implicare il dover vivere e sviluppare attività quotidiane. Si trova impegnato ad adattarsi nella nuova realtà imparando, confrontando, accettando, rifiutando (Morrone, Mazzali, p. 159).

Lo sradicamento dal proprio Paese, l'accettazione della perdita per ciò che si è lasciato, l'impatto con una cultura spesso molto diversa, le iniziali condizioni di povertà, sono fattori di rischio per l'integrità della salute del migrante, malgrado la scelta della migrazione sia, comunque, operata da soggetti in buona salute.¹ Le situazioni nuove da affrontare e la mancanza di punti di riferimento conosciuti possono scatenare processi che coinvolgono e compromettono tutte

le sue strutture psicologiche mettendo in crisi l'identità. D'altro canto, patologie importanti, quali l'infezione da Hiv, possono essere eredità della vita passata nel proprio paese e già presenti, anche se non conosciute, all'arrivo nel paese di immigrazione.

L'Italia, quale Paese industrializzato e centro geografico del bacino del Mediterraneo, rappresenta ormai da diversi anni un crocevia di molte rotte migratorie con partenza dall'Africa, dall'Asia e dall'Est europeo. In questi anni si è assistito a un cambiamento dei flussi migratori passando da una migrazione costituita da singole persone in cerca di occupazione ad un processo di ricongiungimenti familiari che ha portato alla nascita di numerosi bambini.²

Così come altre strutture nazionali, anche i servizi sanitari e sociali che si occupano di infezione da Hiv in età pediatrica hanno dovuto confrontarsi con le esigenze di questa popolazione. Negli ultimi anni, infatti, si è assistito a una crescita di bambini nati da madri

Note

* Servizio di Patologia pediatrica dell'immunodepresso, Dipartimento di Pediatria di Padova.

** Servizio Materno-infantile, Seconda clinica Ostetrico-ginecologica, Clinica "L. Mangiagalli", Università di Milano.

1 Gli immigrati sono in massima parte giovani, molto spesso laureati o diplomati, in percentuale altissima perfettamente sani, non sono affatto né portatori né diffusori di malattie rare, esotiche o sconosciute, si ammalano in Italia per la gravosità dei lavori cui si sottopongono, per lo stress da trans-culturalizzazione, per la precarietà delle loro condizioni di vita (Esposito, s.d.).

2 L'andamento dell'immigrazione è diventato molto sostenuto tra il 2000 e l'inizio del 2004, portando a una stima di 2.600.000 le presenze regolari di immigrati. Tra questi, 400.000 sono minori, che aumentano al ritmo di 65.000 l'anno (divisi circa in 35.000 come nuovi nati e 25.000 come nuovi ingressi). A livello nazionale, gli immigrati hanno un'incidenza del 4,5% sulla popolazione complessiva (un immigrato ogni 22 abitanti) (Caritas, 2004).