

Il rapporto medico-paziente e i Centri di cure primarie

Gianfranca Ranisio

professore straordinario di antropologia culturale, Dipartimento di sociologia, Università degli studi di Napoli "Federico II"
[gianfrancaransio@yahoo.it]

Premessa

Il tema del rapporto medico paziente è una questione che attraversa la storia della medicina occidentale, a partire da Ippocrate che poneva come prerequisito per un buon medico l'amore per il prossimo, ad Aristotele che, definendo tale relazione un'amicizia tra diseguali, ne sottolineava il carattere asimmetrico, sino alle definizioni e agli studi più recenti, che individuano tre modelli di relazione: paternalistica, condivisa, informata, privilegiando soprattutto la capacità attuale dei pazienti di essere in grado di scegliere, negoziare, decidere⁽¹⁾ (CHARLES C. - GAFNI A. - WHELAN T. 1999; FAINZANG S. 2004).

Sono anche interessanti a questo proposito le considerazioni che su questo rapporto ha formulato Lain Entralgo, secondo il quale l'indole del rapporto consiste nell' "amicizia medica", che comporta fiducia e confidenza da parte del malato ed efficace volontà di aiuto tecnico da parte del medico. In tale ottica il medico e il paziente sono coautori del rapporto terapeutico, nel quale entrambi esercitano un' "arte creativa"⁽²⁾. «La relazione medico-malato comporta aspetti conoscitivi, storico-sociali ed etico-affettivi, i quali sono presenti simultaneamente in ogni atto medico...» (LAIN ENTRALGO P. 2007 [1967]: 31).

Tuttavia tale "amicizia" ha dei limiti e implica un atteggiamento di tipo elastico, da parte del medico nel superare il paternalismo, dietro il quale si può celare non solo l'affermazione dell'autorità professionale, ma anche il desiderio di guadagno, da parte del malato nel porre dei limiti all'autonomia, in quanto legata a una eccessiva rivendicazione di diritti.

L'instaurarsi della cosiddetta alleanza terapeutica è considerata da più parti una condizione fondamentale per il buon esito della terapia. Que-

sta relazione, sia essa definita come amicizia medica o alleanza terapeutica, non si realizza nel vuoto, ma all'interno di uno specifico contesto sociale, essendo essa stessa un prodotto sociale, che presuppone una concezione della malattia, della cura e una pratica dell'assistenza sanitaria. Si tratta, infatti, di un rapporto complesso, personale e sociale allo stesso tempo, che si concretizza in uno spazio terapeutico attraversato da dinamiche articolate, nel quale si confrontano e interagiscono determinate reti sociali e determinati orizzonti culturali (PELLICCIARI M. 2003). Come rileva Laura Balbo: «Le pratiche della cura sono una dimensione fondamentale della società in cui viviamo; in un certo senso, ne sono espressione paradigmatica» (BALBO L. 1999: 7). Esse chiamano in causa il rapporto salute-società e il modo articolato in cui si configura. Laddove i sistemi sanitari sono a carattere pubblico, come nel nostro Paese, particolare attenzione va alle trasformazioni nel campo della salute, che riguardano i ruoli sociali, i compiti, le competenze degli attori coinvolti e gli stessi processi di produzione del sapere. Poiché queste trasformazioni sono in rapporto con le trasformazioni della società, nell'analizzarle non si può dare per scontati i presupposti che sono alla base di decisioni e iniziative prese nel campo dell'assistenza sanitaria (SEPPILLI T. 2004: 62; FAINZANG S. 2006: 20).

L'importanza del rapporto medico-paziente è particolarmente evidente in medicina generale, per suo statuto disciplina che permette al medico di seguire la storia dei suoi pazienti nei momenti di salute e malattia, di conoscere l'ambiente sociale, lavorativo e familiare in cui essi vivono, sviluppando un rapporto continuativo nel tempo. Vi sono una serie di momenti di contatto medico-paziente che prescindono dalle situazioni di morbilità o di acuzie, tra cui rientrano le prescrizioni di ordine burocratico, le esigenze di assicurazione personale e sociale e, soprattutto nei piccoli centri, le occasioni inerenti momenti o aspetti di vita privata.

Il medico di medicina generale (da qui in avanti MMG) nella sua attività lavorativa si trova di fronte a individui che non può considerare come la semplice somma di più organi e funzioni, ma che vivono in un nucleo familiare, che reagisce in maniera dinamica alla malattia di un suo membro. Infatti la condizione di paziente va considerata all'interno di quelli che sono i rapporti tra l'individuo e il suo gruppo di appartenenza e questo ha una sua rilevanza nel decorso stesso della malattia (LUPO A. 1999). In linea con la necessità di ridare spazio al territorio e restituire centralità all'assistenza primaria, di fronte alla forte settorializzazione delle professionalità mediche e alla tecnicizzazione delle pratiche dia-

gnostiche, compiti e funzioni del MMC. tendono a diventare sempre più ampi e compositi. Come Good sottolinea, anche nella pratica dell'assistenza primaria si è introdotta la prevalenza della razionalità strumentale rispetto al cuore intellettuale della medicina. «La razionalità pervade la sanità pubblica: qui considerare la sofferenza umana, il mondo morale locale, il significato della malattia e dei rituali di affiliazione sembra anacronistico e fuori luogo. Troppo spesso, poi, la razionalità strumentale viene inserita nelle scienze sociali mediche, dove il linguaggio del comportamento si unisce ai paradigmi riduttivi mentali sperimentali ed epidemiologici della scienza, mettendo da parte i valori» (GOOD B.J. 2006 [1994]: 274).

Inoltre, il fatto che l'incontro professionale, che pone in contatto individui portatori di differenze sociali e culturali, avvenga nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale – si svolga, cioè, all'interno di un contesto istituzionale che detta le sue norme –, pone delle condizioni che sono indipendenti dagli interlocutori fisicamente presenti.

Nei Paesi occidentali i sistemi sanitari già dagli anni Ottanta sono stati soggetti a trasformazioni profonde, con l'introduzione di varie forme di management nella gestione dell'assistenza e ciò ha fatto sì che molti medici abbiano vissuto questo processo come una deprofessionalizzazione, sentendo minacciata la loro autonomia professionale e anche l'autorità morale, sulle quali in parte poggiavano la loro autorevolezza (FILIC D. 2006; STANGE K.C. 2010). Tuttavia le profonde riflessioni avviate su queste tematiche hanno portato a ridefinire il modo di considerare la pratica medica, nell'ambito dell'assistenza primaria, con l'affermarsi di concezioni basate sul passaggio da una “medicina basata sulla malattia” a “una medicina centrata sul paziente”, dalla medicina d'attesa alla medicina d'iniziativa, tutte impostazioni che permettono di rivalutare il carattere essenzialmente preventivo-educativo della medicina generale. Se ci si chiede che tipo di intellettuale è oggi il medico di medicina generale, come è cambiata la sua figura e il suo ruolo sociale, emerge quale punto fermo da un lato la volontà del recupero dell'antica dimensione di medico della persona, per citare il titolo di un libro che ebbe a suo tempo grande successo (SALVESTRONI F. 1973), ma dall'altro lo sguardo rivolto al futuro, attraverso l'impiego delle nuove tecnologie e il continuo aggiornamento. Infatti, il medico di medicina generale oggi deve possedere competenze non solo clinico-diagnostiche, ma anche di informatica e di tecnica gestionale amministrativa.

Nuove forme e modalità organizzative

Queste ridefinizioni di ruoli e compiti hanno avviato un processo che comporta il superamento della figura tradizionale del medico di famiglia che operava in forma solitaria (o da solista, come viene più volte definito nella sua mansione tradizionale) in favore di un'evoluzione verso forme aggregative, secondo una linea di tendenza presente in vari Paesi ed analizzata nella letteratura (DAMIANI G. *et al.* 2007; GUZZANTI E. *cur.* 2009). Anche il peso che il prevalere e l'incombenza di pratiche e attività burocratiche hanno avuto progressivamente sugli aspetti clinici, nello specifico della situazione italiana, è stato uno stimolo alla riorganizzazione della medicina generale dal suo interno (CIPOLLA C. - CORPOSANTO C. - TOUTSIJN W. *curr.* 2006; GIARELLI G. - PATIERNO M. *curr.* 2006).

Negli ultimi decenni si sono sviluppate dunque nuove modalità di organizzazione dell'attività della medicina generale sul territorio, quali l'instaurarsi di forme associative tra medici e l'apertura di centri di cure primarie, dalle varie denominazioni e dalle varie modalità di gestione, oggi previsti anche dagli Accordi nazionali di categoria. Mi sembra importante considerare questi due aspetti di trasformazione nel loro reciproco interagire.

Attualmente la riorganizzazione dell'assistenza territoriale è diventato un tema centrale del dibattito politico e sanitario. Il Decreto Balduzzi prevede, infatti, all'art. 1 l'integrazione professionale e il lavoro di squadra nella medicina generale, attraverso forme organizzative quali le Aggregazioni Funzionali Territoriali e le Unità Complesse di Cure Primarie, per garantire l'attività assistenziale h. 24 per tutti i giorni della settimana e ridurre gli accessi ai Pronto Soccorsi Ospedalieri. In tale prospettiva, che richiede una "ristrutturazione" del sistema sanitario nazionale, il cooperativismo medico si pone come una risorsa, a partire da una serie di sperimentazioni attivate localmente, come l'erogazione di servizi ai soci e la costituzione di nuclei territoriali di cure primarie attivi in differenti realtà regionali, attraverso un percorso che si è andato delineando e arricchendo lungo questi anni, pur con difficoltà.

Guardando al mondo medico con gli occhi di chi è esterno rispetto ad esso, così come alle problematiche della cooperazione medica, ma è interessato a cogliere nelle sue sfaccettature e nella sua complessità il rapporto salute-società, la funzione dell'assistenza primaria appare di fondamentale importanza e all'interno di questa il ruolo del MMG. Sarebbero interessanti studi etnografici che, attraverso l'approccio qualitativo dell'osservazione

e delle interviste in profondità, esaminassero i cambiamenti nell'organizzazione delle cure primarie⁽³⁾.

L'adesione a forme associative e, in particolare, a una cooperativa medica, quale è il caso che andiamo a considerare, permette nuove modalità di organizzazione del lavoro, tuttavia richiede impegno anche volontario e dunque non retribuito. Si rivela utile per i vantaggi organizzativi, ma lo è anche nella percezione dei pazienti-utenti?

Nella letteratura internazionale sono riportati risultati eterogenei, anche contrastanti. Se, infatti, appare evidente che per la medicina generale in Europa la linea di tendenza è il passaggio dalla pratica isolata al lavoro in gruppo, tuttavia non sempre i giudizi dei pazienti-utenti sono positivi.

Uno studio basato sull'analisi di 19 ricerche qualitative pubblicate su riviste in inglese e francese tra il 2001 e il 2008 ha posto in evidenza due aspetti fondamentali: da un lato la diffusione di strategie di cambiamento organizzativo che vanno nella direzione del lavoro in gruppo, dall'altro i problemi collegati agli aspetti relazionali e alle interazioni all'interno del gruppo. Dalla comparazione di queste ricerche risulta che spesso è stato sopravvalutato l'effetto che può avere la costruzione di un'identità collettiva, che dovrebbe coinvolgere l'intero gruppo in una pratica di lavoro condiviso (BELANGER E. - RODRIGUEZ C. 2008).

Da uno studio qualitativo condotto a Londra da Branson e Armstrong su 18 medici, appartenenti a 11 studi di medicina generale, è emerso che, se vi sono indubbi e riconosciuti vantaggi nell'organizzazione del lavoro di gruppo, tuttavia l'equa distribuzione del carico di lavoro suscita preoccupazione e può creare situazioni di risentimento e di stress, creando difficoltà nelle dinamiche di gruppo. Gli autori hanno posto in evidenza le varie strategie adottate per risolvere questo problema, tra le quali l'instaurare un rapporto di fiducia tra i soci, la creazione di sistemi di lavoro basati su ruoli e compiti espliciti e il miglioramento della comunicazione e dell'informazione, sia a livello formale che informale, anche con incontri periodici. La fiducia rimane comunque un'importante componente del successo del gruppo di lavoro ed è un prerequisito per una buona qualità dell'assistenza (BRANSON R. - ARMSTRONG D. 2004).

Anche negli Stati Uniti, indagini empiriche hanno dimostrato i vantaggi della medicina in gruppo rispetto al medico che lavora isolato, sia sul piano del rendimento, che dell'efficienza e del controllo del rischio di errore. I medici in gruppo sono in grado di offrire una maggiore gamma di servizi, si dividono i costi fissi, condividono informazioni, tecnologie e responsabilità (DAMIANI G. *et al.* 2007: 8).

Alcuni studi hanno cercato di delineare le valutazioni di questa trasformazione non solo in termini di vantaggi organizzativi ma anche di qualità percepita, sia dagli operatori che dai pazienti. Così una ricerca norvegese ha posto in evidenza che quanto più la rete dei MMG funziona ed è elevata la qualità professionale, suscitando un alto gradimento tra i pazienti, tanto più è basso il ricorso ai ricoveri ospedalieri (CARLSEN F. *et al.* 2007).

Secondo una ricerca svolta nel 2005 nei Paesi Bassi vi sarebbero invece valutazioni differenti a seconda che si consideri il punto di vista dei medici o quello dei pazienti. Infatti i medici intervistati elencavano, quali aspetti positivi realizzati attraverso la forma associativa, l'accesso a maggiori informazioni cliniche, maggiori supporti informatici, la possibilità di una migliore organizzazione a livello di gestione, in contrapposizione con l'attività praticata nello studio singolo, avvertita come più gravosa e soprattutto fonte di maggior stress. Al contrario, i pazienti intervistati riscontravano maggiori carenze sul piano relazionale e dichiaravano che preferivano rivolgersi al medico che lavorava da solo, perché lo consideravano più accessibile e più disponibile. Si rilevava perciò che la qualità delle infrastrutture era migliore nella medicina di gruppo, ma i pazienti, antepoendo la qualità del rapporto alle considerazioni di carattere organizzativo, apprezzavano di più il medico che praticava da solo, in quanto lo consideravano come colui che fornisce un'assistenza continua e personalizzata, (VAN DEN HOMBERGH P. *et al.* 2005). Quest'ultima ricerca pone in evidenza alcuni risultati contraddittori ed è stato anche questo che ci ha indotto a compiere una indagine in alcuni centri di cure primarie gestiti da una medesima cooperativa (RANISIO G. - SIMONE C. *curr.* 2010). Non è infatti compito dell'antropologo sostenere un modello invece che un altro, ma tentare di comprendere e spiegare un modello di assistenza ponendone in evidenza vantaggi e difficoltà.

Se i cambiamenti nell'organizzazione sanitaria, le pressioni economiche sulle scelte, la necessità di un aggiornamento continuo, la diffusione di tecnologie sempre più specializzate nella diagnostica e nelle cure, hanno reso difficile mantenere le competenze e soddisfare le aspettative dei pazienti, tuttavia l'introduzione dei supporti informatici e la telemedicina stanno producendo nuove modalità di relazione e possono contribuire alla qualità dell'assistenza (MECHANIC D. 2008).

Di fronte a tali innovazioni, l'associazione in cooperativa si rivela utile perché consente di superare le difficoltà che insorgono, fornendo sia la possibilità di dotarsi di uno strumentario elettronico adeguato, sia gli stimoli necessari, permettendo un immediato accesso alle informazioni e

un controllo sui dati clinici. Anche rispetto alla riorganizzazione dell'assistenza primaria sul territorio, le cooperative mediche possono fornire gli strumenti e il supporto necessari.

Il medico in cooperativa rappresenta perciò oggi una nuova figura di professionista, poiché si trova a dover sviluppare capacità manageriali e gestionali amministrative, a dover fare una formazione continua a tutto campo, nella quale oltre alla preparazione tecnico-professionale, deve acquisire conoscenze e competenze aggiuntive che gli consentano di lavorare in un'ottica di lavoro integrato.

L'immagine che emerge è quella di una professionalità in trasformazione, che deve stare al passo con l'innovazione tecnologica e informatica, in aggiunta a quella clinico-professionale, ma che continua a costituire a tutt'oggi una figura di cerniera tra la domanda di salute, i bisogni dei pazienti e le risposte e gli interventi messi in atto dalle istituzioni.

I medici in cooperativa

L'interrogativo, che è stato al centro nella ricerca cui facciamo riferimento, è se le trasformazioni organizzative intervenute nelle modalità del lavoro possano incidere e in che modo sul rapporto medico-paziente.

Sulla base di queste problematiche, ho ritenuto importante soffermarmi sul punto di vista dei soci di una cooperativa, e poi, più nello specifico, sui Centri di cure primarie (CCP) per analizzare la valutazione che gli utenti ne danno, prendendo come oggetto di analisi tre CCP, sorti in Campania, nella provincia di Benevento e gestiti dalla Cooperativa medica denominata "Samnium Medica"⁽⁴⁾.

I CCP costituiscono strutture che forniscono una risposta ai cambiamenti nel settore dell'assistenza primaria, che esprime bisogni nuovi e crescenti, ma allo stesso tempo possiede risorse economiche sempre più limitate. Rappresentano comunque un tentativo di miglioramento nell'erogazione dei servizi e di superamento dell'isolamento professionale.

In una prima fase della ricerca, l'intento è stato quello di recuperare il punto di vista degli attori che operano all'interno della cooperativa, per far emergere i significati che attribuiscono alla loro attività, le rappresentazioni che sono condivise all'interno del gruppo rispetto alla riorganizzazione del lavoro. Poiché i tre centri sono accomunati dal fatto di essere gestiti dalla stessa cooperativa, alcuni dei medici intervistati svolgono

anche funzioni di gestione, esperienza che si pone all'interno di un percorso associativo⁽⁵⁾.

I medici di questa cooperativa si possono definire appartenenti a un gruppo professionale fortemente omogeneo dal punto di vista socioculturale, poiché condividono la stessa esperienza lavorativa e lo stesso ambito territoriale di appartenenza.

Questo aspetto risulta ancor più evidente per i medici coinvolti nei CCP, in ambiti territoriali circoscritti, poiché molte risposte a domande di carattere generale, – come ad esempio le attività del tempo libero –, sono omogenee: molti di loro si dedicano ad attività agricole, dato il contesto rurale di appartenenza, altri ad attività di volontariato o di solidarietà.

Per molti medici rispondere a queste domande è stato anche un modo per riflettere su se stessi e sulla loro esperienza e per questo il discorso è fluito liberamente, al di là dello schema proposto, articolandosi in ampie considerazioni. Dalle risposte emergono alcuni elementi comuni, quali da un lato il riferimento a un sistema di valori collegato al mondo dell'assistenza primaria e allo stesso ruolo del medico di famiglia, le opzioni etico-politiche, che sono alla base delle concezioni della presa in carico e della cura nell'approccio alla salute, dall'altro la consapevolezza che è necessario dotarsi di nuove metodologie e strumenti per il migliore svolgimento della propria professione.

Come da altri studi (GIARELLI G. - PATIERNO M. *curr.* 2006), emerge chiaramente che alla base della scelta dell'associazione in cooperativa vi è stata l'esigenza di uscire dall'isolamento e di instaurare rapporti di condivisione e collaborazione professionale. Gli intervistati vogliono "raccontare" di un proprio modo di essere medici e al contempo del modo in cui hanno cercato di fronteggiare le disposizioni introdotte nel sistema sanitario, che rischiavano di mettere in discussione la loro identità professionale.

Può essere interessante riportare direttamente le parole dei soci fondatori, a partire dall'attuale presidente:

«La necessità culturale di favorire in maniera continuativa uno scambio di esperienze di lavoro e di soluzioni attuate, rispetto ai tanti problemi che investono la professione del medico di medicina generale, ha stimolato la necessità di aggregazione e dello stare insieme. Questa necessità a metà degli anni Novanta si è concretizzata nella nascita della "Samnium Medica", cooperativa di medici di medicina generale e pediatri di libera scelta. Mi ritengo un socio fondatore della Samnium. A mio avviso i cambiamenti della professione determinati dalle crescenti incombenze amministrativo-burocratiche sono state lo stimolo determinante alla base di questa scelta. Le leggi ed i contratti siglati per l'Assistenza primaria hanno favorito

l'opzione cooperativistica, anche perché essa rappresenta, in maniera più evidente, quella forma associativa che privilegia l'aspetto etico e solidale dello stare insieme. Da subito abbiamo compreso le potenzialità e le opportunità che la cooperativa ci dava a tutti noi. Non poche sono state le difficoltà e le contrapposizioni che abbiamo incontrato! Invero abbiamo percepito da subito una volontà di progredire e di abbandonare il vecchio modello del medico di medicina generale, solo, isolato e spesso, specie negli ultimi anni Ottanta, demotivato» (A.M.).

Una spinta decisiva all'aggregazione a metà anni Novanta è venuta dal processo di burocratizzazione che ha investito la sanità pubblica. La cooperativa ha fornito delle opportunità non solo per rispondere a tale processo ma, soprattutto, per far progredire la professione.

«Determinante fu il senso di solitudine e di impotenza che cominciava a pervadere l'animo di tanti medici di base, il mio compreso, di fronte a quello che sarà poi uno tsunami di note, di regole, di protocolli prescrittivi, di reports mensili, di budget di spesa ed altro» (B.B.).

È molto efficace l'immagine di questa burocratizzazione che, con note, regole, protocolli, come uno tsunami si abbatte sul medico che si trova da solo nel suo studio e accresce il suo senso di impotenza. In questo caso la solitudine può diventare anche una dimensione psicologica e di sofferenza, che è importante contrastare.

Da questo nasce la riflessione su come è cambiata la professione rispetto agli anni Ottanta, quando il medico era inteso «come isolato e autoritario pur nella concezione paternalistica e solidale del ruolo»⁽⁶⁾. Tra i soci fondatori il ricordo dell'atto di costituzione è riportato da più di un intervistato con piacere e orgoglio:

«Sono stato uno dei soci fondatori della cooperativa Samnium e ricordo con piacere ancora oggi la lunga fila dal notaio a Cerreto Sannita in occasione della sua nascita» (L.I.).

In più di una risposta ci si riferisce a quel giorno, ricordando la lunga fila, il "giorno particolare", "il nuovo orizzonte",

«Che quello di tanti anni fa, per alcuni medici della valle telesina, fosse un giorno particolare lo si vedeva già dal mattino, perché, lo ricordo come fosse ieri, un qualcosa di nuovo, un orizzonte nuovo si andava delineando nell'ambito della professione medica. Nuovi obiettivi, nuove azioni, nuovi compiti, nuovi comportamenti, nuove iniziative si concretizzavano nel mondo sanitario sempre in continua evoluzione [...] Ed io ero uno dei fondatori. Uno di quei medici che abbattendo il recinto del proprio giardino professionale aveva sentito forte la esigenza di confrontarsi con gli altri colleghi per mettere a punto teorie, metodi, suggerimenti e strumenti orientati al miglioramento della qualità del lavoro del MMG e di verifica dell'appropriatezza delle prestazioni erogate» (F.L.).

Nel trascrivere questa risposta è stato usato il corsivo per il termine “nuovo”, perché è significativo dello stato d’animo di chi ricorda quell’evento e pone con enfasi l’accento sulla innovazione che ha rappresentato la nascita della cooperativa per i medici di quel contesto. Introducendo strumenti inediti per il miglioramento della qualità del lavoro, la cooperativa si contrappone a un’altra immagine molto significativa: quella del “recinto del proprio giardino professionale” o dell’isolamento, ricorrente in più di una risposta.

«Ho aderito, sin dal primo momento, a questa iniziativa perché sentivo che, nello scambio di opinioni e di idee, si sarebbe trovato il modo più efficace per uscire dal declino di una professione, che, nel suo perpetuarsi nel solipsismo, perdeva, sempre più, la sua ragion d’essere, in un mondo in cui le novità scientifiche e l’ammodernamento tecnologico lasciano scarse possibilità agli individui di stare all’altezza dei tempi» (A.S.).

La cooperativa ha fornito gli strumenti per contrastare l’immagine negativa del declino della professione che molti avvertivano, dando la possibilità di un continuo scambio di idee, attraverso il contatto umano e la formazione. Nelle testimonianze riportate si nota perciò l’orgoglio di essere stati “testimoni e artefici” delle trasformazioni della medicina generale. Infatti all’espressione “uscire dal guscio”, che ricorre in più di un’intervista, sono contrapposte situazioni che forniscono possibilità professionali nuove, risposte adeguate e competitive, il passaggio dallo studio isolato allo sviluppo del comparto delle cure primarie, e quindi con queste trasformazioni anche l’opportunità di relazionarsi ad altre strutture sanitarie con “pari dignità”, dando forza e dignità alla Medicina generale rispetto agli altri comparti del Sistema sanitario nazionale, come quello ospedaliero:

«Essere in una cooperativa di MMG significa cogliere una possibilità professionale nuova, passare da un associazionismo inteso come semplice e passiva difesa dei propri interessi ad un associazionismo inteso come momento aggregativo attivo basato su obiettivi mirati, realistici, che possa trovare risposte competitive e adeguate allo sviluppo di un reale comparto delle cure primarie, finalmente struttura centrale nella gestione della salute sul territorio. Una cooperativa, infatti, può relazionarsi al comparto ospedaliero, all’Amministrazione sanitaria ed in prospettiva a mutue ed assicurazioni private, con pari dignità e con un atteggiamento non più subordinato, qualificando i suoi associati con l’obiettivo di una vera valorizzazione professionale ed economica del MMG» (G.C.).

La cooperativa fornisce gli strumenti e il supporto organizzativo per la crescita professionale, ma anche vantaggi economici stabiliti dagli Accordi nazionali e poi da quelli regionali. Tuttavia i vantaggi economici, ai quali si accenna in alcune risposte, che pure sono presenti e hanno

la loro rilevanza, non sono posti in evidenza come fattori determinanti, rispetto ai vantaggi che si possono ricavare sul piano dell'esercizio della professione, come appare anche in altre ricerche (GIARELLI G. - PATIERNO M. curr. 2006).

Il tornaconto economico, pure esplicitato, viene messo in secondo piano di fronte al prevalere del "senso di appartenenza, come una comune grande famiglia".

Esigenze diverse emergono dalle parole di un medico di Continuità assistenziale, la cui posizione professionale infatti è stata per molti anni diversa da quella degli altri soci. Eppure, a maggiore ragione, egli afferma di credere che la cooperativa possa essere uno strumento valido per creare una sinergia tra le due figure di medici del territorio e garantire in tal modo la copertura dell'assistenza nell'arco delle 24 ore.

«Ho aderito alla cooperativa fin dall'atto di costituzione perché credevo nello sviluppo della cooperazione medica ad ampio raggio ed il tempo in parte mi ha dato ragione. Sono stato l'unico medico di Continuità assistenziale ad aderire subito perché l'assistenza di base fosse completa nell'arco delle 24 ore coinvolgendo più figure professionali, creando così una sinergia tra le due figure della medicina generale, evidenziando così quel lavoro che il più delle volte è messo ai margini dell'assistenza primaria. In questi anni qualcosa si è fatto ma non si è raggiunta quella perfetta integrazione tra medico di medicina generale e quello di Continuità assistenziale, come è insito nella parola stessa, perché il più delle volte si lavora senza collaborazione reciproca come se fossimo due entità separate» (P.P.).

Attraverso la cooperativa i soci hanno potuto partecipare ad attività di formazione e ricerca e, soprattutto, a importanti progetti sulla prevenzione, come quando si è trattato di definire a livello regionale le linee guida per il diabete:

«C'è senz'altro un tornaconto economico ma ancora più appagante, però, è quel *senso di appartenenza* che si avverte come lo si può avvertire verso una comune grande famiglia. Si è allargato il mio orizzonte culturale partecipando ad attività di ricerca, ad ECM, talvolta come uditore, talvolta come relatore. Ho avuto il piacere di vedere pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale - BURC le "linee guide del diabete", lavoro fatto con la Università degli studi di Napoli "Federico II" e a cui ho partecipato come rappresentante della Samnium. È cresciuta la cooperativa e sono cresciuto anch'io e professionalmente e umanamente. Ritrovarsi nella sede della cooperativa per la formazione professionale è anche un momento di incontro e di confronto con i colleghi operanti in altre realtà territoriali» (B.B.).

Anche in altre risposte è espressa con forza la fiducia nell'associazionismo cooperativo ricordando come il lavoro da svolgere all'interno sia

soprattutto di condivisione di informazione e di formazione, ponendo in evidenza il significato profondo e l'apporto della cooperazione rispetto all'attività professionale e alle trasformazioni dell'assistenza territoriale. Alcuni medici hanno sottolineato che la loro organizzazione in cooperativa ha permesso di contribuire da protagonisti alla territorializzazione dei processi di cura, a tutto vantaggio non solo dei medici, ma soprattutto dei cittadini, e che si sono impegnati direttamente per il miglioramento della qualità delle cure, anche attraverso campagne di prevenzione:

«Io ho aderito alla cooperativa dal momento della sua nascita con grande entusiasmo, poiché ho sempre pensato che uscire dal proprio isolamento, mettere in comune con altri colleghi le proprie esperienze professionali aiuta. Questo interscambio apporta sicuramente una crescita culturale e professionale che ci permette di curare meglio i nostri pazienti» (P.M.).

Tra i miglioramenti introdotti un aspetto rilevante è stata la costituzione dei tre CCP, come è affermato da questo medico, che si riferisce al CCP di Guardia Sanframondi, nel quale svolge la sua attività:

«Un aspetto molto positivo è dato dal fatto che nell'ultimo anno la "Samnium" ha anche dato la possibilità di costituire la medicina di gruppo a Guardia, che, a mio parere, permette maggiore qualificazione dell'attività professionale e migliora la qualità di vita dei colleghi e dei collaboratori» (D.D.).

I Centri Cure Primarie

I centri cure primarie, oggetto di questo lavoro, rappresentano un nodo della rete distrettuale di servizi sanitari e socio-sanitari: sono aperti 12 ore al giorno dal lunedì al venerdì, con la presenza di MMG, infermieri/e, personale di studio. In essi sono garantiti la diagnosi e la cura di primo livello, la prevenzione primaria e secondaria, gli screening di popolazione per le patologie oncologiche e cardiovascolari, l'educazione alla salute, l'informazione agli utenti, le attività di ricerca e di formazione per gli operatori, il coordinamento con i servizi sociali. Inoltre è prevista la possibilità di visite specialistiche, ma al di fuori della convenzione con il servizio sanitario nazionale.

I CCP gestiti dalla Samnium Medica

Il primo centro cure primarie gestito dalla Samnium, è stato inaugurato a Castelvenere⁽⁷⁾ il 24 giugno 2005 con la partecipazione della

cittadinanza nel suo complesso, degli amministratori e dei medici di medicina generale dell'intera AsL. Nel centro operano i due medici di medicina generale convenzionati nel Comune, una pediatra di libera scelta e un' infermiera professionale.

Il 1 febbraio 2007 è stato inaugurato il Centro di cure primarie "Madre Teresa di Calcutta" a San Giorgio del Sannio⁽⁸⁾. In questa struttura operano 4 medici di medicina generale convenzionati, una infermiera professionale e un pediatra di libera scelta.

Il 9 dicembre 2009 è stato attivato anche il Centro di cure primarie "Tre Torri" di Guardia Sanframondi⁽⁹⁾, nel quale operano 3 medici di medicina generale per una popolazione assistita di 3.200 pazienti.

Nei tre CCP operano complessivamente 9 medici di medicina generale, una pediatra di libera scelta, due infermiere professionali e quattro collaboratrici di studio, oltre agli addetti alle pulizie e al personale amministrativo. Dove possibile gli infermieri dei CCP erogano anche attività di assistenza domiciliare integrata, garantendo la continuità assistenziale ai pazienti allettati ed alle loro famiglie. Tutte le attività cliniche e le visite degli informatori si svolgono con modalità di prenotazione.

Questo tipo di organizzazione presenta alcune caratteristiche: l'apertura del centro nell'arco dell'intera giornata, la presenza continuativa di un medico e quindi l'intercambiabilità tra i medici, il ruolo svolto dal personale di studio. Queste innovazioni nelle modalità organizzative di erogare assistenza introducono cambiamenti anche nelle modalità del rapporto medico-paziente, così come era tradizionalmente inteso, poiché nella relazione si inseriscono aspetti che potrebbero interferire sull'esclusività del rapporto con il medico di propria scelta. Pertanto, intorno a questi aspetti si è sviluppata una parte dell'indagine empirica. Per i medici, le modalità organizzative, che si sviluppano nelle forme associative in cooperativa, non interagiscono sul rapporto fiduciario di per sé, ma rappresentano un aiuto nel loro esercizio professionale, pur con le difficoltà che possono sorgere, anche di tipo relazionale, tra colleghi e con il personale di studio.

Ci sarebbero, infatti, da considerare altri elementi quali: la difficoltà del lavoro in équipe, le percezioni del centro negli operatori, ma non è compito di questo saggio soffermarsi su questi aspetti, su cui pure nella ricerca si è lavorato, ma piuttosto indagare l'impatto che tale esperienza gestionale ha avuto sugli utenti, raccogliendone le valutazioni⁽¹⁰⁾.

Questa fase della ricerca è stata preceduta da rilevazioni quantitative sui tempi d'attesa, la percentuale degli accessi agli studi per sesso e classi d'età, per poi passare alla somministrazione di un questionario ad un campione casuale di utenti dei CCP al fine di rilevare ed analizzare bisogni assistenziali e percezione della qualità nell'erogazione di servizi⁽¹¹⁾. Solo in una seconda fase è stata promossa un'indagine qualitativa sugli operatori e sui pazienti mediante *focus group* e interviste.

Farò perciò riferimento alle risposte date in questa fase dagli utenti alle domande che riguardavano l'organizzazione dei centri e il rapporto con il proprio medico.

Rispetto all'organizzazione del centro le osservazioni più articolate sono state quelle fornite dagli utenti del CCP di Castelvenere, aperto per primo nel 2005.

La cerimonia di inaugurazione, alla quale hanno partecipato anche le autorità locali, si era svolta in un clima festoso e tra l'interesse della cittadinanza. Per l'alta affluenza di popolazione, ha rappresentato non solo un momento di condivisione ma anche di appropriazione, dimostrando che i cittadini del luogo, sin dal primo momento, avevano inteso il CCP non solo come una struttura di servizio sanitario ma anche come un elemento costitutivo della comunità stessa.

Gli intervistati hanno manifestato una sorta di orgoglio, che ben si accorda con la soddisfazione rilevata all'atto della sua istituzione e si è espresso in un giudizio positivo sia sul funzionamento che sugli orari di apertura: «Il centro funziona in maniera ottimale». «La fascia oraria h. 12 permette ai pazienti di rivolgersi al centro in qualsiasi momento della giornata e questo è un dato altamente qualificante».

In rapporto al numero di abitanti questo servizio viene giudicato senz'altro positivamente: «In un paese così piccolo come Castelvenere il CCP si è dimostrato molto utile ed efficace per gli assistiti».

Dalle interviste trapela la convinzione che il servizio è da valorizzare di più e meglio: «La speranza è che si migliori sempre... Nei limiti del possibile tentare di migliorarsi sempre».

I rilievi critici sono emersi rispetto alla struttura, poiché vi è un'unica sala d'attesa e quindi, negli orari in cui riceve anche la pediatra, si crea confusione per la presenza rumorosa dei bambini, oppure riguardo ai tempi d'attesa: per alcuni sono ancora troppo lunghi sia per accedere ai servizi delle segretarie che per le visite:

«Complessivamente i servizi sanitari sono migliorati rispetto al passato ma c'è ancora molto da fare nella gestione delle strutture e dei lunghi tempi di attesa per le visite».

È comunque significativo che dalle risposte sia emersa una richiesta di maggiore coinvolgimento e partecipazione, che rimanda allo spirito che ha contrassegnato questo centro sin dalla sua apertura. Infatti i cittadini/utenti esprimono chiaramente la volontà di essere partecipi del progetto e quindi di avere maggiori informazioni sugli obiettivi:

«Lo spirito che ha animato i fautori della creazione del centro è stato positivo però è mancato un anello, cioè fornire ai loro assistiti informazione su quello che stavano facendo, sull'obiettivo che era quello di associarsi per fornire un servizio migliore con maggiore disponibilità di cura, di tempo, di apparecchiature».

L'accento viene posto non tanto sulla bontà dell'idea quanto piuttosto sul mancato coinvolgimento degli assistiti nel processo di costituzione e poi di funzionamento del centro; emerge però anche la soddisfazione:

«La salute è la cosa più importante di ogni individuo, ben vengano dunque forme organizzative, quali i centri di cure primarie, per migliorare la funzione dei servizi sanitari».

Tra le proposte avanzate vi sono l'apertura di altri centri in aree limitrofe, più informazioni sulla presenza di specialisti, la presenza di tecnici per esami diagnostici di I livello e di una guardia medica notturna.

Anche negli altri due centri i pazienti chiamati a rispondere hanno espresso volontà di partecipazione, consapevolezza che in paesi piccoli come il loro, l'istituzione di questi centri ha rappresentato un fatto positivo: «L'istituzione del centro di cure primarie ha risolto diversi problemi soprattutto per le persone anziane che non riescono a spostarsi senza accompagnatore».

Portare l'assistenza primaria, con i tipi di servizi che questi CCP offrono, il più possibile vicino ai cittadini, come è posto in evidenza da questa risposta, si pone in linea con lo spirito della Dichiarazione di Alma Ata, che sottolineava l'importanza della partecipazione delle comunità locali nei programmi sanitari (WAYLAND C. - CROWDER J. 2002).

La soddisfazione dell'utente rispetto all'associazionismo dei medici si può valutare in modo indiretto attraverso il giudizio positivo espresso sul funzionamento e l'organizzazione di questi centri. Accanto agli apprezzamenti, emergono però anche valutazioni negative che investono l'organizzazione sanitaria e il sistema in genere: «Il centro funziona

benissimo ma la sanità resta una banda di ladri» o ancora «Perché i politici non controllano le spese e tagliano i finanziamenti sanitari senza rendersene conto?»

Gli intervistati vogliono esprimersi e riflettere sulla loro esperienza, emergono così riflessioni sulla salute più in generale.

È significativo che nel centro di più recente istituzione (Guardia Sanframondi), che all'epoca della rilevazione era aperto da pochi mesi, le risposte al questionario abbiano rappresentato un'occasione per esprimere, più che apprezzamenti o valutazioni, richieste relative agli aspetti organizzativi, quali la presenza di una guardia medica notturna, maggiore assistenza specialistica, la presenza di una infermiera per i prelievi, più servizi di diagnostica.

Quando si è passati però dalle interviste ai *focus group* la rivendicazione del diritto alla salute è diventata più pressante. Un partecipante esprime la consapevolezza che questo diritto "è stata una conquista". Emerge da questa frase e dal modo in cui è stata pronunciata che esso è un bene la cui fruizione implica una lotta, per ottenerlo e per mantenerlo, un bene da rivendicare che può essere sempre oggetto di perfezionamento (SCALA D. - FOGLIA MANZILLO R. 2010: 124).

Si può rilevare che nelle risposte, anche quando trapelano dei rilievi critici, non appare un rapporto oppositivo tra i pazienti e il proprio medico: qualcuno puntualizza che «i medici sono tutti bravi, preparati ma anche molto oberati di lavoro».

Il discorso assume toni più critici però quando tende a generalizzarsi e a rivolgersi a un contesto più ampio, come la sanità nel suo complesso, andando ben al di là degli spazi dei Ccp.

L'organizzazione dei Ccp prevede, da parte dei medici, la delega delle prescrizioni per patologie croniche al personale di studio ma, allo stesso tempo, fornisce l'assicurazione agli utenti di poter consultare nell'arco dell'intera giornata un medico differente da quello di riferimento, quando questi sia assente, per casi di necessità.

Dalla ricerca, sia per quanto riguarda i dati quantitativi che la parte qualitativa, questa possibilità di interscambiabilità dei medici non appare che provochi disaffezione né disappunto, ma anzi il paziente ne coglie l'aspetto positivo senza che ciò comprometta la qualità del rapporto fiduciario con il proprio medico. In circostanze di bisogno, infatti, è apprezzata la possibilità di potersi rivolgere anche all'altro operatore.

Per quanto riguarda i compiti del personale di studio e il loro fraporsi tra paziente e medico, dopo una fase iniziale di rodaggio o di perplessità, gli utenti ormai dimostrano di apprezzare questa innovazione. Infatti, nelle interviste e nei *focus group* risulta che la separazione della visita vera e propria dalla scrittura delle prescrizioni di farmaci per patologie croniche è percepita in modo positivo. Anche nella ricerca quantitativa è emerso che gli utenti sanno differenziare gli aspetti relazionali basati sulla fiducia ed empatia creatisi nel tempo con il proprio medico dalle prestazioni di altri, sia che si tratti del personale di studio che di un altro medico. Anzi è significativo che proprio nel CCP più consolidato nel tempo, il 70,56% degli utenti abbia risposto di essersi rivolto anche all'altro medico senza problema.

L'attribuzione al personale di studio delle prescrizioni per le patologie croniche e il sistema delle visite su appuntamento consentono sia al medico che al paziente una maggiore programmazione e quindi una maggiore tranquillità, liberando più tempo per la relazione medico-paziente e per la visita. Questo aspetto organizzativo è colto in modo positivo dagli utenti: «la segretaria va bene per le ricette così che il medico ha più tempo per ascoltare il paziente perché il paziente non ha solo bisogno della ricetta ma di essere ascoltato».

La visita è infatti il momento più delicato, in quanto rappresenta per il medico il momento del contatto con il paziente, sia in senso concreto che simbolico.

Tuttavia, il fattore tempo continua a essere percepito in modo problematico dagli utenti, come se ci si trovasse a parlare di un tempo del medico diverso da quello del paziente.

Infatti, come tendenza generale, il medico ha diminuito i tempi d'ascolto – e quindi dell'anamnesi – a vantaggio delle indagini strumentali e del riscontro delle indagini cliniche e di laboratorio, tralasciando quel contatto fisico che a volte procura beneficio al paziente. Spesso gli stessi medici tralasciano un aspetto fondamentale della professione e del sapere medico, che consiste nell'aver a che fare con il corpo nella sua fisicità e non considerano l'importanza del contatto.

I pazienti al contrario richiedono e sentono l'esigenza di più tempo per loro, come appare da espressioni che ricorrono nelle interviste e nei *focus*: «il medico è troppo frettoloso» e ancora «non sempre il medico ha il tempo di prendere in considerazione i miei problemi»; o «il tempo va via veloce».

Il paziente chiede che il medico dedichi più tempo alla visita e all'ascolto, si lamenta che «quando ha detto la diagnosi, più di tanto non può fare, perché non c'è tempo», crede nell'efficacia della parola: «La parola è meglio delle medicine».

A questo problema sono tutti sensibili, ma il tempo non è eguale per tutti. D'altra parte, anche in un paese, i pazienti non rappresentano un tutto omogeneo, ma, al contrario variano nelle loro conoscenze, aspettative, preferenze, secondo l'età, il sesso, le condizioni sociali, le patologie che accusano.

Così alcuni si lamentano del comportamento degli anziani affermando: «si prendono più tempo» oppure «ci sono i vecchietti che entrano e stanno tanto tempo perché parlano, parlano...».

Emerge dalle risposte un aspetto importante: spesso sono disagi psicologici e sociali che inducono il paziente a recarsi dal proprio medico e il prolungarsi delle visite permette di ascoltare in modo più idoneo problemi che non sono di natura patologica, ma appunto psico-sociale. Inoltre, a differenza del passato, il paziente è oggi più informato anche attraverso i mass media e richiede perciò una maggiore partecipazione nelle scelte terapeutiche. E questo comporta un processo di interazione più complesso.

Se ci soffermiamo sulle domande relative al rapporto medico-paziente emergono alcune risposte interessanti, che segnalano come questo sia tuttora ritenuto di fondamentale importanza nelle sue implicazioni relazionali e di ascolto: emerge infatti la richiesta di maggiore partecipazione e dialogo con i medici.

L'importanza della dimensione relazionale è sottolineata anche rispetto agli aspetti più propriamente clinici: «Vengo qua, il dottore ha fretta, diciamolo sinceramente, ti guarda attraverso la scrivania..., dovrebbe dialogare con il paziente, è un nostro diritto». Il tema della scrivania che costituisce un ostacolo, una barriera ma che è anche una difesa che il medico mette tra sé e il paziente, è un elemento su cui riflettere, così come l'uso del telefono. La distanza introdotta dalla scrivania, l'interruzione operata dal sopraggiungere di una telefonata, ormai ancora più insistente con l'uso dei cellulari, sono fattori che creano un disturbo nella relazione. Un medico spesso distratto da altro, rispetto alla richiesta di ascolto, e la mancanza della visita come contatto, non sono luoghi comuni ma elementi significativi non tanto dal punto di vista quantitativo quanto per ciò che rivelano. Sia che si tratti di rispondere a una telefonata fatta per motivi di salute da un altro paziente o a una telefonata di altra natura, in ogni caso

chi si trova nello studio pronto per la visita richiede in quel momento che l'attenzione del medico sia rivolta solo a lui e ai suoi problemi. Sente la visita come un momento in cui deve e può esprimere qualcosa che spesso non è per lui fortemente soggettivo: il suo sentire uno stato di malessere, *l'illness*, non sempre facile da raccontare, come è stato messo in evidenza dall'ampio filone di studi della medicina narrativa e dell'approccio narrativo alla malattia (GOOD B.J. 2006 [1994]; KLEINMAN A. 1980, 1988). Allora nel racconto emerge la frustrazione per quell'interruzione:

«stai lì con il tuo problema e devi aspettare e magari quando finalmente la telefonata finisce, il medico ti dice “stavi dicendo?” e allora ti senti non ascoltato, trascurato dal medico». E ancora «il medico di base deve fornire un servizio che è un diritto costituzionale e non può mettere in difficoltà il paziente perché ha altri impegni».

L'ascolto, la capacità relazionale appaiono dunque da queste risposte aspetti che i pazienti ritengono rilevanti: la salute è uno stato complesso e di questo gli intervistati esprimono consapevolezza.

Contatto e ascolto sono gli elementi che ritornano nelle interviste: per questo la scrivania può costituire una barriera non solo per la dimensione burocratica che evoca ma anche perché rende distanti i due soggetti della relazione, una distanza non solo fisica ma anche psicologica. Il paziente porta al medico i suoi problemi, a volte di natura esistenziale, mascherati da problemi di salute, o rivelati da sintomi, che non sono altro che il linguaggio corporeo attraverso cui si esprime un disagio interiore che non sempre trova i canali verbali attraverso cui manifestarsi (COLTORTI M. 2005: 53).

La visita è l'elemento fondamentale della relazione, si basa su di un rapporto di fiducia, presuppone accoglienza e capacità di ascolto. Come scrive Gadamer (GADAMER H.G. 1994 [1993]: 136) «La 'cura' supera ampiamente la corsa verso il progresso delle tecniche moderne. Non è solo necessaria la mano, ma anche l'orecchio sensibile, che sa ascoltare la parola giusta, e l'occhio scrutatore del medico, che cerca di dissimularsi in uno sguardo pieno di tatto».

Il percorso compiuto oggi dalla medicina generale verso modelli associazionistici, che forniscano maggiori apporti tecnologici, supporti organizzativi e di formazione/informazione, ben si può coniugare allora con aspetti che costituiscono, oggi come ieri, il fulcro stesso della professione medica e cioè l'importanza della visita e delle implicazioni relazionali che si instaurano con il paziente. L'associazionismo in tale ottica fornisce strumenti e possibilità perché il medico di medicina generale ritrovi sia il suo ruolo storico che la sua centralità nella riorganizzazione del sistema sanitario.

Note

(1) Per le riflessioni critiche sulla capacità/possibilità dei pazienti di essere realmente informati e in grado di svolgere un ruolo attivo nelle scelte terapeutiche cfr. FAINZANG S. 2004

(2) Secondo la sua concezione della medicina, LAIN ENTRALGO concepisce la cura come creazione, della quale medico e malato sono coautori.

(3) Una recente ricerca condotta in Canada ha posto in evidenza i vantaggi dell'approccio etnografico nell'analisi dei cambiamenti nel settore dell'assistenza primaria (RUSSELL G. *et al.* 2011).

(4) La Sannium Medica, cooperativa di medici di medicina generale, si è costituita nel settembre del 1997 su iniziativa di 29 soci fondatori, al 31 marzo 2010, data di inizio della ricerca, contava 109 soci.

(5) Sono stati scelti tra i soci quei medici che avevano avuto o avevano responsabilità di tipo gestionale nella cooperativa.

(6) Cfr. a tale proposito la ricerca di Aldo PIPERNO e Alberto RENIERI (1982), nella quale era fotografata la situazione della medicina generale agli inizi degli anni Ottanta, dopo la riforma del 1978.

(7) Castelvenere è un comune della Valle Telesina che conta 2.690 abitanti e sorge a 119 metri sul livello del mare. Per la sua collocazione geografica, il clima e la fertilità del suolo è un importante centro agricolo, noto per la produzione di uve e di vino. Il centro di cure primarie di Castelvenere è stato dedicato a Carlo Verrillo, medico condotto che, nel corso dei suoi oltre quaranta anni di attività clinica, si è preso cura dei suoi concittadini con affetto e dedizione professionale ed umana.

(8) San Giorgio del Sannio ha una popolazione di 9.880 abitanti e si presenta come una cittadina moderna e commerciale.

(9) Guardia Sanframondi è un comune di 5.341 abitanti, fa parte della Comunità Montana del Terno, si presenta come un caratteristico borgo medievale dominante l'intera Valle Telesina ed è un centro a prevalenza occupazionale agricola.

(10) La ricerca, che ha cercato di incrociare un'analisi di tipo quantitativo, con quella qualitativa, è stata svolta da un'équipe multidisciplinare composta da Crescenzo Simone, Gianfranca Ranisio, Valentina Mazzacane, Daniela Scala, Rossella Foglia Manzillo.

(11) L'indagine è stata condotta attraverso la somministrazione di un questionario ad un campione rappresentativo della popolazione osservata, con l'obiettivo di rilevare l'indice di gradimento dei centri di cure primarie. Il campione è stato individuato nella misura del 5% della popolazione generale assistita presso i CCF ed è stato calcolato per quote. Su 11.016 pazienti dei CCF sono stati somministrati 551 questionari.

Riferimenti bibliografici

BALBO Laura (1999), *Introduzione*, pp. 7-19, in DEMETRIO Duccio - DONINI Elisabetta - MAPELLI Barbara - NATOLI Salvatore - PIAZZA Marina - SEGRE Anna, *Il libro della cura di sé, degli altri, del mondo*, Rosenberg & Sellier, Torino.

BELANGER Emmanuelle - RODRIGUEZ Chafu (2008). *More than the sum of its parts? A qualitative research synthesis on multidisciplinary primary care teams*. "Journal of Interprofessional Care", vol. 22, n. 6, dicembre 2008, pp. 587-597.

BRANSON Ruben - ARMSTRONG David (2004), *General practitioners' perceptions of sharing workload in group practices: qualitative study*, "British Medical Journal", vol. 329, n. 7462, agosto 2004, pp. 329-381.

CHARLES Cathy - GAFNI Amiram - WHELAN Tim (1999), *Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model*, "Social Science & Medicine", vol. 49, n. 5, settembre 1999, pp. 651-661.

CARLSEN Fredrik - GRYTEN Jostein - KJELVIK Julie - SKAU Irene (2007), *Better primary physician services lead to fewer hospital admissions*, "The European Journal of Health Economics", vol. 8, n. 1, marzo 2007, pp. 17-24.

CIPOLLA Costantino - CORPOSANTO Cleto - TOUSIJN Willem (curatori) (2006), *I medici di medicina generale in Italia*, Franco Angeli, Milano.

COLTORTI Mario (2005), pp. 45-63, *Oltre la malattia*, in GIUSTINO VITOLO Angela - COLTORTI Mario (curatori), *Il medico tra corpo e anima*, Istituto Italiano per gli Studi Filosofici, Napoli.

DAMIANI Gianfranco - VENDITTI Antonella - PALUMBO Daniele - RIZZATO ENZO - GUZZANTI Elio (2007), *Assistenza primaria: significato e prospettive di sviluppo organizzativo*, "Organizzazione Sanitaria", vol. 5, n. 2, 2007, pp. 3-16.

FAINZANG Sylvie (2004), *Patients, doctors, information and the power of decision*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 17-18, 2004, pp.123-135.

FAINZANG Sylvie (2006-2008), *Antropologia e medicina: riflessioni epistemologiche sulla co-disciplinarietà nella ricerca*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 21-26, 2006-2008, pp. 11-24.

FILC Dani (2006), *Physician as 'Organic Intellectuals'. A contribution to the stratification versus deprofessionalization debate*, "Acta Sociologica", vol. 49, n. 3, 2006, pp. 273-285.

GADAMER Hans Georg (1994 [1993]), *Dove si nasconde la salute*, ediz. italiana a cura di Agnese GRIECO e-Vittorio LINGIARDI, traduz. dal tedesco di Marialuisa DONATI e Maria Elena PONZO, Raffaello Cortina, Milano [ediz. orig.: *Über die Verborgenheit der Gesundheit*, Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main, 1993].

GIARELLI Guido - PATIERNO Marco (curatori) (2006), *Medici in associazione. Esperienze, problemi e prospettive dell'associazionismo in medicina generale*, Franco Angeli, Milano.

GOOD Byron J. (2006 [1994]), *Narrare la malattia: lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, traduz. dall'inglese di Silvio FERRARESI, Einaudi, Torino [ediz. orig.: *Medicine, rationality and experience: an anthropological perspective*, Cambridge University Press, Cambridge, 1994].

GUZZANTI Elio (curatore) (2009), *L'assistenza primaria in Italia. Dalle condotte mediche al lavoro di squadra*, Edizione Iniziative Sanitarie, Roma.

KLEINMAN Arthur (1980), *Patients and healers in the context of culture*, University of California Press, Berkeley.

KLEINMAN Arthur (1988), *The Illness narratives: suffering, healing and the human condition*, Basic Books, New York.

LAIN ENTRALGO Pedro (2007 [1969]), *Il medico e il malato*, traduz. dallo spagnolo e cura di Armando SAVIGNANO, Edizione Saletta dell'Uva, Salerno [ediz. orig.: *El médico y el enfermo*, Guadarrama, Madrid, 1969].

LUPO Alessandro (1999), *Capire è un po' guarire: il rapporto paziente-terapeuta tra dialogo e azione*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 7-8, 1999, pp. 53-92.

MECHANIC David (2008), *Rethinking medical professionalism: the role of information technology and practice innovations*, "The Milbank Quarterly", vol. 86, n. 2, 2008, pp. 327-358.

PELLICCIARI Maya (2003), *Retoriche dell'incontro fra medici di base e loro pazienti. Strategie identitarie e uso del camice e di altri dispositivi nella costruzione dello spazio terapeutico*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 15-16, 2003, pp. 205-217.

PIPERNO Aldo - RENIERI Alberto (1982), *Il medico generico nella medicina di base*, Franco Angeli, Milano.

RANISIO Gianfranca - SIMONE Crescenzo (curatori) (2010), *Oltre le convenzioni. La cooperazione di medicina generale nell'esperienza del Sannio campano*, CUES, Salerno.

RANISIO Gianfranca - MAZZACANE Valentina (curatrici) (2011), *La salute come bene comune nel welfare delle opportunità*, CUES, Salerno.

RUSSELL Grant - ADVOCAT Jenny - GENEAU Robert - FARRELL Barbara - THILLE Patricia - WARD Natalie - EVANS Samantha (2011), *Examining organizational change in primary care practices: experiences from using ethnographic methods*, "Family Practice", vol. 29, n. 4, dicembre 2011, pp. 455-461.

SALVESTRONI Francesco (1973), *Il medico della persona*, Vallecchi, Firenze.

SCALA Daniela - FOGLIA MANZILLO Rossella (2010), *Focus Group con operatori e utenti*, pp. 111-132, in RANISIO Gianfranca - SIMONE Crescenzo (curatori) *Oltre le convenzioni. La cooperazione di medicina generale nell'esperienza del Sannio campano*, CUES, Salerno.

SEPELLI Tullio (2004), *Introductory speech. Medical anthropology, welfare state and political engagement*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 17-18, 2004, pp. 41-69.

STANGE Kurt C. (2010), *Power to advocate for health*, "Annals of Family Medicine", vol. 8, n. 2, marzo 2010, pp. 100-107.

VAN DEN HOMBERGH Pieter - ENGELS Yvonne - VAN DEN HOOGEN Henk, VAN DOREMALEN Jan - VAN DEN BOSCH Will - GROU Robert (2005) *Saying 'goodbye' to single-handed practices; what do patients and staff lose or gain?*, "Family Practice" vol. 22, n. 1, 2005, pp. 20-27.

WAYLAND Coral - CROWDER Jerome (2002), *Disparate views of community in primary health care: understanding how perception influence success*, "Medical Anthropology Quarterly", vol. 16, n. 2, 2002, pp. 230-247.

Scheda sull'Autrice

Gianfranca Ranisio, nata a Sanremo (IM) il 16-12-1950, è professore straordinario presso la Facoltà di Sociologia dell'Università degli studi di Napoli "Federico II", dove insegna Antropologia culturale. È componente del CRA (Centro interdipartimentale di ricerca audiovisuale per lo studio della cultura popolare) dell'Università degli studi di Napoli "Federico II".

È vicepresidente della SIAM. Insegna Antropologia medica ed è coordinatrice del Master di I livello in Coordinamento e management sociosanitario, istituito presso la Facoltà di Sociologia dell'Università degli studi di Napoli "Federico II".

Ha svolto ricerche sulla cultura popolare e le sue trasformazioni, sulle problematiche di genere e sulla maternità come fatto bioculturale. I suoi lavori si collocano nel punto di intersezione tra l'antropologia culturale, l'analisi delle tradizioni demologiche, l'antropologia medica e i *gender studies*. Ha analizzato il passaggio dal parto tradizionale al parto medicalizzato e si è soffermata sulla medicalizzazione del corpo femminile, in particolare su quei processi che interessano le tappe fisiologiche che contraddistinguono la vita delle donne, ponendo in evidenza come queste si intreccino con le rappresentazioni simboliche e culturali del femminile.

Ha inoltre studiato il rapporto medico-paziente e il pluralismo degli itinerari terapeutici analizzando le trasformazioni che hanno caratterizzato la medicina generale nell'ultimo decennio. In particolare ha seguito le attività della Cooperativa "Sannium Medica" e il costituirsi di un forte movimento cooperativo in Campania, partecipando a vari convegni locali e nazionali su queste tematiche. Nel 2010 ha diretto la ricerca

promossa dall'ANCOM (Associazione nazionale cooperative mediche), *Le cooperative di medicina generale e i Centri di cure primarie nel Sannio. La relazione medico-paziente*.

Ha pubblicato numerosi libri tra cui: *Venire al mondo. Pratiche, credenze e rituali del parto*, Meltemi, Roma, 1996 [2 ediz.: 1998] / *Quando le donne hanno la luna. Credenze e tabù*, Baldini Castaldi Dalai, Milano, 2006 / (in curatela con Crescenzo SIMONE) *Medici di famiglia, pazienti e pluralismo terapeutico*, Sannium Medica, Telesse (provincia di Benevento), 2005 / (con Crescenzo SIMONE), *Oltre le convenzioni. La cooperazione di medicina generale nell'esperienza del Sannio campano*, Cues, Salerno, 2010 / (con Valentina MAZZACANE), *La salute come bene comune nel welfare delle opportunità*, CUES, Salerno, 2011.

Riassunto

Il rapporto medico-paziente e i Centri di cure primarie

Questo articolo focalizza l'attenzione sul rapporto medico-paziente, un tema di particolare rilievo negli studi di antropologia medica. Tale rapporto viene indagato in una situazione di riorganizzazione della medicina generale, con l'introduzione di forme di associazionismo in cooperativa e la sperimentazione di nuove modalità di assistenza, quali i Centri di cure primarie. Attraverso una ricerca etnografica condotta in 3 centri situati in un'area interna della Campania, gestiti da una cooperativa di medici di medicina generale, si è inteso verificare se l'associazione dei medici in cooperativa consenta non solo una migliore organizzazione del lavoro ma anche una migliore qualità nel rapporto medico-paziente. Sono state perciò poste in evidenza le posizioni dei medici e quelle dei pazienti rispetto a tali cambiamenti, comparando anche questi dati con quelli di altre ricerche internazionali.

Di fronte alle problematiche emerse, alle affermazioni dei pazienti e dei medici, la conclusione a cui giunge tale ricerca è che l'associazionismo potrebbe fornire strumenti e possibilità per migliorare la relazione medico paziente e dare al medico di medicina generale un ruolo centrale nel sistema sanitario nazionale.

Parole chiave: cure primarie, rapporto medico-paziente, associazionismo medico.

Résumé

La relation médecin-patient et les Centres de soins primaires

Cet article se concentre sur la relation médecin-patient, un thème d'une importance particulière dans les études de anthropologie médicale. Cette relation est exploré dans une situation de réorganisation de la médecine générale, avec l'introduction de formes d'associations dans le cadre de la coopération et l'expérimentation de nouveaux

modos d'assistance, tels que les Centres de soins primaires. Grâce à la recherche ethnographique réalisée dans 3 centres situés dans une zone à l'intérieur de la région Campanie, gérée par une coopérative de médecins généralistes, on a entendu vérifier si l'association de médecins dans le cadre de la coopération permet non seulement une meilleure organisation du travail mais aussi une meilleure qualité des relations médecin-patient. On a mis en évidence les positions des médecins et des patients à l'égard de ces changements, en comparant ces données avec celles d'autres recherches internationales. Pour faire face aux défis qui ont été relevés, à des allégations faites par les patients et les médecins, la conclusion à laquelle parvient cette recherche c'est que les associations pouvaient fournir des outils et des possibilités d'améliorer le rapport médecin-patient et donner à des médecins généralistes un rôle central dans le système de santé national.

Mots-clés: soins primaires, relation médecin-patient, coopératives des médecins généralistes.

Resumen

La relación médico-paciente y los Centros de atención primaria

Este artículo pone la atención sobre la relación médico-paciente, un tema de importancia fundamental en los estudios de antropología médica. Se va investigando sobre esa relación en una situación de reorganización de la medicina general, con la introducción de formas de asociacionismo en cooperativa y la experimentación de nuevas modalidades de asistencia, tales como los centros de atención primaria. Mediante una investigación etnográfica conducida en 3 centros, situados en una zona interna de la Región Campania, gestionados por una cooperativa de médicos genéricos, se quería averiguar si la asociación de médicos en cooperativa permite no sólo una mejor organización del trabajo sino también una mejor calidad en la relación médico-paciente.

Por eso, se ha puesto en evidencia las actitudes de los médicos y las de los pacientes con respecto a estos cambios, comparando también estos datos con los de otras investigaciones internacionales.

La conclusión a que ha llegado esta investigación, teniendo en cuenta las problemáticas planteadas y las afirmaciones de los pacientes y de los médicos, es que las formas de organización en cooperativa podría proporcionar instrumentos y posibilidades para mejorar la relación médico paciente y dar al médico de familia un papel central en el sistema sanitario nacional.

Palabras clave: atención primaria, relación médico-paciente, cooperativas de los médicos genéricos.

Abstract

The doctor-patient relationship and Primary health centres

This article focuses itself on the doctor-patient relationship, a theme of particular importance in studies of medical anthropology. This relationship is explored within a context of reorganization of general medicine, by introducing new forms of cooperative association and with the experimentation of new modes of assistance, such as the Primary health centers. Through ethnographic research conducted in 3 centers located in an area inside of the Campania Region, managed by a General practitioners' cooperative, we intended to verify whether the General practice cooperative allowed not only a better organization of work but also ensured a better quality in doctor-patient relationships. Therefore, the positions of doctors and patients were placed in evidence with respect to these changes, comparing these data with those of other international researches. In the face of the challenges that have emerged and of the claims made by the patients and the general practitioners, the conclusion to this research reached is that cooperatives are able to provide tools and opportunities to improve the doctor-patient relationship and to give a central role to general practitioners in the national health system.

Keywords: primary health care, doctor-patient relationship, general practice cooperatives.