

## *Culture in sanità. Politiche e pratiche dell'accesso e delle presa in carico in un Distretto sanitario romano\**

Erica Eugeni

Addottorata, Sapienza Università di Roma.  
[erica.eugeni@gmail.com]

### *Introduzione*

Tra maggio 2008 e settembre 2009 ho svolto una ricerca etnografica all'interno di un Distretto sanitario di una ASL di Roma, in un momento particolare della storia della Regione Lazio, caratterizzato dal commissariamento per il deficit sanitario e dalla nomina dell'allora Presidente della Regione Piero Marrazzo a Commissario *ad acta* per la realizzazione degli obiettivi di risanamento finanziario dai disavanzi del settore sanitario, previsti dal piano di rientro. L'obbiettivo della ricerca, commissionata dall'Agenzia di sanità pubblica della Regione Lazio in collaborazione con Sapienza Università di Roma, un Municipio e una ASL di Roma, era quello di acquisire conoscenze relative ai servizi sanitari e socio-sanitari della Regione e, in questo modo, supportare il processo di riorganizzazione dei servizi sanitari, a cui si intendeva pervenire. Tale processo prevedeva un ripensamento del ruolo dell'ospedale nella risoluzione dei problemi di salute della popolazione e un interesse sempre maggiore verso le attività territoriali sanitarie e socio-sanitarie, attività che coinvolgono nuove figure professionali (ad esempio infermieri di comunità) e prevedono modalità innovative di intervento (multisetoriale, multiprofessionale), di cura e assistenza (cure intermedie, domiciliari). Il progetto intendeva affrontare lo studio di alcuni servizi di uno dei Distretti sanitari della ASL coinvolta, e, per quanto riguarda il mio specifico ambito di interesse, dei discorsi prodotti e delle dinamiche determinate a livello di tutti gli operatori

\* Testo definitivo del contributo presentato nella VI Sessione parallela (*Istituzioni e politiche sanitarie*) al 1° Convegno nazionale della SIAM, *Antropologia medica e strategie per la salute* (Roma 21-23 febbraio 2013).

del Distretto stesso – dirigenti, infermieri, assistenti sociali, personale amministrativo – dalla riorganizzazione dell’Azienda sanitaria, avvenuta a seguito dell’Atto aziendale realizzato nel 2008, sulla scia delle direttive già individuate dal Piano sanitario nazionale 2003-2005 e dal documento prodotto dalla Commissione ministeriale per le Cure primarie e per l’integrazione sociosanitaria, nel febbraio 2007. Documenti che hanno ribadito la necessità di promuovere il territorio – dunque i Distretti sanitari e i servizi e le attività ad essi connessi – come sede dell’organizzazione e dell’erogazione delle cure primarie e centro di governo dei percorsi dei cittadini, e la necessità di costruire una rete integrata di servizi sanitari e sociali per assistere i malati cronici, gli anziani e i disabili.

Tra le altre cose, il mio interesse è stato rivolto al processo di creazione di un Punto unico di accesso ai servizi sanitari e sociali all’interno del Distretto (PUA), inteso, come sottolineato nel 2008 dal Direttore dell’Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, come «modalità organizzativa per concorrere a promuovere quel salto di qualità nelle risposte assistenziali per cronicità, disabilità, fragilità in genere, che non può attendere oltre» e «facilitare l’accesso integrato e unitario alle cure territoriali al di fuori dell’emergenza» (ANCONA A. 2008: 6).

Intendendo la salute pubblica come un “fatto di cultura” (FASSIN D. 2005) e la gestione del disagio da parte del sistema dei servizi come un campo costantemente soggetto a mutamenti e caratterizzato da pratiche quotidiane, relazioni di potere e un continuo processo di produzione di significati, in questo contributo vorrei provare ad analizzare le politiche nazionali e locali, e le pratiche e i discorsi di alcuni operatori dei servizi e dirigenti, coinvolti a vario livello nella gestione e nel funzionamento del PUA all’interno di quel Distretto sanitario, per poi riflettere su alcune questioni legate alla gestione istituzionale della fragilità e più in generale della sofferenza, nel contesto dell’attuale sistema di welfare.

### *I Punti unici di accesso*

Le politiche sanitarie pubbliche, nella fase attuale, sono prevalentemente orientate verso un tentativo di gestione della “transizione epidemiologica”, strettamente connessa al cambiamento demografico che sta investendo i paesi occidentali. Il panorama epidemiologico, infatti, si presenta caratterizzato prevalentemente da condizioni croniche stabilizzate, condizioni croniche degenerative, condizioni determinate da fattori eziologici connessi a disuguaglianze sociali. Queste richiedono interventi mirati alla

gestione di una condizione, piuttosto che alla risoluzione di una patologia. Le risposte elaborate muovono nella direzione del superamento di una logica prestazionale, a vantaggio di un'assistenza continuativa e prolungata nel tempo (*long term care*); prevedono percorsi unici e integrati, sia da un punto di vista istituzionale – attraverso la coordinazione dell'offerta sociale e sanitaria – sia tra interventi di carattere “formale” erogati dai servizi sociali e sanitari, e interventi di carattere “informale”, resi possibili dalla rete di relazioni familiari e/o di vicinato della persona. La costruzione di percorsi di assistenza integrati e unici dovrebbe inoltre garantire la tutela delle fasce più vulnerabili – nel momento in cui la vulnerabilità stessa diviene una forma di sofferenza, poiché espone alcuni individui più di altri al rischio di essere discriminati o abusati. Una tale operazione dovrebbe permettere il superamento di possibili difficoltà di accesso determinate dalla dislocazione dei presidi e da condizioni di marginalità o povertà, consentendo equità di accesso a misure e servizi, ma anche, più in generale, semplificazione e sburocratizzazione.

Pressante si fa anche l'esigenza di razionalizzare l'utilizzo delle risorse esistenti e ottimizzare l'impegno, in particolare quello economico, per fronteggiare la crisi dei costi e poter garantire equità nella gestione e nell'assegnazione degli interventi. Si rende così necessario coordinare gli interventi, i contributi, le agevolazioni attivate per ciascun utente da enti e strutture differenti, al fine di limitare la sovrapposizione negli interventi stessi, contenere la dispersione di risorse in prestazioni non appropriate e, riportando all'ordine l'esperienza in eccesso, ostacolare il “fai da te” nei percorsi di cura. A questi due aspetti – cambiamento del panorama epidemiologico e crisi dei costi – si unisce un terzo fattore potenzialmente destabilizzante: la richiesta di qualità ed efficienza da parte di cittadini sempre più consapevoli, dal momento che, come rilevava anche Didier Fassin, la medicalizzazione diffusa della società «rende il pubblico più esigente e meglio informato, dunque più sensibile allo scarto esistente tra ciò che si sente in diritto di attendere dai medici e ciò che, poi, effettivamente ne ottiene» (FASSIN D. 1996: 191-192).

Tra le risposte individuate, a livello dei singoli contesti regionali, vi sono i Punti unici di accesso. In genere si parla del PUA come di una modalità organizzativa finalizzata a facilitare l'accesso ai servizi e alle prestazioni di carattere sociale, sanitario e socio-sanitario, di persone con disagio e non; è infatti destinato alle persone più fragili – nonostante la controversa e non univoca definizione del termine – ma anche, più in generale, a tutti coloro che esprimono un bisogno di salute o una difficoltà sociale; e mira a garantire una presa in carico unitaria della persona e a semplifi-

care l'accesso alle prestazioni stesse, attraverso la costruzione di percorsi agevolati. A livello della programmazione nazionale, regionale e locale, il PUA dovrebbe effettuare una analisi del bisogno espresso dal cittadino; registrarne l'accesso; fornire orientamento e informazioni relative alle opportunità, alle risorse, alle agevolazioni disponibili in base al bisogno espresso; raccogliere alcune domande di prestazioni e servizi ed inoltrarle, eventualmente, agli uffici competenti; fornire una risposta ad alcuni bisogni semplici. Nell'eventualità dei casi cosiddetti "complessi", il servizio dovrebbe aprire una cartella con alcune informazioni e sollecitare l'attivazione di una UVM, cioè di una Unità di valutazione multidimensionale, che effettui una valutazione della persona da un punto di vista sanitario, assistenziale, socio-economico e psicologico. Tale valutazione dovrebbe garantire l'efficacia e soprattutto l'appropriatezza delle prestazioni socio-sanitarie erogate, a partire dall'elaborazione di un Progetto di assistenza individuale (PAI) e dall'individuazione di un responsabile dello stesso. Alla base del percorso assistenziale individuale vi è la presa in carico, fondata, come si legge ne "I Quaderni di Monitor. Trimestrale dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali", su una «integrazione che per la persona/cittadino significa essenzialmente unitarietà e coerenza del percorso assistenziale, senza necessità di innumerevoli e frammentari passaggi tra operatori, servizi o aziende diverse, ciò che aumenta il senso di insicurezza e fragilità della persona e mette in discussione l'efficacia dell'azione di tutela della salute» (BELLENTANI M.D. - INGLESE S.A. - BANCHERO A. 2008: 21). Quindi: «la presa in carico può essere definita come una modalità di *governance* di un processo assistenziale articolato e integrato nei suoi diversi passaggi» (BELLENTANI M.D. - INGLESE S.A. - BANCHERO A. 2008: 21) e si traduce in «un piano di assistenza personalizzato [...] che si configura come un vero e proprio patto tra i servizi sociosanitari e la famiglia, che impegna entrambe le parti nello svolgimento del percorso individuato e nel conseguimento degli obiettivi di salute.» (BELLENTANI M.D. - INGLESE S.A. - BANCHERO A. 2008: 21-22). La presa in carico si comporrebbe, dunque, di varie fasi che vanno dall'accoglimento della richiesta di assistenza, all'analisi della domanda – che consente di individuare di cosa la persona e la sua famiglia abbiano "realmente" bisogno – fino alla progettazione dell'intervento a partire dalle risorse individuali, familiari e comunitarie della persona, all'elaborazione di un Piano assistenziale individuale – che individua obiettivi, tempi di realizzazione e risorse –, e alla verifica e alla valutazione in itinere e finale dell'intervento. La realizzazione dei Punti unici di accesso presuppone anche una nuova gestione dell'informazione e della comunicazione tra istituzioni di ambito sociale e servizi di ambito

sanitario e una nuova distribuzione delle responsabilità tra le differenti istituzioni, attraverso la stesura di protocolli condivisi<sup>(1)</sup>.

### *Un Punto unico di accesso in un contesto locale*

Nel contesto della Regione Lazio, la deliberazione della Giunta regionale n. 433 del 19 giugno 2007, *Indicazioni e interventi per la realizzazione di iniziative tese ad integrare le attività sanitarie e sociosanitarie; incentivazione dei processi di de-ospedalizzazione nella Regione Lazio*, ha previsto, tra i processi di integrazione sociosanitaria, la progressiva creazione di Punti unici di accesso in ciascun Distretto sanitario. In seguito, il Decreto del Presidente della Regione Lazio in qualità di Commissario *ad acta*, del settembre 2008, facendo riferimento proprio alla DGR. n. 433/2007 e al D.LGS. 229/1999, ribadiva il ruolo centrale del Distretto socio-sanitario nella risoluzione di problemi legati all'appropriatezza degli interventi sanitari e nell'integrazione dei percorsi assistenziali sanitari e sociali. Il Decreto, in particolare, individuava tra gli obiettivi prioritari la creazione di un Punto unico di accesso integrato in ciascun Distretto, attraverso la realizzazione di un protocollo di intesa ASL – Municipio Comune e di una procedura operativa formalizzata per il funzionamento del PUA, per ciascun Distretto entro il 2009; l'attivazione di un PUA per ciascun Distretto entro 15 mesi dalla definizione del Piano attuativo locale (PAL); la messa a disposizione da parte degli enti coinvolti di due assistenti sociali, due infermieri, tre amministrativi e un medico – di cui un assistente sociale e due amministrativi da parte dell'ente locale –, per almeno un PUA entro tre mesi dalla definizione del PAL.

Nell'ambito del Programma delle attività territoriali (PAT)<sup>(2)</sup> 2008-2011 del Distretto sanitario in oggetto, la realizzazione di un Punto unico di accesso ai servizi sanitari era intesa quale risposta alla mancanza di informazioni in merito all'accesso e alle possibilità di fruizione dei servizi sanitari e alla frammentazione dei percorsi assistenziali, che spesso rendono difficoltoso per il cittadino l'accesso ai servizi e lo costringono alla "regia del proprio percorso". Nel PAT si prevedeva, inoltre, una formazione congiunta di tre mesi degli operatori della ASL e del Municipio.

Il PUA all'interno del Distretto sanitario, era stato aperto ufficialmente il 22 dicembre 2008, con una certa fretta poiché incluso tra gli obiettivi di budget del Distretto per l'anno in corso. Privo del contributo del Municipio corrispondente, esso era stato ribattezzato PASS<sup>(3)</sup>: Porta di accesso ai servizi sanitari. La necessità di realizzare tali Punti veniva presentata

dal personale dirigente agli operatori – principalmente, sebbene non esclusivamente, di area sanitaria –, durante i corsi ECM, nei termini politici della garanzia di un’assistenza pubblica erogata sulla base delle “effettive” esigenze di salute dei cittadini, che aggirasse le disuguaglianze rispetto alla fruizione delle cure, che favorisse l’accesso al sistema dei servizi e che, permettendo di erogare solo le prestazioni “realmente” necessarie, consentisse di ottimizzare le risorse a vantaggio di chi ha “realmente” bisogno. Esso avrebbe dovuto svolgere quella che la direttrice del Distretto definiva una “presa in carico leggera”, dunque una comprensione del bisogno del cittadino-utente e una costruzione del percorso assistenziale attraverso i vari servizi. La mancanza di una integrazione anche solo funzionale con il Municipio<sup>(4)</sup> e l’assenza di una connessione internet e di alcune attrezzature minime erano individuate come alcune delle motivazioni principali che limitavano la possibilità di diffondere la notizia dell’apertura e della disponibilità del Pass presso gli altri servizi del territorio e la cittadinanza. Questo fece sì che il servizio, nel corso dei sette mesi che trascorsi condividendo con gli operatori le mattinate di apertura, fosse principalmente utilizzato dai soli frequentatori del Distretto e per ottenere informazioni riguardanti il Distretto medesimo; e solo sporadicamente e del tutto casualmente da persone portatrici di richieste coerenti con quanto il servizio avrebbe potuto o dovuto offrire.

L’organico del Pass era costituito da alcuni operatori, assistenti sociali ed infermieri, e un amministrativo, provenienti dai servizi del territorio del Distretto stesso. La rotazione del personale, da molti operatori considerata un limite forte nello svolgimento delle attività di un servizio come il Pass, era giustificata dai dirigenti con la mancanza di risorse disponibili alla costruzione e al mantenimento di un gruppo di lavoro dedicato. Inoltre, la cronica carenza di personale infermieristico presso i servizi del territorio impediva, nella maggior parte dei casi, la presenza congiunta di un assistente sociale<sup>(5)</sup> e di un operatore dell’area sanitaria.

Tutti gli operatori interpretavano il Pass come una sorta di ufficio informazioni e vivevano con frustrazione l’“abbandono” del proprio servizio per partecipare ad un’attività che percepivano come svilente e non sentivano di propria competenza. In molti casi, infatti, le informazioni richieste dagli utenti, quando non strettamente connesse al Distretto o ai servizi di competenza degli operatori, non erano conosciute e spesso erano difficilmente reperibili all’interno del database che era stato fornito loro, in alcuni casi non aggiornato, anche nella misura in cui solo pochi tra di loro erano in grado di utilizzare un computer. La mancanza di orientamento e informazione in merito al funzionamento dei servizi – e, spesso, anche alle

competenze e ai ruoli ricoperti dalle differenti figure – anche in un contesto di dimensioni estremamente ridotte, prima ancora che un problema dell'utenza, era avvertita come una difficoltà per gli operatori stessi che avrebbero dovuto agevolare i percorsi dei cittadini. L'impegno profuso nella realizzazione di un servizio che puntava sulla qualità dell'offerta e della presa in carico, inoltre, era avvertito come del tutto inadeguato all'interno di un contesto in cui gli operatori incontravano spesso difficoltà, a causa della carenza di personale, a garantire i servizi essenziali.

La sensazione condivisa dagli operatori era, dunque, che, in quel momento almeno, il servizio fosse aperto per l'Azienda e non per l'utenza e non tenesse dunque conto delle reali aspettative ed esigenze dei potenziali fruitori; che l'aspetto importante, in altri termini, fosse raggiungere un obiettivo aziendale e non la qualità dell'obiettivo raggiunto.

Inoltre, la stessa tipologia del lavoro che essi avrebbero dovuto svolgere all'interno del servizio, anche qualora esso fosse stato operativo in maniera coerente rispetto ai suoi obiettivi e alle sue finalità, era messa in discussione. La presa in carico è sempre di pertinenza degli operatori, sostenevano gli assistenti sociali, al di là di politiche che, orientando la propria attenzione alla dimensione dei percorsi, ne attribuiscono la pertinenza al sistema dei servizi nel suo complesso. La presa in carico "leggera", così come presentata dai dirigenti del Distretto, non esiste, la presa in carico è sempre "pesante" e prevede, in particolare, un investimento forte degli operatori, che devono «mettere le mani in pasta»<sup>(6)</sup>: «la cultura degli assistenti sociali», sostenne la stessa operatrice nel corso di una nostra conversazione informale, «non è quella di fare da ponte».

All'interno del Distretto, dunque, la creazione del Punto unico di accesso ai servizi sanitari e sociali, che per almeno un anno funse esclusivamente da ufficio informazioni, contribuì ad alimentare negli operatori l'idea della rilevanza degli aspetti economici e degli interessi personali all'interno dell'Azienda e rinforzò l'immagine di un Distretto sanitario come luogo eminentemente politico, all'interno del quale erano in gioco degli interessi che non coincidevano con quelli dell'utenza. La situazione che si era creata aveva, fino a quel momento, determinato una netta cesura tra due tipi di pratiche e due differenti autorità. Una prima, quella dei dirigenti del Distretto, orientata ad una riorganizzazione dei servizi, che puntava sulla qualità dei percorsi e sulla riduzione dei costi e si legittimava attraverso le direttive delle organizzazioni internazionali, la Direzione aziendale, la normativa regionale e nazionale. Una seconda, quella degli operatori che lavoravano, in alcuni casi storicamente, nei servizi e che

avevano l'esperienza del rapporto quotidiano con l'utenza, che fondava il suo riconoscimento su dei saperi tecnici, su una "reale" conoscenza del territorio e su una presenza spesso decennale all'interno dei servizi.

### *L'integrazione socio-sanitaria come pratica interstiziale*

Il PASS era ubicato in una piccolissima stanza al piano terra del Distretto sanitario. L'ingresso, poco visibile, sembrava quello di un ripostiglio. Le tapparelle che oscuravano le finestre che si affacciavano sul corridoio erano perennemente abbassate e rendevano claustrofobico l'ambiente. Accanto il via vai del Centro unico di prenotazione. La stanza ospitava un bancone che correva lungo le pareti al di sotto delle finestre, inutilizzabile se non per poggiare borse o schedari, vecchi scatoloni impolverati, una scrivania, tre sedie e un armadio dove era esposta una tabella che indicava la dislocazione dei vari specialisti disponibili negli ambulatori del Distretto. Le pareti, tristi e spoglie, dipinte di ocre e bianco, erano decorate da stampe rappresentanti vasi di fiori. La mattina del 27 febbraio 2009 erano presenti l'assistente sociale del Dipartimento di salute mentale e un'assistente sociale dell'area dei consultori. L'anziano signor Pietro fu uno dei pochi utenti del servizio che entrò e si sedette dal lato disponibile della scrivania. Iniziò a parlare di sé scegliendo come referente privilegiata l'assistente sociale del DSM. Esordì sostenendo di non farcela più a vivere da solo a casa, che aveva assistito per anni una mamma e un fratello malati e che ora, dopo la loro morte, era solo al mondo. Prendeva anche dei medicinali, aggiunse, per fronteggiare gli attacchi di panico. L'assistente sociale, allarmata, seppur con evidente fatica, data la condizione pubblica in cui era costretta a gestire una situazione così complessa, non essendoci all'interno del PASS spazi idonei per effettuare un colloquio di quel genere, cercò di acquisire il maggior numero possibile di informazioni sull'anziano. Chiamò la collega del Municipio responsabile per l'area degli anziani, che, a sua volta, mise a disposizione per l'utente un servizio in grado di fornire, a richiesta, aiuto per alcune mansioni giornaliere come spesa o disbrigo pratiche burocratiche, e che si rese disponibile, per un colloquio congiunto, il 12 marzo. Il signore, in evidente stato di agitazione, sostenne che non avrebbe fatto gesti irrecuperabili prima di quel giorno, ma che, se avessero rimandato ulteriormente, per lui sarebbe stato un problema. L'assistente sociale promise di impegnarsi a trovare un posto che potesse accoglierlo, ma voleva la garanzia di poter lavorare con tranquillità fino alla data concordata. L'uomo, titubante, rispose che però a quel giorno mancava molto tempo e che aveva paura di entrare

in crisi. L'assistente sociale gli diede allora nuovamente il suo nome e il numero e, per sicurezza, chiese il suo, nonostante non fosse chiaro agli operatori se il PASS potesse o meno acquisire dati personali degli utenti. Quando il signore uscì dalla stanza con in tasca l'appuntamento, l'assistente sociale manifestò la sua frustrazione rispetto al contesto in cui era stata costretta a lavorare: era impossibile fare un colloquio così delicato al PASS in quanto servizio fortemente aspecifico e in quanto organizzato in maniera così precaria. Per di più era stato estremamente difficile per l'utente, ma anche per lei stessa, costruire una relazione all'interno di uno spazio così pubblico. Nei giorni a seguire l'assistente sociale del DSM mi disse che la collega del Municipio l'aveva richiamata e che insieme avevano scoperto che il "caso" del signor Pietro non era di competenza dei servizi del Distretto-Municipio a cui loro afferivano, essendo egli residente in un altro territorio della ASL. L'assistente sociale aveva allora contattato il DSM di competenza segnalando l'utente e chiedendo loro di informarsi presso il Municipio corrispondente.

Dieci giorni dopo, l'assistente sociale chiamò il DSM di competenza per chiedere informazioni sull'utente che aveva inviato e si sentì rispondere che fino ad allora non era stato fatto nulla e che il Municipio era stato contattato telefonicamente, ma che nessuno aveva risposto: avrebbe riprovato più avanti. L'assistente sociale del PASS era allibita e arrabbiata, perché nell'altro servizio non avevano fatto nulla e, per giunta, non si erano neanche preoccupati di farle sapere come stavano andando le cose. Era seccata perché l'assistente sociale del suo Municipio, collega con la quale collaborava ormai da anni, le aveva fatto un favore personale offrendole piena disponibilità, ma poi tutto era stato vanificato e il processo di presa in carico, nonostante la situazione di urgenza, non era andato a buon fine.

A fronte delle difficoltà incontrate nella realizzazione di un' integrazione sociosanitaria da un punto di vista istituzionale, gli assistenti sociali afferenti tanto al Municipio quanto al Distretto sanitario mettevano in pratica e rivendicavano un'integrazione "informale" che "funziona" e che si sovrappone o si sostituisce alle iniziative istituzionali. In questo caso, il percorso del signor Pietro aveva avuto inizio poiché l'assistente sociale presente al PASS si era fatta personalmente carico della sua vicenda gestendo il "caso" come di sua competenza e facendo riferimento alle proprie risorse in termini di relazioni e di conoscenze, piuttosto che rispondere che all'interno di quel servizio, per il suo problema, allo stato attuale, non vi era soluzione.

Al di là dei protocolli di intesa e delle direttive politiche, in questo come in altri casi, gli operatori lavorano in una modalità che, per molti versi,

può dirsi già integrata, sebbene in modo informale. L'integrazione, d'altronde, per gli operatori non sembra essere un fine in sé, come invece appare essere dal punto di vista delle politiche, ma piuttosto una forma di lavoro attraverso la quale raggiungere un determinato obiettivo, mediante l'individuazione di momenti intermedi di cui si fa carico chi ha maggiore possibilità di successo. Una tale modalità di lavoro può incontrare le maggiori difficoltà all'interno del singolo ambito, piuttosto che nella comunicazione interistituzionale. All'interno del contesto sanitario, ad esempio, l'assistente sociale del Dsm allocato nel Distretto in oggetto aveva individuato una difficoltà e un limite comunicativo proprio nella collega del Dsm di un altro Distretto della stessa ASL, mentre il dialogo con l'assistente sociale municipale era apparso molto più proficuo. L'assistente sociale coinvolta nel PASS e quella dell'area anziani del Municipio corrispondente avevano infatti creato una rete di rimandi e di relazioni intorno all'anziano signor Pietro, rispetto al quale il PASS era stato occasione d'incontro, al di là delle regole e dell'organizzazione del servizio stesso, secondo modalità di lavoro sperimentate e consolidate nel tempo, che fanno leva sulla conoscenza individuale piuttosto che sulla prassi istituzionale e si giovano più della continuità e della stabilità degli operatori all'interno dei singoli contesti, che della creazione di nuovi servizi.

Mentre a livello politico e dirigenziale si discute di integrazione ufficiale, l'integrazione non ufficiale è già all'opera, sia che la si intenda come integrazione tra attori afferenti a diverse istituzioni, sia che la si concepisca come modalità di intervento tra figure differenti, ma in maniera comunque fortemente vincolata ai singoli operatori. Una tale modalità di lavoro, tuttavia, necessita di una forte coordinazione tra gli operatori che nasce da una conoscenza personale e da una lunga frequentazione dei servizi; e trova un primo limite nella precarietà lavorativa di molti degli operatori e dunque dei servizi medesimi.

### *Dalla "cultura della prestazione medica" alla "cultura dei percorsi"*

In un contesto caratterizzato dall'aumento dei costi per la sanità determinato dall'attuale panorama della malattia e del disagio e da richieste di cura spesso improprie che il sistema nel suo complesso, così come organizzato, non è in grado di tenere sotto controllo, diventa necessario recuperare il dominio sulle risorse di cura e sulla loro erogazione – in altri termini fronteggiare quella che Fassin (FASSIN D. 1996) ha definito messa in causa della "funzione della regolazione economica", intesa come

una delle declinazioni di una più generale crisi della medicina, analizzata dal punto di vista dello Stato. Ciò avviene tanto attraverso un tentativo di controllo sulle prestazioni sanitarie erogate, mediante interventi finalizzati alla razionalizzazione e alla riduzione della consumazione delle cure, quanto mediante l'individuazione di nuove modalità di presa in carico dei malati in spazi alternativi a quello ospedaliero e comunque istituzionale. Il processo in atto presuppone, pertanto, in prima istanza, una nuova gestione dei corpi malati, che si concretizza in un decentramento delle attività di cura, ma anche in un passaggio da una "cultura della prestazione medica" ad una dei percorsi e per conseguenza da una cultura medica basata sul rapporto medico-paziente – e più generalmente operatore-paziente – ad una fondata sulla relazione tra un utente e il sistema dei servizi sanitari e socio-sanitari nel suo complesso.

Una delle espressioni di questa nuova "cultura dei percorsi" è proprio la creazione dei Punti unici di accesso ai servizi sanitari e socio-sanitari. L'attività dei PUA dovrebbe muovere, come abbiamo visto, in due direzioni: una prima rivolta all'utenza e finalizzata all'accoglienza, all'informazione, all'orientamento del cittadino all'interno dei servizi e all'accompagnamento attraverso di essi, cui soggiace l'idea che la vera rivoluzione sia quella legata alla conoscenza e dunque alla possibilità di accesso alle informazioni stesse, e alla dimensione dell'ascolto (FASSIN D. 2007). Una seconda legata al rapporto con gli altri servizi e orientata a garantire la presa in carico e l'erogazione delle prestazioni appropriate e necessarie. L'esigenza di recuperare il dominio sulle risorse a disposizione, infatti, impone un controllo sull'intero percorso di ricerca di salute dei soggetti. Attraverso servizi come i PUA, allora, si cerca di "contenere" il cittadino all'interno del sistema dei servizi, in quanto corpo indisciplinato non tanto per la sua condizione di malato – come spesso rilevato dalla riflessione antropologica –, quanto per quella di potenziale utente-fruitore di un bene pubblico. In un contesto di crisi, non solo economica ma anche determinata dal cambiamento più generale del panorama epidemiologico e sociale, e di risorse limitate per bisogni che possono potenzialmente espandersi in maniera illimitata, il corpo in condizione di disagio che richiede un intervento dello Stato è un corpo economicamente dispendioso, non più inteso, come ha sottolineato Frankenberg (FRANKENBERG R. 2004), come un "produttore di domande", ma come un "consumatore di risposte". È un corpo che deve essere controllato e valutato per accertare la veridicità del bisogno e la conformità delle sue richieste e delle sue pratiche ad un modello di razionalità clinica ed organizzativa; ma è anche un corpo che deve essere contenuto attraverso un tentativo di standardizzazione dei

percorsi terapeutici e delle pratiche, processo che a sua volta determina una burocratizzazione della presa in carico dei pazienti-utenti da parte del sistema dei servizi. In questo contesto, l'equità diviene una forte "metafora di mobilitazione" (WRIGHT S. 1993, cit. in SHORE C. - WRIGHT S. 1997) – cioè una parola chiave a cui si associano significati e valori positivi, in grado di sostenere l'azione e attrarre il supporto delle masse –, il ricorso alla quale testimonia di una "evoluzione morale" (FASSIN D. 2005) nella legittimazione di interventi di salute pubblica.

Così, in nome della giustizia sociale e di una democratizzazione del ricorso alle risorse di cura, attraverso le attività quotidiane dell'apparato medico-burocratico e dei professionisti della presa in carico, lo Stato si iscrive negli individui e nelle loro pratiche, stabilendo la legittimità dei bisogni e delle richieste e i criteri di efficacia, in una prospettiva che appare, tuttavia, più orientata a garantire l'efficienza e la conservazione del sistema – e quindi a riprodurre le istituzioni di salute – che a tutelare situazioni di potenziale disagio.

### *L'accoglienza come pratica trasformativa*

Nelle politiche sanitarie, il PUA è immaginato come un punto che "guarda" all'interno dei servizi piuttosto che all'esterno, orientato alla razionalizzazione delle risorse e al disciplinamento dei percorsi sulla base di una razionalità biomedica e organizzativa, ma incapace di muovere realmente verso il territorio; un punto di ingresso alle istituzioni piuttosto che alla presa in carico e alla cura, dunque funzionale alle istituzioni stesse, piuttosto che al cittadino. Nella prospettiva degli assistenti sociali coinvolti, al contrario, esso si sarebbe dovuto muovere verso il territorio, mediante un'azione che conducesse gli operatori stessi ad uscire dai servizi e individuare le risorse di assistenza che convivono nello spazio altro rispetto a quello istituzionale, il volontariato, ad esempio. Il PUA/PASS avrebbe dovuto dunque: «recuperare le risorse e generarne di nuove»<sup>(7)</sup>, accogliendo, prima ancora che i cittadini, il territorio e le sue potenzialità e spostandosi verso di esso, poiché la presa in carico presuppone movimento. Un'accoglienza ai servizi, dunque, che non sia esclusivamente attesa, "rivelazione" di un problema e sua interiorizzazione mediante la costruzione di un percorso, ma prima di tutto un "andare verso". Essa deve mettere in comunicazione l'interno e l'esterno dell'istituzione e svolgere un lavoro prima di tutto con la comunità, trasformando le stesse istituzioni da strutture che lavorano sul territorio in strutture che lavorano nel territorio, che

prima di tutto sono parte di esso e che da esso non possono prescindere, tanto in termini di risorse di cura e di presa in carico, quanto rispetto alla conoscenza dei bisogni del territorio stesso, al di là di quanto questo lascia emergere di sé attraverso le situazioni di disagio che arrivano ai servizi come richieste di aiuto. “L’andare verso” consentirebbe di raggiungere e penetrare quel silenzio in cui spesso versano proprio coloro che si trovano in condizione di maggiore bisogno e le cui sofferenze restano sovente estranee al sistema dei servizi.

### *Conclusioni*

In una situazione come quella del Distretto sanitario in oggetto, la realizzazione del servizio aveva ottenuto un effetto paradossale: pensato come una misura orientata alla razionalizzazione e all’ottimizzazione delle risorse, il PUA necessitava di un investimento economico iniziale in termini, almeno, di spazi e di formazione del personale. La mancanza di queste condizioni era stato uno degli elementi che determinarono la creazione di un servizio che, almeno nel corso dei sette mesi che trascorsi al suo interno, di fatto assorbì più risorse di quante fosse in grado di recuperare, contribuendo ad alimentare, inoltre, la sfiducia degli operatori nei riguardi del sistema nel suo complesso. Esso si era così rivelato improduttivo dal punto di vista medico lungo una molteplicità di piani, superfluo o addirittura iatrogeno per il sistema di salute nel suo complesso. Richiamando personale dai servizi, infatti, all’interno di un sistema sanitario pubblico sempre più orientato alla sostenibilità economica, lo sottraeva alle necessità di assistenza dei singoli contesti di provenienza, già in forte carenza di organico, riducendo in questo modo l’efficacia dei servizi stessi.

Al di là del caso particolare preso in considerazione in questa sede, inoltre, una focalizzazione sull’accesso da parte delle politiche e, per conseguenza, della programmazione sanitaria, se non adeguatamente supportata da programmi che mirino a intervenire più ampiamente anche su altri determinanti sociali della salute – disparità rispetto alla dimensione lavorativa, alle possibilità di alloggio e di educazione, tra le altre – rischia di legittimare un processo di de-socializzazione della malattia e del disagio, che, orientandosi prevalentemente alla gestione del bisogno, ne oblitera e assolve le possibili cause sociali, contribuendo in questo modo alla loro riproduzione<sup>(8)</sup> (YOUNG A. 1982).

La creazione di servizi come i PUA, infine, sembra avere una funzione più orientata ad una presa in carico della complessità attuale del sistema, che

delle condizioni di sofferenza fisica e/o sociale, che ad essi si rivolgono in cerca di aiuto e sostegno. Tali servizi, all'interno di un sistema sanitario pubblico provato dalla progressiva verticalizzazione, parcellizzazione e burocratizzazione seguite all'imposizione del modello aziendalistico, e dall'ingresso dei privati e di interessi particolari, possono finire per accentuare la frammentarietà già esistente e rischiare di moltiplicare i rimandi entro una situazione piramidale in cui le rigidità si accentuano piuttosto che affievolirsi. Enfatizzando, in questo modo, la lentezza e l'indifferenza dei meccanismi burocratici di fronte all'urgenza della malattia e del disagio, come il caso del signor Pietro ha mostrato, e trascurando l'impellente esigenza di una riformulazione, ormai improcrastinabile, dell'organizzazione dei servizi deputati all'assistenza, in termini almeno di semplificazione, ottimizzazione dell'impegno, spostamento delle risorse verso le cure primarie e la prevenzione e riallocazione dei poteri e delle competenze. Tale ripensamento, oltre che della valorizzazione della voce dei cittadini e delle istanze che provengono dal contesto sociale, potrebbe giovare della capitalizzazione delle prassi socio-sanitarie consolidate, dei punti di vista e delle pratiche degli attori dell'assistenza, nella prospettiva di rendere non solo la salute ma anche il sistema dei servizi di aiuto un bene comune<sup>(9)</sup>.

## Note

<sup>(1)</sup> Un approccio integrato alla tutela della persona risente, tuttavia, di numerose difficoltà non solo legate ai singoli contesti, ma anche strutturali, tra queste, ad esempio, il fatto che ad una definizione dei Livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA) che è necessario garantire ai cittadini, anche sul territorio, non sia corrisposta un'analoga definizione dei LIVEAS, i Livelli essenziali di assistenza sociale che devono essere assicurati.

<sup>(2)</sup> Sviluppato sulla base degli indirizzi di programmazione del Piano attuativo locale (PAL), gli obiettivi assegnati dalla Regione all'Azienda sanitaria e il Piano di zona del Municipio, è lo strumento con il quale vengono stabilite le politiche sanitarie e socio-sanitarie del Distretto.

<sup>(3)</sup> Questo benché gli stessi operatori fossero convinti che le due SS indicassero socio-sanitario. Di qui il commento di una assistente sociale: «Noi siamo un PASS con una s sola!».

<sup>(4)</sup> A cui si sarebbe giunti solo dopo un lungo processo di negoziazione che, nei fatti, sembrò ratificare più un reciproco riconoscimento delle porte di accoglienza già esistenti presso le due istituzioni, che una reale integrazione.

<sup>(5)</sup> Proveniente comunque dai servizi sanitari del territorio del Distretto sanitario.

<sup>(6)</sup> D.C. Assistente sociale, AsL. Conversazione informale, Roma 27 maggio 2009.

<sup>(7)</sup> I. A. Assistente sociale, AsL. Intervista registrata, Roma 18 giugno 2009.

<sup>(8)</sup> Nel suo articolo del 1982, Allan Young rifletteva, tra le altre cose, sul rapporto esistente tra produttività medica, intesa come l'impatto di pratiche e conoscenze cliniche specifiche sul piano della morbilità e mortalità dell'insieme della popolazione, e efficacia. L'Autore sottolineava come, se la produttività di un sistema medico chiama necessariamente in causa questioni connesse alle

abilità e conoscenze tecniche dei terapeuti, non in tutti i casi si può dire altrettanto del contrario. Esistono condizioni in cui i miglioramenti legati all'efficacia non comportano necessariamente un aumento della produttività del sistema nel suo complesso. L'Autore ne individuava tre: quando i miglioramenti vanno a benefici di gruppi specifici e di dimensioni ridotte, con effetti trascurabili rispetto all'insieme della popolazione; quando l'intera popolazione può beneficiare degli miglioramenti introdotti, i quali, tuttavia risultano efficaci solo a condizioni di utilizzo particolari; quando il principale effetto dei miglioramenti stessi è quello di determinare una de-socializzazione della malattia, che nasconde le cause sociali dei tassi di morbilità e mortalità. È a quest'ultima condizione che si intende fare riferimento, in questo caso.

<sup>(9)</sup> Faccio riferimento, in questa occasione, alla definizione di Tullio Seppilli di bene comune, inteso non solo come bene posseduto "in comune", ma anche come prodotto che viene "costruito insieme" (SEPPILLI T. 2010)

## Bibliografia

ANCONA Aldo (2008), *Sette buone ragioni per investire sui PUA*, pp. 5-7, in *Punto unico di accesso, Presa in carico, Continuità assistenziale*, "I Quaderni di Monitor", 2° Supplemento al n. 21 di "Monitor. Trimestrale dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali", 2008.

ABÈLÈS Marc (2001), *Politica, gioco di spazi*, Meltemi, Roma.

ATKINSON Sarah J. (1993), *Anthropology in research on the quality of health services*, "Cad. Saúde Pública" [online], vol. 9, n. 3, 1993, pp. 283-299.

BELLENTANI Maria Donata - INGLESE Stefano Alessandro - BANCHERO Anna (2008), *Punto unico di accesso, Presa in carico, Continuità assistenziale*, pp. 8-22, in *Punto unico di accesso, Presa in carico, Continuità assistenziale*, "I Quaderni di Monitor", 2° Supplemento al n. 21 di "Monitor. Trimestrale dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali", 2008.

BIBEAU Gilles (1994), *At work in the fields of public health: the abuse of rationality*, "Medical Anthropology Quarterly", vol. 11, n. 2, 1994, pp. 246-252.

CIPOLLA Costantino - GIARELLI GUIDO (curatori) (2002), *Dopo l'aziendalizzazione. Nuove strategie di governance in sanità*, "Salute e Società", anno I, n. 1, 2002, 224 p.

COZZI Donatella (curatore) (2012), *Le parole dell'antropologia medica. Piccolo dizionario*, Morlacchi Editore University Press, Perugia.

FAINZANG Sylvie - SCHIRRIPA Pino - COMELLES Josep María - Van DONGEN Els (curatori) (2004), *Medical anthropology, welfare state and political engagement*, I. *Health, state and politics*, "AM. Rivista della società italiana di antropologia medica" n. 17-18, ottobre 2004, 328 p.

FASSIN Didier (1996), *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, Presses Universitaires de France, Paris.

FASSIN Didier (2005), *Faire de la santé publique*, Éditions de l'École nationale de la santé publique, Rennes.

FASSIN Didier (2007), *Un ethos compassionevole. La sofferenza come linguaggio, l'ascolto come politica*, pp. 93-112, in QUARANTA IVO (curatore), *Sofferenza sociale*, "Antropologia", anno I, n. 8, 2007.

FASSIN Didier - MEMMI Dominique (curatori) (2004), *Le gouvernement des corps*, Éditions de L'École des hautes études en sciences sociales, Paris.

GIARELLI Guido - GEYER Siegfried (curatori) (2006), *Prospettive europee sui sistemi sanitari che cambiano*, "Salute e Società", anno V, supplemento al n. 1, 2009.

*Punto Unico di Accesso, Presa in Carico, Continuità Assistenziale* (2008), "I Quaderni di Monitor", 2° Supplemento al n. 21 di "Monitor. Trimestrale dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali", 2008.

ISEPPATO Ilaria - RIMONDINI Simona (curatori) (2009), *Le reti dell'accesso per la sanità e l'assistenza*, "Salute e Società", anno VII, supplemento al n. 1, 2009.

PIZZA Gianni - JOHANNESSEN Helle (2009), *Embodiment and the State. Health, biopolitics and the intimate life of state powers*, "AM Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica", n. 27-28, ottobre 2009.

SEPPILLI Tullio (curatore) (2010), *Salute e sanità come beni comuni: per un nuovo sistema sanitario*, "Educazione sanitaria e Promozione della Salute", vol. 33, n. 4, ottobre-dicembre 2010, pp. 369-381.

SHORE Cris - WRIGHT Susan (1997), *Policy. A new field of anthropology*, pp. 3-39, in SHORE Cris - WRIGHT Susan (curatori), *Anthropology of policy. Critical perspectives on governance and power*, Routledge, London - New York.

WRIGHT Susan (curatore) (1994), *Anthropology of organizations*, Routledge, London - New York.

WRIGHT Susan (1993), *Mobilising metaphors: contested images of "individual" and "community" in contemporary British politics*, paper non pubblicato, "Sociology and Social Anthropology seminar", Hull University, 20 January 1993.

YOUNG Allan (1982), *The anthropology of illness and sickness*, "Annual Review of Anthropology", vol. 11, 1982, pp. 257-285.

## Scheda sull'Autrice

Si è addottorata nel 2011 presso la Sapienza Università di Roma. Attualmente insegna, in qualità di docente a contratto, nel Corso di laurea di primo livello in Infermieristica, della Sapienza Università di Roma. Ha collaborato con l'Agenzia di sanità pubblica della Regione Lazio alla realizzazione di vari progetti, tra cui un'indagine sulla qualità percepita dei servizi, le storie di malattia e i percorsi di cura di pazienti affetti da artrite reumatoide, in cura in alcuni ospedali romani. È membro, inoltre, del gruppo di lavoro "Analisi qualitativa dei fenomeni sanitari e socio-sanitari", presso la stessa Agenzia. Tra i suoi principali ambiti di interesse vi sono la biomedicina, le narrazioni di malattia, la malattia cronica, il *welfare state*, l'ambito delle istituzioni sanitarie e dei servizi sanitari, socio sanitari e sociali in Italia. Tra le sue pubblicazioni *Dalla riproduzione alla manipolazione dello Stato: gli usi del capitale sociale nel welfare che cambia. Il caso dell'assistenza domiciliare sociale*. (AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica, n. 35-36, 2013); *Curare nel e sul territorio: integrazione e convivenza delle risorse di cura* (in PAVANELLO M. - VASCONI E. [curatori] 2011); *La promozione della salute e il valore del sangue. Antropologia medica e Sanità pubblica*, Bulzoni Editore, Roma); *Living a chronic illness: a condition between care and strategy* (in FAINZANG S. - HAXAIRE C. [curatori] 2011); *Of body and symptoms. Anthropological perspectives on their social and medical treatment*, URV, Tarragona); *Come parlano i corpi secchi: narrazioni di malattia in emodialisi* ("Erreffe. La ricerca folklorica", 2009); *Vivere da malato: sorveglianza e resistenza* ("Rassegna Italiana di Sociologia", n. 1, 2009).

## Riassunto

*Culture in sanità. Politiche e pratiche dell'accesso e della presa in carico, in un Distretto sanitario di Roma*

Le politiche sanitarie attualmente sono orientate ad un tentativo di gestione del mutato quadro epidemiologico, che vede un aumento delle malattie croniche e che è strettamente connesso al cambiamento demografico che sta investendo i paesi occidentali. Pressante si fa anche l'esigenza di razionalizzare l'utilizzo delle risorse esistenti e ottimizzare l'impegno, in modo particolare quello economico. Tra le risposte individuate in Italia vi è la creazione di Punti unici di accesso ai servizi sanitari e sociali (PUA). Intendendo la gestione del disagio da parte del sistema dei servizi come un campo costantemente soggetto a mutamenti e caratterizzato da pratiche quotidiane, relazioni di potere e un continuo processo di produzione di significati, nell'articolo si analizzano le politiche nazionali e locali, e le pratiche e i discorsi di alcuni operatori dei servizi e dirigenti medici coinvolti a vario livello nella gestione e nel funzionamento di un PUA all'interno di un Distretto sanitario romano e si tenta di riflettere su alcune questioni legate alla gestione istituzionale della sofferenza nel contesto dell'attuale sistema di welfare.

*Parole chiave:* politiche sanitarie, integrazione socio-sanitaria, presa in carico, accesso ai servizi.

## Résumé

*Cultures dans les services de santé. Politiques et pratiques de l'accès et de la prise en charge, dans un District sanitaire de Rome.*

Les politiques de santé sont actuellement orientées vers une tentative de gestion du changement de la situation épidémiologique, qui voit une augmentation des maladies chroniques et est étroitement lié à l'évolution démographique qui caractérise les pays occidentaux. Il y a aussi le besoin de rationaliser l'utilisation des ressources existantes et d'éviter la multiplication des efforts, en particulier celui économique. Parmi les réponses identifiées en Italie, il y a la création de Points d'accès uniques aux services de santé et sociaux (PUA). En considérant la gestion de la souffrance de la part du système des services comme un domaine en constante évolution, caractérisé par des pratiques quotidiennes, des relations de pouvoir et un processus continu de production de sens, l'article analyse les politiques nationales et locales, les pratiques et les discours de certains travailleurs de santé et directeurs médicaux impliqués dans la gestion et l'organisation d'un PUA dans un District sanitaire de Rome, et essaye de réfléchir sur certaines questions liées à la gestion institutionnelle de la souffrance dans le cadre du système actuel du bien-être.

*Mots clés:* politiques de santé, prise en charge, intégration de services de santé e de services sociaux, accès aux services de santé.

## Resumen

*Culturas en el campo de la salud. Políticas y prácticas de acceso a los servicios y del cuidado de las personas en un distrito sanitario de Roma.*

Las políticas sanitarias actualmente están orientadas hacia la gestión de un contexto epidemiológico cambiante, en el cual asistimos a un incremento de las enfermedades crónicas, estrictamente conectadas a los cambios demográficos que están involucrando los países occidentales. Es urgente la necesidad de racionalizar el uso de los recursos existentes y optimizar las inversiones económicas. Como respuesta, en Italia se han instituido los Puntos Únicos de Acceso (PUA) a los servicios sanitarios. La gestión del malestar de parte del sistema de los servicios se entiende como un campo constantemente sujeto a variaciones, caracterizado por prácticas cotidianas, relaciones de poder y un continuo proceso de producción de significados. Por tanto, en este artículo, se analizan las políticas nacionales e locales, las prácticas y los discursos de algunos operadores de los servicios y de los dirigentes médicos involucrados en los diferentes niveles de gestión y funcionamiento de un PUA insertado en un distrito sanitario de Roma. El intento es reflexionar sobre algunas cuestiones relativas a la gestión institucional del sufrimiento, en el contexto del actual sistema de welfare.

*Palabras clave:* políticas sanitarias, integración de los servicios sociales y sanitarios, atención sanitaria y social, acceso a los servicios sanitarios.

## Abstract

*Cultures in medical services. Policies and practices of access and taking care, in a health district of Rome.*

The current health policies are oriented to manage the new epidemiological landscape, which is characterized by an increase of chronic diseases and is closely related to the demographic change that is affecting the western countries. There is also the need to rationalize the use of existing resources and optimize the efforts, especially the economic one. Among the answers found in Italy, there is the creation of Unique points of access to health and social services (PUA). Interpreting the management of suffering by the care delivery system as a field constantly subjected to changes, characterized by daily practices, power relations and a continuous process of production of meanings, the paper analyzes the national and local policies, as well as the practices and the speeches of some health workers and medical directors involved in the management and organization of a PUA in a Health district of Rome. Finally it highlights some issues related to the institutional management of suffering in the context of the current welfare system.

*Keywords:* health policies, take care, integration of health and social care services, access to health care delivery system.