

Pratiche sanitarie. Una revisione partecipata della governance sulla salute

Giuseppe Gaballo

Università degli Studi di Foggia, Via Alberto da Zara 11, 71121 Foggia (Italia), tel.: 3409813507, mail : giuseppe.gaballo@unifg.it

Abstract. Il contributo prende spunto da tre esperienze personali di ricerca empirica nell'ambito dell'organizzazione e dell'offerta in ambito sanitario. Ciò che le accomuna è l'analisi critica del vecchio modello, basato su un tipo di gestione che considera il medico l'unico interprete dello stato di salute del paziente-utente sulla base di valori diagnostici standard. Negli ultimi decenni emerge una nuova rappresentazione di malattia e del corpo, che si inserisce nel paradigma della comunicazione e, a questo connesso, di rete. L'utente sanitario non è più considerato oggetto passivo, ma soggetto capace di interpretare il proprio stato psico-fisico, situato in uno specifico ambiente sociale e dotato di un capitale relazionale. Per tale motivo da più parti si insiste nell'inserire le pratiche partecipative nel quotidiano della gestione sanitaria e nella creazione-adozione di una tecnologia digitale sempre più pervasiva, quale è la tele-medicina, che rappresenta oggi il campo di battaglia dei due opposti modelli di gestione sanitaria tra ingerenze economiche e nuova concezione della salute.

Keywords: Gestione, Capitale umano, sistema, partnership, rete.

1. Condizioni strutturali e culturali degli attuali sistemi sanitari.

Affrontare un tema di vitale importanza come il sistema sanitario, significa intraprendere due strade, destinate a incrociarsi in diversi punti: da una parte, il discorso sulla situazione economica in cui versa a livello mondiale e le relative strategie di governance [Miraglia, 2016]; dall'altra, le principali concezioni della medicina, che hanno ricadute non solo sugli individui, ma anche sul rapporto tra domanda e offerta dei servizi.

Riguardo al primo punto, l'OECD [2023] restituisce un quadro poco confortante, da cui emerge come in gran parte del mondo i sistemi sanitari stiano affrontando una grave crisi economica. Questa ha ricadute sul finanziamento all'assistenza, sull'elaborazione e implementazione di pratiche di equa distribuzione dei servizi, infine su una soddisfacente risposta al bisogno di miglioramento della salute, quest'ultimo determinato da una maggiore consapevolezza tra gli utenti. Tali problemi vengono affrontati in modi differenti, riconducibili in gran parte a due strategie complessive: la programmazione di modelli d'intervento di tipo non solo economico variano, infatti, tra un'intensificazione delle pratiche di government a una maggiore dipendenza dal mercato.

Dal rapporto si evincono due fattori, che preoccupano maggiormente gli Stati nazionali. Innanzitutto, il vertiginoso aumento della spesa sanitaria pro capite è dovuta a cause complesse e incontrollabili come, soprattutto nei paesi Occidentali, il rapido invecchiamento della popolazione, l'aumento delle malattie croniche e di quelle genetiche, infine un'utenza molto più esigente [Santosuosso, 1999], ma che cade in stili di vita scorretti. In secondo luogo, per i Paesi più fortunati il personale sanitario e assistenziale continua a crescere, ma se ne constata la carenza per l'aumento acuto della domanda. A tal proposito, nel report si sottolinea che la carenza di operatori è dovuta non solo alle difficoltà economiche degli Stati, ma anche all'aumento del costo della vita e al mancato aumento dei salari in ambito sanitario, fattore che incide sull'appetibilità del sistema pubblico per tanti professionisti e per coloro che avrebbero intenzione di intraprendere una carriera nel settore (ciò riguarda soprattutto Finlandia, Italia, Portogallo, Spagna, Regno Unito e altri ancora).

A tutto questo occorre aggiungere il periodo straordinario della pandemia. Essa ha determinato una persistente crisi economico-gestionale della sanità pubblica e gravi difficoltà ancora avvertite da molti soggetti. D'altro canto, ha stimolato una revisione dei modelli d'intervento, che sembra stia andando verso una decisa, forse drastica, valorizzazione delle tecnologie digitali e di internet nell'organizzazione ed erogazione dei servizi, che però non terrebbe nel giusto conto una concezione evoluta di salute e di paziente, che così stenta ad affermarsi nella consuetudine delle analisi e delle pratiche mediche.

Quest'ultimo punto è però di capitale importanza, perché, parafrasando il teorema di Thomas [1937], definire come reale una data situazione, questa avrà conseguenze reali nel comportamento quotidiano dei soggetti coinvolti. In altre parole, le definizioni di malattia, soggetto e cura hanno concrete ricadute sullo scopo della medicina, che è tutt'altro scontato, come dimostra un interessante studio internazionale che ha coinvolto 14 Paesi [Hanson et Callahan, 1999]. In verità, tale studio parte dalle precedenti riflessioni di Callahan [1987 e 1998], il quale, preoccupato per l'ingente aumento dei costi sanitari, affronta due questioni delicate: la corruzione del settore pubblico e la mercificazione della vita umana [Callahan et Wasunna 2006; Gaballo, 2008, 303-306]. Al di là di queste considerazioni etico-politiche, il rapporto restituisce due modelli estremi di pensiero sulla medicina, che si fronteggiano negli ultimi cinquant'anni: quello tradizionale per cui la medicina ha il compito di curare i malati, quindi di concentrarsi sul corpo del paziente al fine di eradicare la malattia; quello post-moderno, secondo cui la medicina non può avere uno scopo predeterminato ed essendo una pratica contingente può solo premurarsi di venire incontro alle esigenze dei soggetti. Pur rappresentando posizioni estreme, tali modelli si riscontrano nella pratica quotidiana degli operatori sanitari con una netta prevalenza, però, della salvaguardia della tradizione, che vede il medico in uno status privilegiato rispetto a un paziente, ancora subalterno nell'immediatezza della relazione di cura.

Nelle prossime pagine si approfondirà il confronto tra il vecchio e il nuovo modello di medicina con l'intento di far emergere l'importanza di un paradigma (par. 2) – che definisco comunicativo-relazionale – che si riscontra indirettamente nei gap degli interventi assistenziali e di cura e direttamente nelle forme di gestione individuale e collettiva della sanità e della salute, nello specifico (par. 3). Si metteranno in risalto tre tipi di interventi che integrano la tradizione con la rilevanza del soggetto-utente.

2. Evoluzione dei sistemi sanitari e persistenza del modello positivistico.

Nonostante lo sviluppo della ricerca scientifica stia restituendo alla società e alla medicina, in particolare, l'importanza delle relazioni e della comunicazione nei processi di conoscenza e di creazione della realtà, nelle pratiche cliniche e gestionali persiste la vecchia concezione meccanicistica e ottocentesca del corpo e della malattia, che considera la sfera biologica una grande macchina complicata, della quale possiamo avere spiegazioni lineari, conoscendone i meccanismi di funzionamento. Anche gli organismi sociali sono considerati ingranaggi complicati: per questo si interviene per aumentare i sistemi e gli strumenti di controllo, rendere le procedure più specializzate ed efficienti, produrre tecnologie più avanzate, ingegnerizzare la tipologia di analisi e intervento. Tuttavia, un'organizzazione – oltre a beni e servizi – produce significato: una combinazione di significati a volte coerente, a volte contraddittoria e caotica si impone tra gli attori sociali, ma emerge dall'interazione tra loro [Blumer, 1969]. Sebbene sia la base di ogni forma sociale (Luhmann 1995), la comunicazione – e la connessa produzione di significato – viene data per scontata [Schütz, 1962; Berger et Luckmann, 1966] e mal utilizzata. L'analisi sistemica, condotta in diversi ambiti di studio, mostra invece come tutti i sistemi viventi – biologici, psichici e sociali – costituiscono un insieme complesso di relazioni comunicative tra componenti, dove a strutture organizzative, che agiscono secondo processi top down, si affiancano determinanti scambi bottom up: infatti, attraverso meccanismi auto-poietici e auto-referenziali si alimentano, riproducono o, al contrario, de-strutturano e sostituiscono configurazioni emergenti, superiori alla somma delle parti [Maturana et Varela, 1992].

Un filo conduttore caratterizza le pratiche mediche fino a oggi: il riferimento è alla concezione e al relativo atteggiamento religioso nei confronti delle pratiche curative e di colui che le esercita. Di questo non ci si sorprende, quando si tratta delle società pre-moderne, totalmente intrise – com'è noto – da un pensiero magico-religioso, che associa gli interventi e le conoscenze terapeutiche a qualche divinità. La narrazione

mitico-religiosa accompagna e giustifica figure, pratiche e strumenti di cura e guarigione così come consente spiegazioni consolatorie e spirituali dei mali fisici che affliggono i membri di una tribù o di una comunità. Tuttavia, ciò che risalta poco dagli studi sulle consuetudini sanitarie è l'equilibrio tra i saperi e le rispettive figure, impegnate nella cura degli individui: infatti, se per un lungo periodo l'esercizio "medico" era praticato soprattutto in ambito domestico e dalle donne, secondo un approccio puramente femminile di tipo protettivo, accuditivo e ri-generativo, verso la fine dell'età classica e poi nel Medioevo si consolidano forme di gestione della salute e delle pratiche mediche che realizzano il simbolismo stesso della medicina, il caduceo: questo, infatti, rappresenta la forza dinamica degli opposti complementari, che si incrociano e si sovrappongono attorno a una verga alata, simbolo di salvezza e mediazione tra l'uomo e dio, l'uomo e l'ambiente. Ebbene, nella medicina medievale, grazie ai cambiamenti sociali significativi avvenuti nel sistema di conoscenze e nella politica, e grazie a figure importanti in ambito religioso, filosofico e militare, alla medicina "femminile" si affianca quella "maschile" (i due serpenti): quest'ultima, forte delle conoscenze e dei riti, conferisce ordine agli elementi fisici, sociali e spirituali per dare avvio al processo di guarigione e impartisce ordini al soggetto malato, affinché conduca una vita "retta" e corretta. In tutto questo emergono due proprietà emergenti del nuovo modello medico pre-moderno, in cui si osservano i semi della medicina moderna: la conoscenza medica si struttura in codici disciplinari di conoscenze, condivise e trasmissibili, tali da creare centri di studio e di intervento sanitario; la guarigione è esito di un triplice intervento: è psicologico-metafisico, perché si responsabilizza il malato inducendolo a condurre uno stile di vita appropriato e di agire in maniera spiritualmente retta, ed è infine sociale perché la salute è al centro di una relazione tra medico, paziente e la famiglia che se ne prende cura.

Tutto questo viene meno nella specializzazione razionalizzatrice della pratica medica moderna [Foucault, 1979], quando il pensiero cartesiano e la concezione scientifica di Bacone spezzano il legame tra corpo e mente, preparando la successiva separazione tra individuo e ambiente (fisico e sociale) con la scoperta di virus, batteri e dell'antibiotico. La visione dei corpi sezionati, rappresentabili come macchine fatte di ingranaggi e fluidi, e l'esaltazione del controllo umano sulla natura consentono al sapere positivista di costruire e organizzarsi in discipline specifiche con il compito di eliminare qualsiasi spiegazione metafisica o non pertinente il fatto osservabile. Il medico diviene figura sacra della salute e la clinica il suo santuario, in cui riti incomprensibili ai più vengono eseguiti per condurre il soggetto dallo stato di malattia a uno di salute. Non c'è più alcun rapporto con le componenti psichica, sociale e spirituale del paziente, perché la relazione è un dialogo esclusivo tra medico e corpo, dove il primo ha il compito di osservare il linguaggio del secondo, che si esprime in segni e sintomi. Nella creazione di regimi di verità, esito di un sapere empirico ristretto, l'individuo è considerato oggetto passivo di pratiche scientifiche e come tale deve comportarsi, rimanendo in silenzio e quindi sopprimendo la sua umanità. La fase iper-semplificatrice della razionalità moderna ha nel modello dell'efficienza burocratica il suo dogma, da tradurre funzionalmente nei vari ambiti della vita politica, economica, sociale e biologica, e restituisce una società disciplinare nei saperi e nel comportamento.

Cosicché, nate per la liberazione dell'uomo dalle superstizioni e dall'ignoranza, le scienze finiscono per mettere in discussione la stessa umanità e la sua salute, afferma Foucault [1966], acquisendo tuttavia la stessa aura di sacralità del pensiero e delle pratiche magico-religiose, in quanto basate su verità incontrovertibili [Cosmacini, 2007]. Del caduceo rimane un solo serpente, la componente maschile, che impartisce ordine alle conoscenze e agli elementi naturali e ordini ai destinatari degli interventi, mentre la verga prende il senso dello scettro di un re, lo scienziato che lo agita in segno di supremazia.

Nonostante, come vedremo, le scienze fisiche e naturali abbiano messo in crisi e ribaltato tale concezione a partire dagli inizi dello scorso secolo, il modello burocratico e disciplinare della medicina sembra ancora persistere nelle politiche nazionali e nelle pratiche quotidiane di gestione ed erogazione dei servizi sanitari. Innanzitutto, a livello macro dall'ultimo rapporto dell'WHO [2023] si evince un significativo arresto nella crescita relativa agli indicatori sanitari chiave, un aumento delle malattie non trasmissibili come quelle cardiovascolari, metaboliche (diabete), respiratorie croniche, i tumori e le malattie neurologiche, mentre peggiorano le condizioni di salute a causa dello stile di vita non adeguato soprattutto nei paesi sviluppati (con prevalenza dell'obesità). Più volte si sottolinea la mancata riduzione delle difficoltà finanziarie dovute ai costi sanitari, fattore considerato fondamentale nell'impedire la copertura sanitaria universale entro il 2030. Tuttavia, tale analisi sembra ancora una volta strutturarsi nelle forme retoriche della stessa mentalità razionalizzatrice e mercantile della prima modernità, che implica la presunzione del controllo delle

infinite variabili, che caratterizzano la complessità eco-sistemica dei sistemi nazionali e sanitari in particolare. Infatti, alla presentazione di detto rapporto la vicedirettrice generale dell'WHO, inizialmente afferma che la pandemia da Covid-19 insegna che "il progresso non è né lineare né garantito", per poi spronare a tenere i ritmi elevati per rimanere sulla strada dell'agenda SDG 2030, agendo "in modo deciso per ottenere un impatto misurabile in tutti i paesi". Traducendo Magatti [2012, p. 35], la tecnicizzazione conferma il modello taylorista, secondo cui la realtà è governabile in base a protocolli standard e indicatori misurabili e perciò rimuovendo tutti gli aspetti contingenti e caotici della condizione umana.

Finanziarizzazione e standardizzazione della salute, insomma, nel nome di obiettivi da raggiungere entro un dato tempo sulla base di sforzi condivisi e cooperativi. La globalizzazione e le varie crisi economiche mondiali comportano un acuirsi della narrativa tecnicista, sia finanziaria sia tecnologica, con gravi ricadute anche sull'efficacia dei sistemi sanitari [Magatti, 2009].

Riguardo al caso italiano, l'accesso alle cure dipende certamente in base alla Regione di appartenenza, ma la carenza di professionisti (medici, infermieri e operatori assistenziali) e la cattiva gestione economica a fronte della scarsità delle risorse e dell'aumentato fabbisogno della popolazione pone l'Italia in un vicolo cieco [Cartabellotta *et al.*, 2019]. Questo è particolarmente evidente nel caso delle malattie più diffuse e, al contempo, mortali.

Da alcuni ricerche, cui ho partecipato [Za, 2008; Gaballo, 2018] emerge un quadro poco confortante, in quanto proprio le categorie più deboli risultano quelle meno assistite e questo per una serie di fattori concomitanti: basso livello culturale, capitale sociale tendenzialmente basato su legami forti [Granovetter, 1995], residenti in zone periferiche rispetto alle strutture che erogano il servizio, scarsità di personale specializzato nella presa in carico del soggetto e dei suoi bisogni paralleli alla malattia, difficoltà di comprensione del linguaggio medico e sanitario in genere; il tutto, infine, ha significative ricadute sul rispetto del piano terapeutico. Un focus a parte meritano i pazienti affetti da demenza o Alzheimer, in cui occorre considerare non tanto o non solo la singola persona, ma anche il o i caregiver. Costoro sono i soggetti che più di altri possono sviluppare malattie psicosomatiche: chi è affetto da demenza, infatti, ha bisogno di assistenza continua per 24 ore e chi se ne occupa spesso non può conciliare il lavoro, esigenze personali varie, né talvolta il riposo notturno. Il percorso clinico per la diade paziente-caregiver è strutturato secondo una logica burocratica, in cui a investigazioni diagnostiche periodiche corrisponde un piano terapeutico, che spesso rimane il solito per quasi tutta la durata del vissuto.

Le risposte che provengono dal mondo sanitario rimangono ingessate, eccetto quando arrivano finanziamenti straordinari. In Puglia, regione del sud Italia, ad esempio, sono stati promossi numerosi programmi di finanziamento, tra cui *Innolabs* (<https://por.regione.puglia.it/-/innolabs>), una tappa per il consolidamento della ricerca innovativa basata sulla *smart specialization*. Tale programma ha il merito di avvicinare il mondo dell'innovazione con il sistema sanitario e l'utenza, ciò al fine di sperimentare nuovi prodotti o servizi utili alla soluzione di problematiche di rilevanza sociale; pertanto la partecipazione vede protagoniste piccole e medie imprese. Le spese vanno a coprire in parte il personale, ma soprattutto la strumentazione, le attrezzature e le infrastrutture tecnologiche nuove, l'acquisto di licenze e lo sviluppo di software. In molti casi, la sperimentazione con il pieno coinvolgimento degli stakeholder finali, che sono gli utenti, diviene specchio per le allodole, in quanto non si riesce a strutturare un reale e significativo percorso di soluzione tecnologica, umanamente assistita e accompagnata, che dovrebbe prevedere anche momenti di formazione diretta sia al personale sanitario sia alla specifica utenza, adeguatamente campionata. Tuttavia, anche in questo caso prevale l'interesse economico, la vendita di idee e strumenti [Navarro, 1976; Hurst *et al.*, 2007], mentre il coinvolgimento della società civile, anche mediaticamente condotto, diviene solo una vetrina per la soddisfazione dei maggiori protagonisti del progetto: politica, burocrazia sanitaria e aziende.

Eppure la tecnologia digitale, nello specifico la telemedicina, può ridurre notevolmente i tempi, gli spostamenti e l'isolamento dei soggetti interessati con una conseguente riduzione dei costi. Ma il sistema sanitario sembra rimanere impantanato e impassibile davanti alle irritazioni – per usare un termine luhmanniano – che provengono dall'ambiente nell'ottica di una medicina partecipata, meno burocratica e ottocentesca. Piuttosto metabolizza le possibilità offerte dalla digitalizzazione, enfatizzando l'uso della tecnologia solamente per fini diagnostici e interventi chirurgici (robotica). Nei discorsi politici e mediatici

poche volte si può ascoltare un cambiamento in direzione di percorsi assistenziali e di cura che prendono in carico la totalità della persona e del suo ambiente come, tra l'altro, ha dichiarato il WHO [2021].

Dal modello sanitario, duro a “guarire”, alle esperienze partecipative

Il sistema politico e conoscitivo del settore sanitario avrebbe potuto accusare i primi colpi, avvenuti dai primi del Novecento, con gli studi e le scoperte provenienti dalla fisica, prima, e dalla biologia e l'ecologia dopo. I risultati conseguiti nell'ambito della macro- e della micro-fisica, rappresentano un primo scossone alla posizione dominante dell'uomo positivista: da una parte, si asserisce che i risultati delle misurazioni sono relative al sistema considerato, dall'altra, che il comportamento della natura non è meccanico e lineare, ma caotico, talvolta imprevedibile e probabilisticamente conoscibile, mentre lo scienziato è chiamato in causa in quanto, osservando i fenomeni, diviene parte del sistema e in quanto tale lo perturba. Queste considerazioni sviluppano nelle scienze positive un primo turbamento, perché lo scienziato è costretto a relativizzare le sue conoscenze, a fare opera di disincanto nei confronti di se stesso. Le scoperte ecologiche e biologiche allargano questa prospettiva, sussumendo l'uomo all'interno di un fascio di relazioni, che lo pongono come vivente al pari dei sistemi viventi e funziona secondo le leggi che si riscontrano nella natura: un sistema auto-poietico e auto-referenziale, basato su anelli di retroazione ricorsivi [Prigogine, 1986], atti a riprodurre l'esistente o a cambiarne il destino a seconda delle perturbazioni provenienti dall'ambiente e dalle reazioni del sistema stesso [Prigogine. *et al.*, 1997; De Toni *et al.*, 2011].

Questi cambiamenti sono stati comunque percepiti da una buona parte della società civile, per cui già a partire dagli anni '70 si è assistito a un proliferare di interventi, metodi e tecniche partecipativi in vari ambiti della vita sociale: politiche urbane e sociali, bilanci economici di città, ecc. [Suskind *et al.*, 1999; Sintomer *et al.*, 2005; Gastil e Levine, 2005; Bobbio, 2008; Creighton, 2005; Hamdi, 2010].

Nello specifico caso del settore sanitario e assistenziale, emergono interessanti tre forme partecipative, che valorizzano pienamente il paziente, considerandolo come soggettività corporea, psichica e sociale. Innanzitutto, il modello della medicina narrativa rimette in causa il medico, che è indotto ad accogliere l'imprevedibilità del comportamento della malattia, inserendo la sua interpretazione all'interno di altri fattori quali il vissuto consapevole del paziente, la dimensione relazionale del professionista con lo stesso e le ricadute sul piano comunicativo e linguistico, infine le determinanti ambientali. Il medico non comunica più con solo il corpo del malato, decodificando segni e sintomi, ma cerca di interpretarli attraverso la mediazione della narrativa elaborata dall'utente [Kleinman, 1989; Charon, 2006; Benedetti, 2016]. Si dà vita a una sorta di medicina umanistica, incentrata sull'uomo, che è non solo il paziente ma anche il medico e la sua équipe con tutti i limiti che possono avere e manifestare: del paziente può interessare qualsiasi sua forma narrativa, sia essa meramente letteraria o artistica o ancora di senso comune, come una semplice chiacchierata da cui far scaturire sentimenti interiori e profondi, come amore, odio, angoscia o, al contrario, fervore, speranza, euforia, ecc.. Lo scopo della medicina non sarà più la guarigione della malattia, quanto la conoscenza dell'uomo attraverso un momento drammatico della sua esistenza, che può svoltare anche verso la tragedia. In quest'ultimo caso l'approccio della medicina narrativa può rivelarsi efficace nell'umanizzare il fine vita del paziente, altrimenti del tutto solo ad affrontare l'esito irreversibile.

In secondo luogo, l'avanzare delle tecnologie digitali in ambito medico e sanitario, in genere, impone una maggiore attenzione alla privacy e all'interazione macchina-uomo: strumenti diagnostici, dispositivi di autodiagnosi e quelli più complicati di telemedicina si stanno diffondendo in molti paesi, per cui si necessita di una regolamentazione. A tal proposito la letteratura scientifica offre alcuni esempi di creazione e implementazione di tale tecnologia attraverso lo *User Centered Design* (UCD) o progettazione centrata sull'utente: è un modo per progettare e costruire siti o applicazioni tenendo conto del punto di vista e delle esigenze dell'utente. Lo UCD si basa sull'interazione di diversi strumenti di analisi od osservazione, progettazione e verifica. Il processo è stato definito e descritto da diversi autori e persino da alcune norme ISO, come la 13407, *Human-centered design process*. Attraverso una sinergia tra medici, ingegneri e ricercatori sociali si costruisce un protocollo con cui interrogare il complesso fenomeno d'interazione tra i dispositivi da progettare e sperimentare e i destinatari finali: una volta che si analizza l'ambiente di utilizzo,

fatto di spazi, tempi, logistica e persone, si passa a una prima progettazione, che poi viene sperimentata su casi specifici, adeguatamente campionati affinché siano rappresentativi [Mao, 2005]. L'utente è co-progettista dell'esperto, permanendo una certa asimmetria di potere a suo favore, in quanto è lui a decidere se il prodotto è adeguato o disfunzionale. Con questo metodo si umanizza una delle componenti più tecnicistiche della medicina moderna, perché si mette in discussione non solo il vecchio modello d'intervento medico, ma anche la sua evoluzione positivista nelle potenzialità della tecnologia digitale.

Un ultimo modello di pratica partecipativa che valorizza sia il paziente sia il suo intorno sociale è quello del *case manager* [A.I.C.M., 2012; Schiavone *et al.*, 2023]. Negli ultimi anni la retorica socio-sanitaria e assistenziale utilizza l'espressione "la persona al centro" per indicare un mutamento profondo nella gestione degli interventi nel settore, che impone il ricorso a una pluralità di fonti di aiuto e di servizi, formali e informali. Si è ormai consapevoli del fatto che occorra "ricomporre il caduceo", ossia costruire un sistema e dei percorsi di intervento sanitario e assistenziale, che rispondano a un approccio multi- e inter-disciplinare per elaborare un piano d'azione centrato sulla specificità di ogni utente. Nato negli anni '70 negli Stati Uniti, il *case management* ha riguardato inizialmente i servizi sociali, con il compito di valutare il caso, elaborare il piano assistenziale *ad personam*, concretizzare, monitorare e infine valutare il progetto. Il *case manager* diviene così un vero e proprio network builder, perché tra i suoi compiti di maggiore rilevanza c'è quello di individuare e pianificare supporti e risorse anche informali, metterli in rete e coordinare i processi attivati e i soggetti coinvolti; il tutto affinché possa garantire la continuità della presa in carico. Quest'ultima affermazione è molto importante, perché tale figura va contro le procedure e i percorsi tipicamente burocratici e tecnicistici in ambito socio-sanitario-assistenziale, che gli utenti affrontano normalmente, ossia la frammentazione e parcellizzazione dell'assistenza e della cura, in genere. Quindi si ribalta la logica prestazionale tipica, basata sulla erogazione di un servizio, per accogliere il soggetto in tutto ciò che egli rappresenta in termini di individualità e di componenti sociali. Da queste caratteristiche si evince l'importanza di questo approccio per la presa in carico di soggetti particolarmente difficili, come nei casi di malattia mentale, di soggetti con disabilità, con malattie rare e gravemente invalidanti, per la messa in protezione dei minori. Per tutti questi fattori il *case manager* viene definito un vero e proprio "gestore di complessità".

Concludendo, questi tre approcci rispondono appieno ai risultati scientifici provenienti dalle scienze della complessità, soprattutto in quanto consentono di gestire l'individuo nella fitta rete – relazionale, sociale, informativa e cognitivo-emozionale – di cui è risultato, e ricongiungono ciò che l'episteme razionalista ha sempre separato nei processi di specializzazione, ossia l'osservatore (operatore socio-sanitario) e l'osservato (paziente). Come afferma von Foerster, l'osservatore fa parte dell'universo studiato, e ciò porta a considerare il processo di costruzione dell'oggetto e la scelta del punto di vista del soggetto: l'osservatore decide in cosa consiste il sistema osservato, disegnando i confini del sistema rispetto all'ambiente.

Riferimenti

- A.I.C.M. Bologna (2012). Il Case Management: un meccanismo dinamico-interagente. WOCN, 2, 2, pp. 1-2.
- Benedetti, F. (2016). Il caso di G. L.. La medicina narrativa e le dinamiche nascoste della mente. Carocci, Roma.
- Berger, P. L. et T. Luckmann (1966). The Social Construction of Reality. A Treatise in the Sociology of Knowledge. Anchor Books, New York.
- Blumer, H. (1969). Symbolic Interactionism: Perspective and Method. University of California P., Berkeley.
- Bobbio, (a cura di) (2008). Amministrare con i cittadini. Viaggio tra le pratiche di partecipazione in Italia. Esi, Napoli.
- Callahan, D. (1987). Setting Limits: Medical Goals in an Aging Society. Georgetown UP, Washington.
- Callahan, D. (1998). False Hopes. Simon & Schuster, New York.
- Callahan, D. et A.A. Wasunna (2006). Medicine and the Market: Equity V. Choice. Johns Hopkins UP, Baltimora.
- Charon, R. (2006). Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness. Oxford UP, Oxford.

- Cosmacini G. (2007). *La religiosità della medicina. Dall'antichità a oggi*. Laterza, Roma-Bari.
- Creighton, J.L. (2005). *The Public Participation Handbook. Making Better Decisions through Citizen Involvement: A Practical Toolkit*. John Wiley & Sons, Hoboken.
- De Toni, A.F., L. Comello et L. Ioan (2011). *Auto-organizzazioni. Il mistero dell'emergenza nei sistemi fisici, biologici e sociali*. Marsilio, Padova.
- Foucault, M. (1966). *Les mot et les choses*. Gallimard, Paris.
- Foucault, M. (1979). *Naissance de la biopolitique*. Gallimard-Seuil, Paris.
- Gaballo, G. (2008). Dal potere sul corpo al potere partecipato. In: *Malattia e cura. Indagine sulla salute in una provincia del Mezzogiorno* (L. Za, ed.), pp. 289-314, Pensamultimedia, Lecce.
- Gaballo, G. (2018). Dementias in a systemic view a survey in Brindisi social health service district. In *JDream*, 2, 1, pp. 83-92.
- Gastil, J. et P. Levine P. (eds.) (2005). *The Deliberative Democracy Handbook: Strategies for Effective Civic Engagement in the Twenty-First Century*. Jossey-Bass, San Francisco.
- Granovetter, M. (1995). *Getting a Job. A Study of Contacts and Careers*. University of Chicago Press, Chicago.
- Hamdi, N. (2010). *The Placemaker's Guide to Building Community*. Earthscape, London.
- Hanson, M.J. et D. Callahan, D. (1999). *The Goals of Medicine: The Forgotten Issues in Health Care Reform*. Georgetown UP, Washington.
- <https://por.regione.puglia.it/-/innolabs>.
- Hurst, S.A., R. Forde, S. Reiter-Theil, et al. (2007). Physicians' views on resource availability and equity in four European health care systems. *BMC Health Serv Res*, 7, 1, pp. 137-148.
- Kleinman, A. (1989). *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*. Basic Books, New York.
- Luhmann, N. (1995). *Social systems*, Stanford University Press, Stanford.
- Magatti, M. (2009), *Libertà immaginaria. Le illusioni del capitalismo tecno-nichilista*. Feltrinelli, Milano.
- Magatti, M. (2012), *La grande contrazione. I fallimenti della libertà e le vie del suo riscatto*. Feltrinelli, Milano.
- Mao, J.-Y., K. Vredenburg, P.W. Smith et T. Carey (2005). The State of User-Centered Design Practice. *Communications of the Acm*, 48, 3, pp. 105-109.
- Maturana H.R. et Varela F.J. (1992). *Autopoiesi e cognizione: la realizzazione del vivente*. Marsilio, Padova.
- Miraglia, L. (a cura di) (2016). *L'evoluzione dei modelli sanitari internazionali a confronto*. LUISS, Roma. [p](#)
- Navarro, V. (1976). *Medicine Under Capitalism*. Neale Watson Academic, New York.
- Cartabellotta, N., E. Cottafava, R. Luceri et M. Mosti (2019). Il defianziamento 2010-2019 del Servizio Sanitario Nazionale. In *Osservatorio Gimbe*, 7, www.gimbe.org/defianziamento-SSN.
- Prigogine, I. (1986). *Dall'essere al divenire. Tempo e complessità nelle scienze fisiche*. Einaudi, Torino.
- Prigogine, I., F. Fang, M. Sanglier (eds.) (1997). *Complexity and Self-Organization in Social and Economic Systems: Proceedings of the International Conference on Complexity and Self-Organization in Social and Economic Systems*. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg.
- Santosuosso, A. (1999). *Libertà di cura e libertà di terapia. La medicina tra razionalità scientifica e soggettività del malato*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Schütz, A. (1962). *Collected Papers I. The Problem of Social Reality*. The Hague, Martinus Nijhoff.
- Schiavone, L., V. Pegoraro, F. Dal Mas, M. Zantedeschi et S. Campostrini (2023). Il case manager infermieristico nel contesto dell'oncologia. Una revisione della letteratura. In *E. J. of Volunteering and Community-Based Projects*, 1, 4, pp. 1-22.
- Sintomer, Y., C. Herzberg et A. Röcke (eds.) (2005). *Démocratie participative et modernisation des services publics: des affinités électives? Les budgets participatifs en Europe. La découverte*, Paris.
- Susskind, L., S. MacKearnan, et J. Thomas-Larmer (eds.) (1999). *The Consensus Building Handbook. A Comprehensive Guide to Reaching Agreement*. Sage, London.
- Thomas, W. (1937). *Primitive Behaviour. An Introduction to the Social Sciences*. McGraw-Hill, New York-London.
- Von Foerster, H. (1987). *Sistemi che osservano* Astrolabio, Roma.

World Health Organization (2021). Tracking Universal Health Coverage: 2021 Global monitoring report. In <https://www.who.int/publications/i/item/9789240040618>.

World Health Organization (2023). World health statistics 2023: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. In <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1502907/retrieve>.

Za, L. (2008). Malattia e cura. Indagine sulla salute in una provincia del Mezzogiorno. Pensamultimedia, Lecce