

Tiziana Stobbione

# Valore e sanità

Un binomio possibile che mette al centro  
la persona anche in tempi di crisi

Prefazione di Nerina Dirindin



**Innovation  
Creativity Setting**



**FrancoAngeli**

## *Innovation Creativity Setting – InCreaSe*

Direttori: Guido Lazzarini, Maria Giuseppina Lucia, Francesca Silvia Rota

Curatori relazioni internazionali: Giorgio Maria Bressa e Valentina Grosso Gonçalves

La collana è espressione dell'associazione culturale InCreaSe, gruppo di ricerc-azione costituito da professori universitari, ricercatori di Isfol e Istat, imprenditori, liberi professionisti, manager del pubblico, del privato e del terzo settore di diverse regioni d'Italia.

L'attività scientifica si articola in quattro sezioni di studio/ricerca:

- Intangible asset in azienda e territorio;
- SoIL-Sostenibilità, Innovazione, Legami;
- Dinamiche sociali;
- Salute e società.

L'ipotesi che orienta gli studi e le ricerche di InCreaSe è la convinzione che creatività e innovazione siano profondamente radicate nei contesti locali, portatori di specifiche identità storiche e culturali che interagiscono fra loro in modo diretto e trovano stimoli in varie forme a livello globale. InCreaSe mira a cogliere tali realtà e, a seconda delle specificità delle singole sezioni, le elabora con criteri scientifici per renderle elementi di nuova creatività e innovazione. A tal fine sono stati istituiti, a supporto della mission di InCreaSe, due comitati: l'uno scientifico, l'altro di indirizzo.

Ogni volume, saggio o articolo nasce da briefing di lavoro e, a ulteriore garanzia di scientificità, prima di essere avviato alla pubblicazione cartacea e/o on line, è revisionato da referee anonimi esperti nel campo tematico trattato.

### *Comitato scientifico*

*Intangible asset in azienda e territorio* - Roberto Angotti, Isfol Roma; Giacomo Büchi, Univ. Torino; Cecilia Casalegno, Univ. Torino; Piero Giammarco, project manager; Fabrizio Mosca, Univ. Torino; Sonia Palumbo, PhD in Scienze organizzative direzionali; Anna Claudia Pellicelli, Univ. Torino; Giulio Perani, Istat Roma; Luca Simone Rizzo, PhD on Network Economy and KM; Francesca Silvia Rota, Politecnico Torino.

*SoIL-Sostenibilità, Innovazione, Legami* - Fabio Berti, Univ. Siena; Grinde Bjorn, Norwegian Institute Univ. Oslo; Maria Stella Chiaruttini, Ist. univ. europeo Fiesole; Olivier Crevoisier, Univ. Neuchatel; Egidio Dansero, Univ. Torino; Stefano Duglio, Univ. Torino; Paola Lazzarini, PhD in Sociologia e metodologia della ricerca sociale; Dario Musolino, Univ. Milano-Bicocca; Claudio Pellegrini, Univ. Sapienza Roma; Paola Ravizza, giornalista; Francesco Scalfari, Polo univ. Asti; Annunziata Vita, Univ. Salerno.

*Dinamiche sociali* - Luigi Bollani, Univ. Torino; Anna Cugno, Univ. Torino; Antonella Delle Fave, Univ. Statale Milano; Giulio Gerbino, Univ. Palermo; Paolo Gubitta, Univ. Padova; Gennaro Iorio, Univ. Salerno; Giuseppe Moro, Univ. Bari; Nicolò Pisanu, Pass Roma; Mariagrazia Santagati, Univ. Cattolica Milano; Fausta Scardigno, Univ. Bari; Enrico Tacchi, Univ. Cattolica Milano; Francesco Villa, Univ. Cattolica Milano.

*Salute e società* - Giulia Bardaglio PhD in Scienze umane; Giorgio Maria Bressa, Pass Viterbo; Carla Facchini, Univ. Milano-Bicocca; Secondo Fassino, Univ. Torino; Chiara Garbarini, Univ. Torino; Valentina Grosso Gonçalves, psicologa; Alessandro Mastinu, Polo univ. Asti; Giovanni Mussella, Univ. Torino; Luciano Peirone, Univ. Chieti-Pescara; Tiziana Stobbione, Polo univ. Asti; Mara Tognetti, Univ. Milano-Bicocca; Franco Valfrè, Univ. Statale Milano.

### *Comitati di indirizzo*

Maurizia Albanese; Elisa Allasia; Giorgio Alifredi; Barbara Baino; Mauro Bajardi; Anna Ballarini; Paola Barbarino; Stefania Bertorello; Damiana Boggio; Guido Bolatto; Gianfranco Bordone; Federico Bressa; Marco Bricco; Simona Brino; Cinzia Buat; Leonardo Caroni; Manuela Colombero; Laura Cominetti; Anna Corti; Mirella Cristiano; Katia Stefania Fabbro; Arturo Faggio; Grazia Fallarini; Barbara Fauda; Ivana Finiguerra; Paola Gennari Santori; Enrico Gennaro; Bruna Gerbaudo; Riccardo Ghidella; Maria Rosa Guerrini; Salvatore Improta; Francesco Lazzarini; Luciana Lazzarino; Carmela Lecci; Chiara Masia; Paola Montrucchio; Lorella Nizza; Enrico Orrù; Antonella Pella; Giulia Pentella; Enrica Pejrolo; Giovanni Periale; Gian Carlo Picco; Raoul Romoli Venturi; Carlo Ronca; Vilma Rossi; Cinzia Tortola.

Segreteria: [segreteria.collana@increasegroup.org](mailto:segreteria.collana@increasegroup.org).

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: *www.francoangeli.it* e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.

Tiziana Stobbione

# **Valore e sanità**

Un binomio possibile che mette al centro  
la persona anche in tempi di crisi

Prefazione di Nerina Dirindin



**Innovation  
Creativity Setting**

**FrancoAngeli**

Copyright © 2019 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

*L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it).*

# Indice

<b>Prefazione</b> , di <i>Nerina Dirindin</i>	pag.	11
<b>Presentazione</b> , di <i>Francesco Antonioli</i>	»	13
<b>Premessa</b> , di <i>Guido Lazzarini</i>	»	15
<b>Introduzione</b>	»	19

## **Parte prima**

### **Creazione di valore, dal mondo economico a quello sanitario: teoria, organizzazione e salute**

<b>1. Significati di valore</b>	»	27
1.1. Ruolo degli <i>assets</i> intangibili nella creazione di valore	»	28
1.2. Descrizione degli <i>assets</i> intangibili di un'azienda	»	29
1.3. Concezione innovativa alla questione del valore in sanità: l'approccio di M. Porter	»	31
1.4. Generazione di valore nell'Azienda Sanitaria	»	41
1.5. Governo clinico	»	47
1.6. Peculiarità organizzative dell'Azienda Sanitaria	»	50

## **Parte seconda**

### **Contesto e percorso dell'indagine**

<b>2. Contesto oggetto di studio</b>	»	59
2.1 Ambito di ricerca	»	60
2.2 Paradigmi concettuali di valore affermatasi in sanità	»	66
2.3 Strumenti di indagine	»	78
2.4 Scelte e modalità di rilevazione	»	80

<b>3. Sedi d'indagine</b>	pag.	85
3.1 Azienda Sanitaria Ospedaliera	»	85
3.2 Presidio di Azienda Sanitaria Locale	»	86
3.3 Ospedale di proprietà religiosa	»	87
3.4 Ospedale di proprietà laica	»	87

### **Parte terza**

#### **Validazione statistica degli atteggiamenti, comportamenti e valori emersi dall'indagine**

<b>4. Presentazione del campione e delle tematiche oggetto di indagine</b>	»	91
4.1. Operatori Sanitari e Assistiti: dati demografici	»	91
4.2. Rappresentazione delle tematizzazioni emerse	»	96
<b>5. Caratterizzazione degli elementi valoriali relativi a personale e assistiti</b>	»	98
5.1 Valutazione di giudizio attribuita da operatori sanitari e assistiti a: definizione di assistito, significati di valore, disvalore, equità	»	98
5.2 Sanità in Italia. I pareri di operatori e assistiti	»	110
5.3 Relazioni tra assistito e personale sanitario: opinioni a confronto	»	116
<b>6. Professionisti sanitari e aziendalizzazione: opportunità e vincoli</b>	»	121
6.1 Valutazione del personale su elementi di retribuzione, opportunità di percorso lavorativo e formazione continua	»	121
6.2 Principali cambiamenti avvenuti nel mondo sanitario e fenomeni migratori: la visione dei professionisti	»	126
6.3 Motivazione e stress, indicatori per una strategia mirata di incentivazione delle risorse umane in sanità. Analisi fattoriale per l'individuazione di alcune tipologie di operatori	»	130
<b>7. Assistiti e Azienda: relazione organizzativa, attività sanitarie e di cura</b>	»	136
7.1 Rapporti dell'assistito con l'Azienda Sanitaria	»	136
7.2 Garanzia e tutela dei bisogni degli assistiti	»	138

<b>8. Risorse strutturali e assets intangibili in Azienda</b>	pag.	140
8.1. Personale e assistiti: valutazione delle capacità e competenze degli operatori sanitari	»	140
8.2. Caratteristiche organizzative e relazionali rilevate in Azienda da operatori e assistiti	»	146
8.3. Capitale relazionale e sociale presenti nell'Azienda (personale, assistiti)	»	152
8.4. Caratteri strutturali dell'Azienda Sanitaria: opinioni di personale e assistiti	»	157
<b>9. Peculiarità emerse nelle quattro sedi d'indagine</b>	»	164
9.1. Rappresentazione di diversità significative	»	164
<b>10. Il valore, prodotto finale del processo di assistenza e cura: interpretazione dei risultati dell'indagine</b>	»	170
10.1. Ricerca dei <i>drivers</i> di valore in sanità	»	170
10.2. Genesi del valore in sanità: costituenti e determinanti	»	175
10.3. Concetto di equità nel panorama della tutela della salute	»	178
10.4. Capacità delle strutture sanitarie di dare risposte adeguate agli assistiti	»	180
10.5. Qualità delle relazioni tra operatori sanitari e assistiti	»	183
10.6. Apprezzamento dei degenti nei confronti della struttura	»	186
10.7. Rispetto della dignità personale	»	188
10.8. Opinioni e valutazioni della sanità pubblica	»	190
10.9. Tutela del capitale umano aziendale	»	193
10.10. Il capitale relazionale in azienda	»	195
10.11. Dimensioni strutturali e tecniche dell'Azienda Sanitaria	»	198

#### **Parte quarta**

#### **Sfida creativa valoriale nelle Aziende Sanitarie**

<b>11. Il valore in sanità: paradigmi e politiche di intervento</b>	»	203
11.1. Crisi economica e valore in sanità	»	203
11.2. Processi di creazione del valore	»	209
<b>12. Gestione strategica del valore: orientamenti progettuali in ambito sanitario</b>	»	213
12.1. Peculiarità distintive dell'indagine	»	213
12.2. Riorganizzazione delle tematiche emerse e proposte di linee programmatiche di indirizzo	»	219

<b>Riflessioni conclusive</b>	pag.	229
1. Persona protagonista e responsabile di se stessa	»	229
2. Azienda Sanitaria e ruolo della dirigenza	»	230
3. Tutela del capitale umano e delle sue competenze	»	231
4. Importanza del capitale relazionale	»	232
<b>Bibliografia e sitografia di riferimento</b>	»	235

*A mio marito Alessandro  
che mi ha accompagnata con il cuore  
in questa esperienza di vita*



## Prefazione

Da parecchi anni, la sanità pubblica italiana si sta indebolendo. Le cause non sono solo riconducibili alle restrizioni economiche dovute alle difficili condizioni generali del Paese, ma soprattutto a un crescente disimpegno nei confronti delle politiche di tutela della salute che si manifesta in un atteggiamento che potremmo definire di *laissez faire*: un mix di indifferenza e liberismo che, di fronte ai problemi, tende a confidare nell'evoluzione naturale della situazione. Per la verità più che di una consapevole adesione ai principi del liberismo economico si ha l'impressione che si tratti di un mix di inesperienza e compiacenza: inesperienza rispetto alla complessità del settore e compiacenza rispetto agli interessi del mercato della salute.

Purtroppo il Servizio Sanitario Nazionale non è un sistema che, una volta introdotto, è in grado di andare avanti da sé: perché funzioni bisogna metterci, ogni giorno, impegno, responsabilità, passione e professionalità. Cosa che fanno molti operatori che tenacemente si ostinano ad opporsi all'indifferenza. Ma il loro impegno non è più sufficiente a colmare l'indifferenza di molti vertici. Troppo spesso le amministrazioni regionali si limitano a restringere l'offerta di servizi sulla base delle risorse che lo Stato trasferisce loro, diventando amministrazioni di mera spesa, rinunciando a svolgere quel ruolo che negli anni passati avevano esercitato con una notevole forza politica (in gran parte perduta) e una buona capacità tecnica (ancora in gran parte presente).

Non è certo possibile generalizzare, ma più elementi portano a ritenere che la qualità delle politiche messe in atto da tutte le regioni è nettamente peggiorata nel corso degli ultimi anni, con il risultato che le realtà storicamente più solide e organizzate riescono a vivere di rendita, mentre le realtà meno mature mostrano difficoltà crescenti. Al contempo le politiche sanitarie nazionali si esercitano, di fatto, principalmente sui dati di bilancio, trascurando il lavoro di monitoraggio delle garanzie da assicurare ai cittadini che peraltro avrebbe dovuto essere il cuore delle modifiche del Titolo V della Costituzione.

In tale contesto, per ridare fiducia ai cittadini, il sistema sanitario dovrebbe puntare ad essere sempre più *ineccepibile* non solo dal punto di vista della qualità tecnica degli interventi ma anche della capacità di tutti gli

operatori, a partire da quelli con responsabilità più elevate, di attendere al lavoro quotidiano con la stessa cura con la quale accudiscono i propri familiari o la propria casa. Rispetto nell'accoglienza, pulizia degli ambienti, attenzione alla persona in difficoltà, semplificazione della burocrazia, sicurezza delle strutture e dei luoghi di cura (e di lavoro), sostenibilità ambientale, osservanza di tutte le norme, attenzione ai più fragili, non sono che alcune delle capacità che il sistema dovrebbe proporsi di promuovere ed esercitare con regolarità e spontaneità. Tutto ciò senza che siano necessarie ulteriori risorse economiche, ma mobilitando le risorse umane e l'impegno civile che albergano in ogni operatore e in ogni cittadino.

A partire da tali considerazioni, il lavoro di Tiziana Stobbione affronta un tema di grande attualità: la necessità di superare la tradizionale prospettiva incentrata sugli aspetti prettamente economici, per abbracciare un'ottica volta a riconoscere il valore prodotto da tutta la filiera del sistema sanitario, in termini di benessere, di salute, di coesione sociale, oltre che di occupazione e crescita. Rivestono un ruolo non secondario anche le relazioni che si instaurano fra i tanti soggetti coinvolti nel sistema, dagli amministratori delle aziende sanitarie ai pazienti, dagli operatori sanitari alle associazioni di tutela dei malati, dai fornitori alle società scientifiche e alle organizzazioni dei professionisti.

A partire da tali considerazioni il volume analizza, con l'ausilio dei risultati di una ricerca empirica su oltre 2 mila soggetti (operatori e malati) realizzata in quattro realtà ospedaliere (ASL, ASO, Ospedale convenzionato profit, Ospedale convenzionato di matrice religiosa), i principali elementi valoriali e i bisogni di salute in ambito sanitario, alla luce delle trasformazioni dei paradigmi concettuali che si sono sviluppate negli ultimi decenni. I risultati dell'indagine svolta hanno consentito di formulare orientamenti progettuali strategici in ambito sanitario che tengano in considerazione elementi etici, di equità e di riconoscimento della dignità della persona, asse attorno al quale ruota e si ispira sin dalla sua nascita l'intero Servizio Sanitario.

In tal senso il volume contribuisce a dare valore al lavoro di cura, a recuperare un rapporto più umano fra operatori e assistiti, a finalizzare l'intero sistema alla produzione di benessere e non solo all'aumento della produttività delle risorse impiegate.

Il pareggio di bilancio diventa, così, uno strumento per raggiungere obiettivi di salute e non un obiettivo fine a se stesso.

*Nerina Dirindin*

Senatore della Repubblica Italiana.

Professore di Scienza delle Finanze e Economia sanitaria presso il Dipartimento di Economia dell'Università degli Studi di Torino.

Presidente del Coripe Piemonte, Consorzio per la ricerca e la formazione permanente in Economia.

## Presentazione

Il pianeta Sanità, in Italia, ha un ecosistema delicato e, per certi versi, gravemente compromesso. Soprattutto perché le cattive pratiche e i casi di cronaca fanno sovente molto rumore. E offuscano, o nascondono del tutto, ciò che invece funziona magari bene e con efficienza. Inutile ricostruire le decennali responsabilità, originate da uno spericolato e colpevole intreccio di politica di basso cabotaggio, malaffare e mancanza di responsabilità civica, che neppure gli anni di Mani pulite sono riusciti a spazzare via. Cosicché si ripetono gli errori e si moltiplicano gli stereotipi.

Ho usato gli aggettivi “spericolato” e “colpevole”, perché - se è vero che possiamo utilizzarne altri dal vocabolario, ben più aspri e puntuti - rendono al meglio l'amarezza che genera il trascurare questo fondamentale settore nella nostra società. C'è una dimensione economica, evidentemente, perché sappiamo bene che cosa significano i bilanci delle Regioni (almeno quelle non a Statuto speciale), “zavorrati” dai debiti ciclopici di Asl e ospedali. Ma la sanità è anche un ambito scientifico, professionale e sociale in cui al centro c'è la persona. Ecco la filigrana davvero preziosa di questo ampio e documentatissimo lavoro di Tiziana Stobbione.

Insomma, non si tratta di fabbriche di bulloni, per quanto anche negli stabilimenti siderurgici le relazioni non siano importanti tra chi vi lavora. In sanità, per intenderci, l'efficienza economica e finanziaria, l'innovazione (di prodotto e di processo) o le performance di una struttura, non hanno senso alcuno se non trovano piena realizzazione in un rapporto intenso e di fiducia tra personale e paziente. Il quale, in genere (uomo, donna, bambino, anziano che sia), si trova in un momento della vita particolarmente fragile e bisognoso di attenzione, oltre che di cure adeguate e ben calibrate. Mi pare, addentrandomi nella lettura di queste pagine, che vi sia come un appello preciso e circostanziato alla “qualità delle relazioni”. È uno degli aspetti che più di ogni altro può dare sostanza robusta al binomio possibile “valore e sanità”.

Stiamo vivendo nel villaggio globale, in quella società definita con grande efficacia “liquida” dal sociologo Zygmunt Bauman. Per dire che, nonostante abbiamo tutti gli strumenti possibili e immaginabili per comu-

nicare (dagli smartphone supertecnologici ai social network), siamo in realtà precari, smarriti e per niente solidi proprio nelle relazioni tra le persone: tutto è friabile, solitudine e indifferenza abitano soprattutto nei cuori delle creature apparentemente più spavalde, che per comunicare qualcosa d'importante si affidano a un sms invece di guardare negli occhi l'interlocutore.

Figuriamoci, allora, nei momenti di fatica e di dolore (a volte, quest'ultimo, terribile e atroce, un mistero esistenziale complesso e difficile) quali scenari può aprire il mondo della sanità. Un ospedale, pubblico o privato, un semplice ambulatorio, possono diventare una straordinaria palestra di umanità e di solidarietà: basta davvero poco, e non sembri retorica. Puoi avere di fronte il miglior luminare del mondo nel campo della medicina, ma se non è capace di relazioni autentiche, non è in grado di dare valore alla sua erudizione scientifica. Non è completo, si può dire? Sovente possono fare la differenza - e che differenza - un sorriso e una buona parola, come in fin dei conti rivelano anche tante delle testimonianze raccolte in questo libro: il capitale umano è strategico, ma nel nostro caso deve per forza essere formato a un supplemento d'anima. E non bisogna stancarsi di ripeterlo. Non basta. Nell'Italia che da culla del diritto si è trasformata in patria del rovescio (perché siamo un Paese di furbi e dove tutto è dovuto), la sanità deve poter diventare un luogo privilegiato di educazione civica. Dove saper ringraziare chi ti cura o ti assiste con dedizione, dove rispettare le altre persone con cui condividi giorni o periodi difficili. Vivo una stagione della vita, come molti, in cui, dopo esserti dedicato ai figli, devi seguire gli anziani di casa. E spesso ho avuto modo di incrociare persone straordinarie (medici, semplici operatori sanitari, infermieri), capaci di una dedizione e di una pazienza ammirevoli. Bisognerebbe far giungere a casa di tutti coloro che hanno ricevuto una prestazione (basta, in queste circostanze, il termine "prestazione" o è riduttivo?) un report garbato in cui dettagliare "quanto" sei costato alla sanità pubblica (in ore lavoro di quante persone, medicinali, apparecchiature specialistiche). Aiuterebbe, penso, a far maturare una coscienza civica più matura e a non scindere buona gestione economica e umanità. Aiuterebbe, forse, a capire che il binomio "valore e sanità" è un "bene comune" da custodire e coltivare con meticolosa attenzione.

*Francesco Antonioli*  
Giornalista de "Il Sole 24 Ore"

# Premessa

1. La radicale trasformazione della società postmoderna sta segnando una profonda demarcazione fra il prima, che conosciamo, e il dopo imprevedibile nel suo sviluppo. Per interpretare sociologicamente tale situazione di complessità il concetto che probabilmente riesce meglio a coglierne il senso è quello di una società in movimento, dagli esiti contraddittori. È un mondo composito, articolato, carico di luci e ombre, di opportunità e limiti per la convivenza difficile di tanti orientamenti di valore, sempre meno separati e sempre più confliggenti tra loro. Le trasformazioni, rifrangendosi in maniera differenziata nei diversi contesti sociali, producono una varietà di situazioni da cui emergono differenze e contrasti e si acuiscono i problemi (Bauman, Bordoni 2015).

Si assiste ad un processo di accelerata differenziazione dei sistemi sociali: spinti dallo sviluppo economico, dal progresso tecnologico, dalla diffusione della cultura moderna: tutti i sistemi, da quello politico a quello economico, da quello socioculturale a quello sanitario, nonché la stessa società che li integra, sono divenuti oggettivamente più complessi. La frammentazione di interessi, di identità collettive e di logiche di comportamento sembra mettere in discussione le regole della convivenza e lo stesso ordine sociale, poiché sono venute meno la connessione tra posizione, ruolo e attore sociale, su cui vertevano gli orientamenti valoriali all'interno delle strutture sociali.

Sono presenti forti contraddizioni: ad elementi dinamizzanti se ne correlano altri con caratteristiche di staticità; alla tendenza all'omologazione viene a contrapporsi la differenziazione; alla deterritorializzazione si contrappone il localismo; a gruppi che si assimilano al processo di globalizzazione corrisponde la mancata integrazione di altri poiché si affermano nuovi tipi di distanze sociali. Si è di fronte a condizioni di mescolanza, a volte patologica, per la presenza di realtà tra loro contrapposte: mentalità, idee, gusti, consumi, modi di lavorare e di interagire, vengono recepiti, trasmessi o dismessi dalle popolazioni nelle diverse parti del mondo e, per gli effetti della globalizzazione dell'informazione, influiscono direttamente sulla vita di altre popolazioni, alterandone equilibri e struttura sociale. Ma, a fronte di

tale stato di confliggenza, la società anziché cercare in se stessa, tramite un'analisi che sappia spogliarsi delle categorie concettuali del passato ed assumere una mentalità di ricerca di nuovi modelli positivi ed efficaci, spesso subisce ciò che i mezzi di comunicazione di massa diffondono e assorbe tratti culturali omogeneizzanti, che non riflettono la realtà del contesto locale e temporale (Beck 1999).

Il cambiamento può essere considerato l'agente esterno che sconvolge lo stato delle cose, il normale, il quotidiano e genera una cattiva mescolanza di forme societarie sospese tra ciò che è ormai vecchio e sorpassato e ciò che deve ancora compiersi e, in questo stato di cose, manca una regolamentazione etica e giuridica chiara e completa in tutti i settori, compreso quello sanitario. L'effetto del mutamento risulta da una molteplicità di situazioni compresenti in cui si verificano forme di patologia che convivono con elementi strutturali della società stessa e che i vari sistemi sociali tendono a risolvere, ma che, in forme e settori diversi, ricompaiono (Dahrendorf 2003).

Fasi di transizione si susseguono a ritmi accelerati: le tradizionali strutture sociali diventano obsolete e, non essendo più adatte ai nuovi fenomeni, sono sottoposte a revisione, modificate od anche totalmente smantellate; sono presenti sia tratti culturali di un passato considerato lontano sia di un futuro ancora incerto, la cui compresenza provoca confusione tanto da causare insicurezza, malcontento, mancata integrazione nel sistema sociale e stati di devianza. Le contraddizioni prodotte causano condizioni di paradosso, situazioni nuove, a volte del tutto inaspettate, che provocano, come conseguenza, senso di malessere diffuso e, a livello individuale, crisi depressive e d'identità, che colpiscono soprattutto i soggetti deboli, non in grado di affrontare e reagire al cambiamento (Magatti 2012).

2. Dal mutamento valoriale e dall'evoluzione crescente delle tecnologie produttive nascono nuovi esclusi: intere fasce di popolazione sono ridotte non solo ad uno stato di povertà materiale, ma (e questa è una delle conseguenze peculiari degli ultimi decenni), ad uno "stato di povertà mentale e personale". L'esclusione dal mondo del lavoro, la mancanza di risorse economiche e l'impossibilità di un reinserimento causano frustrazioni, paure, insicurezza, risentimento, ansia, rabbia, violenza che possono minare le basi del vivere civile e sociale, condizioni tutte ben lontane da ciò che promuove un buono stato di salute<sup>1</sup>. La salute, nella definizione Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), è la condizione in cui una persona è capace, anche se non totalmente, di esprimere la capacità di adattarsi alle modifiche dell'ambiente, di crescere, di soffrire, di guarire da una situazione di

---

<sup>1</sup> La povertà mentale è generata dall'esclusione nella produzione e nella generazione di ricchezza ed è peggiore della povertà materiale immediata. I problemi di disagio e degrado sono in aumento in tutte le fasce di popolazione: in particolare molti giovani vivono uno stato di depressione che li porta a "non lavorare e non studiare".

malattia o disagio, di accettare eventuali angosce e di avere le risorse interiori per affrontarle, di invecchiare e attendere, più o meno serenamente, la morte. Godere di buona salute significa fronteggiare la realtà, capaci di sentirsi coinvolti nel piacere e nel dolore, “innamorati della vita” in ogni situazione, ben consapevoli che gioia e sofferenza sono esperienze che fanno parte della vita di ogni uomo.

Un tratto dominante della società attuale è la crescente disgregazione degli ambiti di formazione dell’identità sociale, perché, se la società informatica fornisce maggiori possibilità di comunicare, di fatto si riducono i tempi per essere ascoltati: se, da un lato, la globalizzazione di Internet offre la possibilità teorica di comunicare, dall’altro riduce le possibilità di essere ascoltati in un rapporto faccia a faccia, influenza in modo profondo i modelli mentali, gli stili cognitivi ed interpretativi, tanto da alterare non solo i termini del rapporto uomo-macchina, ma anche quelli del rapporto uomo-uomo<sup>2</sup>. Ci si chiede quali siano le ripercussioni sul professionista sanitario che ha il compito di garantire a ciascun cittadino il diritto alla tutela della salute e di fornire servizi adeguati ponendosi nell’ottica dell’accoglienza e dell’ascolto, consapevole che le valutazioni interpretative dello stato di malattia dipendono dalla cultura del paziente (l’ignorare le diversità può determinare errori, incomprensioni e conflitti).

Le innovazioni tecnico-scientifiche, se da un lato risolvono diversi problemi accrescendo le informazioni, dall’altro ne creano altri di natura comunicativa e non di rado svuotano, sostituiscono o alienano le relazioni sociali. A fronte degli elevati processi tecnologici introdotti nel mondo sanitario sia in ambito diagnostico sia terapeutico, non si rischia di mettere in secondo piano ciò che risulta molto efficace nell’assistenza: in primis la comprensione, da parte del paziente, di ciò che gli sta succedendo e delle ricadute sulla propria vita futura, rapportati ai suoi schemi valoriali?

Non si può, in nessuna condizione, identificare la persona con la sua malattia, perché essa è *oltre* ed *altro* rispetto alla sua malattia: in qualsiasi circostanza questa sua essenza relazionale resta sempre presente, è auto riflessa e capace di valutare la coerenza tra ciò di cui ha bisogno come persona e le cure che riceve. Finché si mantiene l’attività cerebrale (e forse anche oltre, ma si tratta di un campo tuttora inesplorato) la persona mantiene la consapevolezza di sé, riflette su se stessa, si auto valuta e valuta la propria condizione di salute e le cure che riceve e, nel contempo, si pone in relazione con gli operatori sanitari che se ne occupano, quindi valuta la propria posizione sociale all’interno della struttura in cui è ricoverato (Sennet 2006).

---

<sup>2</sup> Milioni di piccoli gruppi si formano e si sciolgono con una rapidità incredibile, in una miriade di interessi variabili e momentanei, favoriscono l’affermazione di una società omologata e, insieme, fortemente frammentata (Onofri 1997).

In questo volume, efficacemente intitolato *Valore e sanità. Un binomio possibile che mette al centro la persona anche in tempi di crisi*, Tiziana Stobbione, parte da concezioni di carattere economico per indagare il panorama del valore in sanità dal punto di vista della tutela del cittadini e degli operatori. L'autrice sottolinea così come alcuni asset intangibili possano essere oggetto di maggiore attenzione da parte della *governance* del sistema sanitario, in maniera tale da determinare un miglior rapporto tra risorse impegnate e valore prodotto.

*Valore*, che qui è inteso la risultante del rapporto tra stato di salute del cittadino e unità monetaria spesa nella cura, valore che viene condiviso con gli operatori sanitari che del sistema costituiscono gli attori finali e l'interfaccia col malato. Non possono essere relegati a ruolo secondario neanche tutte le interazioni che investono le miriadi di *stakeholder* interessati dal sistema stesso. Tra essi si può far riferimento, da un lato, agli amministratori delle Aziende Sanitarie Locali (ASL), le cui scelte relative ai processi di gestione strategica hanno un forte impatto sul prodotto finale del processo di tutela della salute; dall'altro lato, alle esigenze dei malati, degli operatori sanitari, delle associazioni di tutela dei malati, dei fornitori (sia di servizi sanitari sia di materiali), ecc.

La dottoressa Stobbione ha svolto un'indagine empirica sia a livello qualitativo, interpellando informatori privilegiati (personale sanitario e pazienti), per cogliere sfumature, stati d'animo, orientamenti di valore, comportamenti ed atteggiamenti, sia a livello quantitativo, coinvolgendo 2.235 soggetti (operatori e malati) in quattro differenti realtà ospedaliere (ASL, ASO, ospedale convenzionato profit, ospedale convenzionato di matrice religiosa) per quantificare i principali elementi valoriali e i bisogni di salute che, interpretati alla luce dei paradigmi concettuali analizzati in letteratura, permettono di cogliere gli orientamenti valoriali affermatasi in sanità, nonostante sia avvenuta una profonda modificazione col passaggio dal sistema di Welfare universale al sistema assistenziale, in un contesto di quasi mercato.

I risultati dell'indagine svolta consentono ai *policy maker* di formulare orientamenti progettuali strategici in campo sanitario che tengano in considerazione elementi etici, di equità, di prestazioni e cure e di riconoscimento della dignità della persona, asse attorno al quale ruota e si ispira, fin dalla sua nascita, l'intero servizio sanitario.

*Guido Lazzarini*  
Professore di Sociologia della salute  
presso la Scuola di Medicina dell'Università di Torino

# Introduzione

## 1. Medicina e crisi economica

Il settore sanitario è stato caratterizzato, per un insieme di molteplici vicende (di tipo politico, sociale ed economico), da un'intensa dinamica di cambiamento: sono mutate le regole che ne sovrintendono il funzionamento, le forme di legittimazione dell'intervento pubblico e di responsabilizzazione degli organi di governo, si sono modificati gli assetti politico-istituzionali, si è profondamente trasformato il quadro di soggetti, di condizioni e di utenza, in termini di qualità e di quantità dei servizi<sup>1</sup>. Se da un lato i decenni compresi tra gli anni 1970 e 80 hanno visto la progressiva trasformazione sanitaria da assistenza mutualistica a creazione del Servizio Sanitario Nazionale Italiano, il ventennio successivo è stato caratterizzato da un'ulteriore evoluzione dell'assistenza, attraverso la costituzione di cure erogate mediante la creazione di un modello di tipo aziendalistico.

Parallelamente, l'innovazione scientifica, in medicina, ha costituito una avventura caratterizzata da eventi di straordinario successo: nuovi farmaci, nuove procedure diagnostiche, nuove tecniche di trattamento chirurgico, talvolta praticate in epoca prenatale, nuovi progetti e approcci assistenziali, che hanno trasformato positivamente la storia naturale delle malattie e la prognosi delle persone ammalate. Accanto al palese salto in avanti delle scienze medico-assistenziali si è però reso evidente, ben presto, il fattore fortemente limitante connesso con questa espansione positiva delle conoscenze e delle capacità nell'ambito della salute: il continuo aumento della spesa sanitaria. È dato consolidato, infatti, che, nei Paesi sviluppati, la spesa sanitaria, per anni, sia andata crescendo a un ritmo doppio della crescita economica<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Del Vecchio M., *Dirigere e governare le amministrazioni pubbliche. Economicità, controllo e valutazione dei risultati*, Egea, Milano, 2001.

<sup>2</sup> Organisation for Economic Co-operation and Development: 2005, *OECD health data 2005: Statistics and indicators for 30 countries 2005*, Parigi, OECD Publishing.