

## XXVI Congresso ALASS – Ancona 3, 4 e 5 settembre 2015

**Tema selezionato** - “Altre problematiche” (disuguaglianze di salute)

**Titolo** - Cuando el médico de familia hace la diferencia: el acceso a las curas entre eHealth y viejas desigualdades sociales / – Quando il medico di base fa la differenza: l'accesso alle cure tra eHealth e vecchie disuguaglianze sociali

**Autore** - Giulia Mascagni

**Recapiti** - Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali (DSPS)

Università degli Studi di Firenze

Via delle Pandette, 21 edificio D5 - 50127 FIRENZE

Tel. diretto +39.055.2759428 - Fax +39.055.2759931

e-mail: [giulia.mascagni@unifi.it](mailto:giulia.mascagni@unifi.it)

### ESP

**Abstract** – *Cuando el médico de familia hace la diferencia: el acceso a las curas entre eHealth y viejas desigualdades sociales*

*Contexto y descripción del problema:* En la actual fase de general y profundo cambio de las configuraciones de bienestar y de cura, también la sanidad pública en Italia está sufriendo tensiones constantes, convirtiéndose en un punto y lugar de encuentro y desencuentro entre lógicas éticas, de mercado, burocráticas y profesionales. En este contexto, las perspectivas y las promesas que acompañan la implementación de la informatización y de la digitalización en campo sanitario son muy grandes. Pero se ha elegido ir a mirar más allá de la dimensión de la eficiencia, de la velocidad y del “orden”, que es objetivo central de la eHealth y de sus principales aplicaciones: del fascículo sanitario a la receta electrónica. El tema que se intenta afrontar, seguramente no nuevo pero de la misma manera todavía no resuelto, es la relación médico-paciente: una interacción situada en dimensiones típicamente humanas, principalmente en la modalidad de *cara a cara* y marcada por el contacto directo, por los componentes ineliminables de complejidad e imprevisibilidad y por tanto menos “limpia”, menos aséptica, menos organizada. Si por un lado la posibilidad de disponer de medios de comunicación siempre más capilares y potentes ha hecho a los ciudadanos-pacientes más informados y participantes activos en las fases de anamnesis, diagnosis y de terapia, por otro lado tal proceso les ha expuesto a un doble riesgo: las incertezas de una enorme y no siempre clara cantidad de datos para saber leer y seleccionar; las nuevas necesidades y dependencias generadas por las estrategias de marketing bien planificadas.

*Objetivos :* El objetivo específico de esta contribución al debate que se refiere a una investigación más amplia, es el de hacer que emerja lo más claramente posible el difícil juego de reconocimiento o desconocimiento de los roles y de las peticiones que se estructura entre – tomando prestada de la terminología eliasiana – “solicitantes” y “dispensadores”. En especial, concentrándose en la figura del “solicitante”, se ha intentado entender por qué los individuos que hoy tienen que afrontar cuestiones o problemas que se refieren a la esfera de la salud, se encuentren más o menos a sabiendas y libremente a recubrir – incluso simultáneamente – diversos roles: son consumidores de fármacos y *usuarios*, pero como no tienen menos necesidad de tiempo y atención, de estabilidad y constancia en el tratamiento, y de un clima de confianza, son también y todavía *pacientes* y en los casos más graves *personas asistidas*.

*Teorías, métodos, modelos, materiales:* La observación se ha concentrado en la dimensión relacional y la llave de lectura ha sido de tipo contextual. Tomando un análisis socio-económico del área urbana de Florencia, han sido individuados dos barrios de diferente perfil social: resumiendo, un barrio acomodado y un barrio deprimido. Aquí han sido recogidas – en el bienio 2012-2013 – veinte

entrevistas en profundidad por barrio (por un total de cuarenta) seleccionadas de una muestra tipológica dividida por género y construida sobre dos específicos grupos de edad (60-65 años y 70-75 años).

El principal instrumento de adquisición de datos utilizado ha sido la entrevista en profundidad: orientada longitudinalmente y concentrada en temas precisos, segmentos de vida, experiencias. A través de las voces y de las experiencias directas de los entrevistados, las narraciones han permitido: A) hacer más explícitas y legibles las dinámicas de desigualdad en acto y los diferenciales de potencialidad entre los actores involucrados; B) resaltar algunos momentos claves en la construcción del tratamiento, situándolos en escenarios socioeconómicos, culturales y relacionales definidos y en un espacio de tiempo no limitado al presente inmediato.

*Resultados:* Los procedimientos de interpretación de los textos coleccionados han llevado a individuar un perfil singular de solicitante, informado e informatizado pero condicionado todavía por formas y fórmulas de contacto, reserva y acceso tradicionales. El grupo de edad de 60 a 65 se descubre en particular como “usuario 2.0 a trocha estrecha”: una generación *a mitad de camino*, que en el pasaje del no digital al digital es consciente de los cambios y de las transformaciones en curso, y frecuentemente posee las competencias suficientes para tener acceso a ellas; pero que por socialización originaria e imperante es más propensa y se encuentra más “cómodo” confiando en el procedimiento burocrático y en figuras tradicionales y/o ya identificadas. En este escenario la relación con el médico de familia es crucial: tanto por las acciones de delega pendientes como por las inéditas prerrogativas de dirección, conducción y acompañamiento hacia los nuevos procesos de prevención y cura.

*Contribución/Aportación* - Los resultados que se delinearán tocan un doble nivel: a un nivel más *meso* las figuraciones de la cura más allá de un cierto límite parecen ser difícilmente estandarizables; a un nivel más *micro*, lo que emerge es que la figura del médico, y sobre todo la del médico de familia si es “de confianza”, representa todavía el punto de contacto y mediación fundamental entre el individuo en estado de necesidad y los servicios ofrecidos por el Sistema Sanitario y puede constituir el elemento que marca la diferencia al iniciar eficaz y de forma rápida un camino de escucha, diagnóstico y cura y de esta manera desactivar eventuales dinámicas de acumulación de desventajas dañosas o arriesgadas sobre todo en términos de salud.

**Palabras claves:** desigualdades sociales; relación médico-paciente; procesos de prevención y cura; capital cultural.

## ITA

**Abstract –** *Quando il medico di base fa la differenza: l'accesso alle cure tra eHealth e vecchie disuguaglianze sociali*

*Contesto e descrizione del problema* – Nell'attuale fase di generale e profondo cambiamento delle configurazioni di benessere e di cura, la sanità pubblica anche in Italia è sottoposta a tensioni costanti e diventa punto e luogo di incontro e di scontro tra logiche etiche, di mercato, burocratiche e professionali. In questo scenario, grandi sono le prospettive e le promesse che accompagnano l'implementazione dell'informatizzazione e della digitalizzazione in campo sanitario. Si è però scelto di andare a guardare oltre la dimensione dell'efficienza, della velocità e dell' “ordine”, che è obiettivo centrale dell'eHealth e delle sue principali applicazioni: dal fascicolo sanitario elettronico alla ricetta dematerializzata. Il tema che si intende affrontare, sicuramente non nuovo ma altrettanto sicuramente non risolto, è quello del rapporto medico-paziente: una interazione situata in dimensioni tipicamente umane, prevalentemente agita in modalità *face to face* e segnata dal contatto diretto, dalle ineliminabili componenti di complessità e imprevedibilità, pertanto meno “pulita”, meno asettica, meno organizzata.

Se da un lato la possibilità di disporre di mezzi di comunicazione sempre più capillari e potenti ha reso i cittadini-pazienti più informati e attivamente partecipi ai processi di anamnesi, diagnosi e messa a punto della terapia, dall'altro lato tale processo li ha però esposti a un duplice rischio: alle incertezze di una enorme e non sempre chiara mole di dati da saper leggere e selezionare; a nuovi bisogni e dipendenze generati da ben pianificate strategie di marketing.

*Obiettivi* – L'obiettivo specifico di questo contributo, che si rifà ad un più ampio disegno di ricerca, è quello di fare emergere il più chiaramente possibile il complesso gioco di riconoscimento o disconoscimento dei ruoli e delle richieste che si struttura tra – prendendo in prestito la terminologia eliasiana – “richiedenti” e “dispensanti”. In particolare, concentrandosi sulla figura del “richiedente”, si è tentato di capire in virtù di quali configurazioni gli individui che oggi devono affrontare questioni o problemi riguardanti la sfera della salute, si trovino più o meno consapevolmente e liberamente a ricoprire – anche simultaneamente - diversi ruoli: sono consumatori di farmaci ed *utenti*, ma poiché non hanno meno bisogno di tempo e attenzione, di stabilità e costanza nel percorso di cura, e di un clima di fiducia, sono anche e ancora *pazienti* e nei casi più gravi *persone assistite*.

*Teorie, metodi, modelli, materiali* – L'osservazione si è focalizzata sulla dimensione relazionale e la chiave di lettura è stata di tipo contestuale. A partire da una analisi socio-economica dell'area urbana di Firenze, sono stati individuati due quartieri di diverso profilo sociale: in estrema sintesi, un quartiere benestante, un quartiere deprivato. Qui sono state raccolte – nel biennio 2012-2013 – venti interviste in profondità per quartiere (per un totale di quaranta) selezionate da un campione tipologico ripartito per genere e costruito su due specifiche fasce di età (60-65 anni e 70-75 anni).

Il principale strumento di rilevazione utilizzato è stato l'intervista in profondità: orientata longitudinalmente e focalizzata su precisi temi, segmenti di vita, esperienze. Tramite le voci e le esperienze dirette degli intervistati, le narrazioni hanno permesso: A) di rendere più esplicite e leggibili le dinamiche di disuguaglianza in atto e i differenziali di potere tra attori coinvolti; B) di focalizzare alcuni momenti chiave nella costruzione del percorso di cura, situandoli in scenari socioeconomici, culturali e relazionali definiti e in un arco di tempo non limitato all'immediato presente.

*Risultati* – Le procedure di interpretazione dei testi collezionati hanno portato ad individuare un particolare profilo di richiedente, informato e informatizzato ma ancora legato a forme e formule di contatto, prenotazione, accesso tradizionali. La fascia di età 60-65 in particolare si rivela “utente 2.0 a scartamento ridotto”: una generazione *a metà strada*, che nel passaggio dal non digitale al digitale è consapevole dei mutamenti e delle trasformazioni in corso, e spesso possiede le competenze sufficienti per averne accesso; ma che per socializzazione originaria e prevalente rimane più propensa e trova più “confortevole” affidarsi ad iter e figure tradizionali e/o già identificate. In questo scenario la relazione con il medico di base resta cruciale: sia per le azioni di delega ancora in essere sia per le inedite prerogative di indirizzo, guida e accompagnamento verso i nuovi iter di prevenzione e cura.

*Contributo* - Le risultanze che si delineano toccano un duplice livello: ad un livello più *meso* le figurazioni della cura oltre ad un certo limite sembrano essere difficilmente standardizzabili; ad un livello più *micro*, ciò che emerge è che la figura del medico, e in particolare del medico di famiglia se “di fiducia”, rappresenta ancora il fondamentale punto di contatto e mediazione tra l'individuo in stato di bisogno e i servizi offerti dal sistema sanitario e può costituire l'elemento che fa la differenza nell'avviare efficacemente e tempestivamente un percorso di ascolto, diagnosi e cura e quindi nel disinnescare eventuali dinamiche di cumulo di svantaggi dannosi o rischiosi innanzitutto in termini di salute.

**Parole chiave:** disuguaglianze sociali; rapporto medico-paziente; percorso di cura; capitale culturale.