

Un capitale sociale da non disperdere

Bisogna evitare che la rifondazione della medicina generale sia calata dall'alto e in modo burocratico. È opportuno sfruttare le potenzialità della rete assistenziale fino a ora non adeguatamente valorizzate e riflettere sul fatto che senza una speculare crescita di forme organizzative dal basso si rischia di disperdere il capitale sociale gestito dai medici di famiglia.

Una sorta di enigma interessa la medicina generale (MG) italiana da quando sono svolte ricerche demoscopiche sulle opinioni degli assistiti inerenti la fiducia, la qualità percepita, l'accesso alle informazioni o l'utilizzo dei servizi. Ogni volta che i sociologi sondano il parere dei cittadini italiani, il medico di medicina generale surclassa ogni altro operatore del servizio sanitario raggiungendo percentuali medie dell'80% di "gradimento", con punte prossime al 90%. Come si spiega questo successo che arrende a una categoria disunita, afflitta da individualismo cronico, ancora alle prese con l'aura "mutualistica" e con un quasi nullo accesso ai media?

I cardini del gradimento

Le chiavi del gradimento della medicina di famiglia secondo i più risiedono in un concorso di fattori così riassumibili:

- diffusione capillare, facile accessibilità e radicamento sul territorio che garantisce continuità;
- spazio-temporale e relazionale tra medici e assistiti;
- un buon livello medio di performance cliniche e organizzative;
- un naturale orientamento alla persona nella sua interezza e ai bisogni della famiglia;
- un rapporto di fiducia con gli assistiti reciprocamente revocabile e "negoziabile".

Questi sono gli ingredienti che fanno della medicina di famiglia il vero *blockbuster* della sanità contribuendo all'efficacia e alla tenuta del servizio

sanitario italiano. Se si esaminano le motivazioni dell'apprezzamento della MG sopra elencate non sfuggerà che gli aspetti clinici rappresentano solo uno degli ingredienti del "piatto forte" offerto ai cittadini dal medico di medicina generale. Infatti buona parte del gradimento riscosso dal Mmg ha radici socio-relazionali più che "tecnico-scientifiche".

Bisogna quindi fare riferimento alle scienze sociali per comprendere il fenomeno e in particolare ad un costrutto teorico-metodologico introdotto da una quindicina d'anni dai sociologi che studiano i legami tra relazioni sociali, economia, istituzioni e salute pubblica: il cosiddetto capitale sociale.

Pur avendo molteplici accezioni il concetto di capitale sociale ha avuto un notevole diffusione, sia in campo teorico sia nelle sue applicazioni pratiche, in quanto costituisce un ponte interpretativo tra economia

scienza politica e sociologia. In campo sanitario il capitale sociale può essere inteso in un due accezione:

- da un lato a livello individuale è la

rete di relazioni formali e informali (di tipo parentale, amicale, comunitario o associativo) a cui può accedere il cittadino, sano o malato, vale a dire le risorse interpersonali in grado sia di aumentare il suo benessere psico-fisico sia di sostenerne le sorti nei momenti di crisi per l'insorgenza di malattie o disabilità croniche;

- la seconda prospettiva si focalizza sulle risorse collettive. In questa accezione il capitale sociale risiede nella struttura delle relazioni tra gli agenti della rete e le risorse *embedded* (incorporate, distribuite, incardinate) in grado di influenzare e coordinare i comportamenti individuali, favorendo l'azione collettiva e il perseguimento di finalità altrimenti irraggiungibili per i singoli agenti isolati. Sul piano culturale invece la condivisione di valori e di norme sociali (formali e informali) basate su fiducia, reciprocità e consenso costituiscono il cemento del capitale sociale. È stato il politologo statunitense Robert Putnam a mettere in luce questi aspetti con una ricerca, ormai famosa, svolta nelle comunità locali dell'Italia centrale sul finire degli anni Ottanta del secolo scorso. Secondo lo studioso il capitale sociale si regge sulla "fiducia, sulle norme che regolano la convivenza, le reti di associazionismo civico, tutti elementi che migliorano l'efficienza dell'organizzazione sociale promuovendo iniziative condivise". Il capitale sociale è strettamente connesso al concetto di senso civico. Sotto questo profilo la medicina generale può vantare un considerevole patrimonio di legami sociali che si rinnova quotidianamente nell'interazione con gli assistiti nella miriade di pic-

Il capitale sociale: alcune definizioni

Per il sociologo Pierre Bourdieu il capitale sociale è: "l'insieme delle risorse attuali e potenziali legate al possesso di una rete stabile di relazioni più o meno istituzionalizzate di conoscenza e riconoscenza reciproca". Tale rete di relazioni personali è direttamente mobilitabile da un individuo per perseguire i propri fini e migliorare la propria posizione sociale.

Secondo il sociologo statunitense James Coleman "il capitale sociale è inerente alla struttura delle relazioni tra persone. Non risiede né nei singoli individui, né negli elementi fisici della produzione".

cole e grandi comunità locali, come testimoniano le indagini sociologiche menzionate.

■ Rete sociale e di relazioni

La MG pur avendo una capillare distribuzione territoriale ha per ora solo grandi potenzialità non ancora espresse appieno. Qualsiasi ipotesi di riordino della medicina del territorio non può prescindere dal patrimonio di fiducia accumulato dalla medicina di famiglia e proprio a partire da tale zoccolo duro si può puntare al rinnovamento, pena il rischio di disperdere un patrimonio essenziale per il futuro. Come si connette il progetto della costituzione delle Unità di Medicina Generale (Umg) con il capitale sociale della MG, fino a ora disperso e poco coeso sul piano organizzativo?

L'ammodernamento della medicina generale deve partire dalla rete di relazioni che ruotano attorno alla pro-

fessione "praticata" a livello individuale e soprattutto di gruppo. La proposta di Umg invece si configura come una "struttura virtuale" che esula dai contesti organizzativi in cui si svolge la consultazione. L'Umg appare come un'entità separata sia per le sue dimensioni (i 15 componenti minimi non facilitano di certo le interazioni tra pari) sia per le sue funzioni prettamente "istituzionali" (rapporti con Asl, università ed enti di ricerca, ospedali, ordine ecc.).

L'Umg appare più che altro come una diversificazione della medicina in rete e si potrebbe concretizzare in una nuova "sovra-struttura" senza legami forti con la base delle relazioni fiduciarie con il rischio di derive burocratiche. I suoi compiti infatti sono prevalentemente esterni alla relazione medico-assistito (formazione permanente, ricerca, qualità e audit, organizzazione distrettuale, informatica medica, progressione di carriera ecc)

sebbene possano comportare ricadute indirette sul piano assistenziale.

Sebbene la copertura delle 12 ore e i nuovi compiti clinici (ECG, ecografia, piccola tecnologia, ecc) afferiscano pur sempre alla clinica individuale, si tratta di aspetti marginali rispetto alle nuove funzioni. Viene da chiedersi, per esempio, quale valore aggiunto può offrire una Umg al frequentatore medio della miriade di ambulatori sparsi nei piccoli centri.

Senza una speculare crescita di forme organizzative dal basso l'Umg rischia di disperdere il capitale sociale gestito dai Mmg. L'attuale assetto della MG offre una buona copertura del territorio e una continuità relazionale a cui fa difetto però un'adeguata organizzazione per rispondere ai nuovi bisogni (cronicità e continuità assistenziale diurna) che sfrutti le potenzialità della rete assistenziale fin'ora non adeguatamente valorizzate.