

PERCORSI DI PROMOZIONE
E CURA DELLA SALUTE

PATHWAYS OF HEALTH PROMOTION AND CARE

Direttore

Marco INGROSSO

Università degli Studi di Ferrara

Comitato scientifico

Paul DUMOUCHEL

Ritsumeikan University di Kyoto

Sergio MANGHI

Università di Parma

Christian PRISTIPINO

Azienda Complesso Ospedaliero San Filippo Neri

Sandro SPINSANTI

Istituto Giano per le Medical Humanities di Roma

Stefano TOMELLERI

Università degli Studi di Bergamo

Maria Giovanna VICARELLI

Università Politecnica delle Marche

Comitato redazionale

Enrico MARCHETTI

Università degli Studi di Ferrara

Pierpaola PIERUCCI

Università degli Studi di Ferrara

PERCORSI DI PROMOZIONE E CURA DELLA SALUTE

PATHWAYS OF HEALTH PROMOTION AND CARE



La collana intende presentare studi e riflessioni di taglio sociologico e/o interdisciplinare su temi relativi a sistemi, percorsi, professioni e relazioni di cura, per un verso, e a metodi e progetti di promozione della salute e cura di sé, per un altro. Essa vuole esplorare la prospettiva di una nuova ottica complessa e dinamica della salute, capace di favorire la nascita di un nuovo scenario e organizzazione del continuum delle cure, ma anche, al contempo, contrastare le derive contemporanee dell'incuria e della disuguaglianza, dando così nuovo slancio alla visione della salute come bene comune, frutto della collaborazione fra diversi attori, competenze, tecnologie e organizzazioni.

The series intends to present sociological and/or interdisciplinary studies on systems, pathways, occupations and care relationships, for one hand, and on methods and projects for promoting health and self-care, to another. It wants to explore the prospect of a new complex and dynamic view of health, capable of promoting the birth of a new scenario and organization of the continuum of care, but also, at the same time, opposing the contemporary dangers of carelessness and inequality, thus giving new impetus to the vision of health as a commonweal, the result of collaboration between different actors, skills, technologies and organizations.



Vai al contenuto multimediale

Relazioni di cura nell'era digitale

Le persone in cura come partner nei percorsi terapeutici

a cura di

Marco Ingrosso
Pierpaola Pierucci

Contributi di

Nino Basaglia, Pio Enrico Ricci Bitti, Mara Tognetti Bordogna
Cristina Cenci, Maria Cecilia Cercato, Patrizia Garista
Guendalina Graffigna, Marco Ingrosso, Massimo Magi
Oriano Mecarelli, Carla Moretti, Antonio Noto, Giuseppe Noto
Pierpaola Pierucci, Stefania Polvani, Christian Pristipino
Adriana Roncella, Sandro Spinsanti, Sofia Straudi, Giulia Zani





Aracne editrice

www.aracneeditrice.it
info@aracneeditrice.it

Copyright © MMXIX
Giacchino Onorati editore S.r.l. – unipersonale

www.giacchinoonoratieditore.it
info@giacchinoonoratieditore.it

via Vittorio Veneto, 20
00020 Canterano (RM)
(06) 45551463

ISBN 978-88-255-2278-5

*I diritti di traduzione, di memorizzazione elettronica,
di riproduzione e di adattamento anche parziale,
con qualsiasi mezzo, sono riservati per tutti i Paesi.*

*Non sono assolutamente consentite le fotocopie
senza il permesso scritto dell'Editore.*

I edizione: maggio 2019

Indice

- 11 Passi sulla strada della cura collaborativa. Un'introduzione
Marco Ingrosso, Pierpaola Pierucci

Parte I Nuovi scenari delle relazioni di cura

- 23 Passeggiando per i territori di cura
Sandro Spinsanti
- 47 Quale ruolo della persona-in-cura? Trasformazioni e prospettive delle relazioni di cura nello scenario contemporaneo
Marco Ingrosso
- 69 La medicina narrativa nell'era digitale. Scenario, metodologie e applicazioni cliniche in epilessia e oncologia
Cristina Cenci, Maria Cecilia Cercato, Oriano Mecarelli
- 89 Verso la generazione di un ecosistema di *Engagement*
Guendalina Graffigna

Parte II
**Pratiche innovative
in campo sanitario**

- 113 Caring e percorsi di malattia. Riflessioni critiche sull'applicazione dei PDTA in Italia e prospettive del loro rilancio alla luce dei nuovi scenari del SSN
Antonio Noto, Giuseppe Noto
- 131 Medicina Riabilitativa ed *Empowerment*. Esperienze di coinvolgimento e collaborazione curato–curanti nei percorsi riabilitativi e specialistici
Nino Basaglia, Giulia Zani, Sofia Straudi
- 145 Interventi integrati per persone in cura per problematiche cardiache
Christian Pristipino, Adriana Roncella
- 161 Centralità del territorio e ruolo della persona in cura. Il modello organizzativo della “Casa della Salute”
Pierpaola Pierucci
- 179 Definizioni di salute e nuovi modelli di assistenza territoriale. L'assistente sociale nell'Unità Territoriale Professionale della Medicina Generale
Massimo Magi, Carla Moretti
- 197 Cure primarie e malattia cronica. Promuovere il benessere possibile
Pio Enrico Ricci Bitti

Parte III
**Salutogenesi e cura di sé
 nel corso della vita**

- 211 La cura–di–sé nel corso della vita e il metodo dei diari di salute
Marco Ingrosso, Pierpaola Pierucci
- 233 Perché scrivere? Il diario per narrare di sé e della propria salute
Stefania Polvani
- 241 Salutogenesi e apprendimento. Il ruolo di narrazione, riflessione e immaginazione per la cura di sé e lo sviluppo di un “learning sense of coherence”
Patrizia Garista
- 261 Salutogenesi e medicine complementari–alternative. Quale relazione in tempo di crisi economica
Mara Tognetti Bordogna
- 279 English Abstracts
- 287 Autori

Parte IV
Documentazione

- 293 Dichiarazione di Ferrara sul Ruolo delle Persone in Cura
- 297 Cura di Coppia
a cura di Cittadinanzattiva

Passi sulla strada della cura collaborativa

Un'introduzione

MARCO INGROSSO, PIERPAOLA PIERUCCI*

i. La persistenza di vecchie relazioni di cura e le tensioni di una transizione bloccata

Questo libro sviluppa un articolato confronto sul tema delle relazioni di cura nel contesto degli scenari contemporanei, particolarmente segnati dalla diffusione delle nuove tecnologie digitali, ma anche dalle trasformazioni politico–organizzative dei sistemi sanitari e dai cambiamenti epocali di tutto l'assetto societario. Il testo ripropone le parti essenziali dello stimolante dibattito che si è avuto in occasione del Convegno tenutosi a Ferrara il 4 e 5 maggio 2018 sul tema “Quale ruolo della persona in cura? Relazioni di cura, innovazioni digitali e cura di sé nel continuum di salute” che ha portato alla sottoscrizione da parte di quasi tutti i partecipanti (e non solo) della *Dichiarazione di Ferrara sul ruolo delle persone in cura*, riportata a conclusione di questo volume.

Il tema delle relazioni di cura costituisce, per molti versi, un classico nell'ambito dei servizi sanitari, assistenziali e di salute, ma esso sembra ancora rimanere bloccato all'interno di una visione e soprattutto di una pratica che richiama i paradigmi fissati dalla modernità relativamente alla contrapposizione fra “professione” — segnata da razionalità, capacità tecnica e neutralità affettiva — e “condizione profana” — carente di tutte le capacità, caratteristiche e saperi propri del tecnico assistito dalla scienza — contrassegnata, nel bene e nel male, dalla situazione e dal vissuto dell'essere “paziente”. In questo senso si potrebbe affermare che il modello parsoniano di relazioni strutturali fra ruolo medico e ruolo paziente (Parsons, 1951; 1975), pur

* Marco Ingrosso insegna Sociologia della salute all'Università degli Studi di Ferrara. Pierpaola Pierucci è docente di Organizzazione dei servizi sociali presso l'Università degli Studi di Ferrara.

ampiamente criticato, rimane come una matrice occulta che, *mutatis mutandis* in termini di supporti tecnologici e normativi, continua ancora oggi a stampare milioni di copie dei due ruoli complementari.

Si dirà che, ad uno sguardo più ravvicinato, le novità introdotte negli ultimi decenni sono state numerose e che le condizioni socio-culturali attuali sono incomparabili con quelle della seconda metà del Novecento. Ciò è vero se si considera le trasformazioni della legislazione, dei codici deontologici, dei programmi di policy internazionali e della cultura diffusa che indicano una via di marcia verso un maggiore coinvolgimento della persona in cura nei progetti educativi e nei processi terapeutici, ma risulta meno vero se si considera l'enfasi tecnocratica e a-relazionale mantenuta dai programmi formativi delle professioni sanitarie e incorporata nei metodi di valutazione delle acquisizioni mediche (EBM, linee guida, protocolli, ecc.) (v. ad es. Lusardi e Manghi, 2013). Inoltre, pesano sulle relazioni in ambito sanitario gli orientamenti di policy volti all'efficientamento e alla managerializzazione delle organizzazioni sanitarie che, operando in direzione *top-down*, hanno teso a bypassare i soggetti in cura o a considerarli, sulla carta, come "nuovi consumatori", magari accertando il loro livello di soddisfazione, senza che tuttavia questo abbia mai portato a variazioni significative degli indirizzi e delle modalità con cui i servizi venivano forniti e gestiti.

Se a questo trend di fondo si aggiungono gli esiti della crisi economico-sociale intervenuta fra il 2007 e il 2017 circa, non ancora pienamente superata, e che anzi sta producendo nuove clamorose involuzioni e avvistamenti in campo politico, culturale ed economico, si può affermare che lo scollamento fra attese di adeguamento delle relazioni di cura su modelli più partecipativi e condivisi, da una parte, e pratiche agite nel campo sanitario, che si manifestano con rilevanti deficit qualitativi e quantitativi di cura (Ingrosso, 2016; Geddes da Filicaia, 2018), dall'altra, stanno portando a forti tensioni fra le parti in causa. Ne sono testimonianza i perduranti allarmi sulla tenuta e sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale che, dopo oltre trent'anni di politiche neo-liberiste e di terza via, non hanno portato ad un equilibrio dei conti e hanno fortemente bloccato qualunque innovazione che non fosse contenitiva e razionalizzante. Al contempo si sono moltiplicati gli allarmi per i tempi d'attesa, per le situazioni di degrado di alcuni ambienti sanitari, per i maltrattamenti dei pazienti in alcune strutture, per le crescenti aggressioni subite dai medici e dal personale sanitario, per la diffidenza che una parte del pubblico

manifesta nei confronti della medicina. Tutti sintomi di una situazione tesa e insoddisfacente, che tuttavia non stimola la ricerca di nuovi patti e alleanze fra cittadini e professionisti, ma che insiste sulle stesse ricette dimostratesi finora non adeguate e non risolutive.

2. Dal consenso informato alle relazioni di cura collaborative

Uno dei primi atti legislativi che ha avviato la strada di una modifica dei rapporti di cura in Italia, superando il modello unidirezionale e “paternalista” è stato l’art. 33 della legge istitutiva del SSN (l. 833/1978) che ha previsto l’acquisizione del consenso per gli accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori. Tuttavia una più sistematica normativa relativa al “consenso informato” è stata introdotta solo dalla l. 28 marzo 2001, n. 145 che ha ratificato la *Convenzione sui diritti dell’uomo e sulla biomedicina*, firmata a Oviedo il 4 aprile 1997. Disposizioni relative al Consenso si ritrovano nei Codici di Deontologia Medica (2006), in quello dell’Infermiere (2009) e in quelli delle altre professioni sanitarie.

Uno degli ultimi aggiornamenti di tale materia si è avuto a fine 2017 con la promulgazione delle *Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento* (l. 22 dicembre 2017, n. 219). Il testo legislativo interviene non solo sulla formulazione e acquisizione del consenso, ma altresì sulla questione della relazione di cura stabilendo che:

È promossa e valorizzata la relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico che si basa sul consenso informato nel quale si incontrano l’autonomia decisionale del paziente e la competenza, l’autonomia professionale e la responsabilità del medico. Contribuiscono alla relazione di cura, in base alle rispettive competenze, gli esercenti una professione sanitaria che compongono l’équipe sanitaria. In tale relazione sono coinvolti, se il paziente lo desidera, anche i suoi familiari o la parte dell’unione civile o il convivente ovvero una persona di fiducia del paziente medesimo. (Art. 1, comma 2)

Dopo aver regolamentato il diritto di rifiutare le cure, al c. 8 si precisa che « Il tempo della comunicazione fra medico e paziente costituisce tempo di cura »; inoltre, che la formazione iniziale e continua dei medici e dei professionisti sanitari deve prevedere la formazione in materia di relazione e comunicazione col paziente, oltre che di terapia del dolore e di cure palliative. Nell’art. 5 si prevede

poi una « pianificazione condivisa delle cure », specialmente nel caso di un'evoluzione inabilitante o infausta, di modo da conoscere e seguire le volontà espresse dalla persona in cura.

La l. 219 prende atto che il solo consenso si è spesso rilevato insufficiente a cambiare realmente la situazione in ambito sanitario e quindi prevede un nuovo contesto relazionale in cui esercitare una co-decisionalità allargata all'équipe sanitaria e alla rete familiare/informale della persona in cura. In termini di “dichiarazione di intenti” tale testo introduce indubbiamente un nuovo orizzonte, ma l'esperienza insegna che ciò difficilmente arriva ad incidere a fondo sui comportamenti e la cultura dei servizi, degli operatori e degli stessi pazienti, soprattutto quando si determina un accentuato scollamento con le disposizioni di tipo economico e di policy.

Sul tema della relazione di cura, in particolare quella diretta fra operatori sanitari e cittadini, interviene anche una campagna denominata “Cura di Coppia” lanciata da Cittadinanzattiva alla fine del 2017 e proseguita nel 2018 (il testo è riportato nella parte finale di questo volume) che, adottando un linguaggio paragiuridico, parla sia di diritti sia di doveri tanto dalla parte del cittadino quanto del professionista sanitario. In altri termini, si prospetta una relazione collaborativa con una equilibrata reciprocità fra le due parti, compresi il necessario rispetto, l'informazione e la considerazione del lavoro medico.

Da parte sua la *Dichiarazione di Ferrara* mette l'accento « sull'importanza che la persona in cura riveste non solo come destinatario delle cure, ma anche come co-produttore di adeguati processi ed esiti delle cure ». Perché ciò si renda possibile si deve perseguire la via di una trasformazione delle relazioni e del contesto organizzativo: « Ciò comporta l'utilizzo di nuovi modelli organizzativi di tipo sistemico, processuale e a rete. In questo ambito giocano un ruolo sempre più rilevante le nuove tecnologie che possono favorire l'informazione e la collaborazione fra professionisti e persone in cura in tutti i passaggi dei percorsi terapeutici ». Il ruolo attivo e collaborativo delle persone in cura non deve essere inteso come un aggravio, ma piuttosto un'opportunità e una risorsa che si combina sia con una maggiore efficienza sia con una maggiore efficacia clinica. Infatti diminuiscono nettamente i percorsi a vuoto, le ospedalizzazioni ripetute, le incomprensioni, i conflitti, mentre migliora la flessibilità organizzativa, nonché la soddisfazione e la resilienza delle persone, l'aderenza dei trattamenti, la collaborazione dei *caregivers* e delle reti informali.

La Dichiarazione individua un ampio piano di interventi per una introduzione graduale ma decisa di nuove modalità relazionali e organizzative supportate da un diffuso programma formativo, sia dal lato del personale sia di quello della cittadinanza, nonché un adeguato piano di ricerca e promozione. Ciò indica che un progetto di trasformazione che voglia dare una reale attuazione di tale disposizioni dovrebbe tradursi in significativi cambiamenti nella struttura dei servizi e nei percorsi dei pazienti, coinvolgere a fondo la formazione di base e ricorrente, prevedere l'introduzione di nuove modalità di interazione e gestione nei servizi sia primari sia specialistici, contare su nuovi ruoli comunicativo-organizzativi e psico-sociali ad integrazione di quelli medico-sanitari.

3. Verso un nuovo scenario di partnership: opzioni, esperienze in atto, investimenti formativi

La percezione che le modifiche sociali, culturali e tecnologiche in atto nel contesto societario necessitassero dell'elaborazione di nuovi paradigmi di intervento, orientamenti organizzativi, culture professionali e, finalmente, di attuazioni pratiche si è da tempo fatta strada nel dibattito internazionale sulla salute (v. ad es. Ben-Tovim *et al.*, 2008; Coulter, 2011; Institute of Medicine, 2013; Menichetti *et al.*, 2014; Prior and Campbell, 2018), in parte ripreso anche in ambito italiano (Graffigna *et al.*, 2014). Per citare gli orientamenti più noti, si possono ricordare quelli ispirati dalle *Medical Humanities*, quelli orientati all'*Empowerment* e alla *Patient-Activation*, quelli *Patient-Centered*, i cui echi si ritrovano in molti interventi ospitati nel volume, in particolare nella prima parte dedicata agli scenari in mutamento. Tali contributi tuttavia portano più avanti sia la critica sia la proposta in termini di "Grande Salute" (Spinsanti), medicina narrativa e *Digital Health* (Cenci, Cercato e Mecarelli), medicina partecipativa, *Engagement* e *Involvement* delle persone in cura (*Person-Centered*) e delle comunità (Graffigna), co-decisionalità, co-produzione e collaborazione nei percorsi di cura (Ingrosso).

Nel complesso questi interventi offrono un panorama aggiornato e approfondito del dibattito in corso, con diversi spunti originali.

Le voci convenute provengono da diversi ambiti disciplinari, ma questi non costituiscono dei compartimenti a sé stanti ma piuttosto delle occasioni di dialogo incrociato, soprattutto grazie ad una sottesa

trama sistemico–relazionale che attraversa molti degli interventi. Ciò è anche riconoscibile nell’enfasi posta sui cambiamenti paradigmatici nelle concezioni della salute, della cura, dell’organizzazione e della comunicazione che vengono richiamati in diversi saggi.

Ne emerge un panorama articolato di opzioni, strategie, sensibilità che è volto ad articolare l’ascolto, l’espressione, il coinvolgimento, le capacità collaborative delle persone in cura nel quadro di un nuovo assetto e pratica dell’incontro, del percorso, della co–decisionalità supportata dalle tecnologie digitali. Si fa strada la necessità di una introduzione delle pratiche di partnership sempre più diffusa, ma al contempo di ampio respiro, capace di coinvolgere le terze parti delle relazioni di cura divenute ormai triadiche e multiple, ossia quelle manageriali, quelle mediatiche e quelle scientifico–professionali in primis.

La seconda parte del volume presenta analisi ed esperienze innovative condotte in vari ambiti dell’organizzazione sanitaria. In primo luogo viene esaminata la prospettiva e la problematica dei “percorsi assistenziali” (Noto e Noto). La “visione di sistema” è qui essenziale per un *disease management* capace di inglobare il percorso esistenziale e di illness della persona in cura. L’applicazione di logiche di *caring* (ossia di presa in carico empatica dei bisogni globali del paziente) necessita della capacitazione delle persone in cura e di un’attenta organizzazione dei vari passaggi operativi.

Seguono due interventi che danno conto di importanti e validate esperienze condotte da tempo nell’ambito di servizi ospedalieri, rispettivamente di riabilitazione (Basaglia, Zani e Staudi) e di cardiologia (Pristipino e Roncella). Tutta l’organizzazione, la comunicazione, i percorsi terapeutici sono orientati da una prospettiva patient/person oriented, anche grazie al contributo di specifiche figure di supporto.

I successivi tre interventi ospitati nella seconda parte evidenziano esperienze e sperimentazioni all’interno dell’assistenza primaria e territoriale. In particolare si analizza l’innovazione costituita dalle “Case della Salute” (Pierucci) e l’affiancamento del medico di base da parte di figure come l’assistente sociale (Magi e Moretti) e lo psicologo (Ricci Bitti). In tutti i casi si punta ad un ascolto più puntuale e allargato della persona in cura, ad una considerazione delle sue esigenze, ad una risposta più articolata in termini di supporto psico–socio–medicale. Per contro, se queste esperienze sono fra le poche che, negli ultimi anni, sono andate nella direzione di un nuovo “patto per la salute”, si constata che esse rimangono ancora ad uno

stadio di potenzialità e latenza, dato che il loro impatto rimane circoscritto senza investire il pubblico e la struttura sanitaria nel suo insieme di una precisa linea di innovazione organizzativo-culturale e trasformazione relazionale.

La terza parte del volume è dedicata ad un ripensamento della formazione alla cittadinanza partecipe e alla responsabilizzazione dei soggetti per i propri stili e pratiche di salute. Ciò nella convinzione che, per avere dei validi interlocutori dei servizi e del personale sanitario, sia necessario un'opera di alfabetizzazione (*health literacy e life skills*) e responsabilizzazione (*cura di sé*) che parta da lontano e si dispieghi in tutte le età della vita.

Di qui la ricerca di nuovi metodi formativi e auto-formativi, come quello dei “diari di salute” (Ingrosso e Pierucci) e delle varie metodologie narrative (Polvani), ma anche la proposta di nuovi concetti, come quello di “salutogenesi” (v. Mittelmark *et al.*, 2017), che possono guidare la cura-di-sé nei vari passaggi problematici della vita (Garista). La prospettiva della salutogenesi può anche gettare una luce nuova su tutta un'area pre-sanitaria o del benessere, da una parte, e trans-sanitaria o della resilienza, dall'altra, affiancando alle terapie contenitive della patogenesi, tecniche e metodi attenti al sostegno della salutogenesi (Ingrosso e Pierucci). In questa ottica, molte delle medicine e tecniche non convenzionali possono giocare una loro partita (Tognetti Bordogna) nel sostegno ai percorsi di salute, nello sviluppo dei saperi e del protagonismo collaborativo dei soggetti in cura, nel miglioramento della qualità della vita. Tuttavia ciò comporta la crescita di una nuova cultura professionale degli operatori non convenzionali capace di situarsi in un nuovo continuum di salute integrando vari saperi e nuove esigenze sociali emergenti (Ingrosso e Pierucci, 2018).

4. Un patto per la salute “bene comune”

Le analisi presentate concordano che un rilancio della questione delle relazioni di cura sia centrale e urgente, sia rispetto ad obiettivi strutturali, come quello della sostenibilità ed equilibrio del SSN a quarant'anni dal suo lancio, sia rispetto ad obiettivi culturali, come quello della ripresa di un'etica della cura che impegni scelte conseguenti a livello tanto pubblico quanto di senso comune. Più nello specifico, pare evidente che l'obsolescenza del modello struttura-

le-asimmetrico delle relazioni di cura debba finalmente trovare uno sbocco che raccolga il cammino compiuto e lo porti ad uno nuovo livello di pratica e di consenso.

Il volume dimostra che vi sono state esperienze che hanno fatto da battistrada in questo cammino costituendo delle “buone pratiche” da cui partire. Al contempo il dibattito sulle strategie per l’apertura una nuova fase in campo sanitario e di salute pare ulteriormente avanzato con la messa in campo di nuove proposte che si possono avvalere anche di supporti tecnologici e della ricerca di un nuovo ampio consenso sulle opzioni da intraprendere finalizzate ad una concreta messa in opera di esperienze battistrada.

È auspicabile che questo libro possa costituire uno stimolo e un incentivo verso pratiche applicative, studi interdisciplinari e azioni di policy orientati a dare una nuova visibilità e rilevanza alle dimensioni qualitative del rapporto di cura superando la crescente tensione e sfiducia che si respira nei servizi sanitari e nel pubblico in questa fase.

La percezione che la salute e l’ecologia di caring che la supporta siano un *bene comune* che è necessario preservare e sostenere rimane presente fra i protagonisti dell’incontro sanitario e può ancora farsi strada, pur fra i venti di tempesta che le dinamiche sociali contemporanee manifestano. Un nuovo patto per la salute fra ambienti socio-sanitari motivati da istanze solidali e universalistiche e cittadini partecipi è possibile, ma esso deve appoggiarsi su una strategia visibile e una pratica efficace che inverta il trend della latente conflittualità oggi in atto.

Come ha detto Albert Einstein in un suo scritto: « Non tutto ciò che può essere contato conta, e non tutto ciò che conta può essere contato »: se si applica questa massima alle relazioni di cura, possiamo dire che esse contano molto non solo per le persone in cura, ma anche per gli operatori sanitari e per i gestori dei servizi: prima ce ne renderemo conto e opereremo di conseguenza e prima usciremo dallo stallo attuale contribuendo a rendere non solo sostenibile il SSN, ma di nuovo vitale il patto di cittadinanza per la salute.

Parma–Ferrara, 30 gennaio 2019

Riferimenti bibliografici

- BEN-TOVIM D.I., DOUGHERTY M.L., O'CONNELL T.J., McGRATH K.M. (2008), *Patient journeys: the process of clinical redesign*, « Med J Aust », Mar 17;188 (6 Suppl):S14-S17.
- COULTER A. (2011), *Engaging Patients in Healthcare*, Open University Press, Maidenhead (UK).
- GEDDES DA FILICAIA M. (2018), *La salute sostenibile. Perché possiamo permetterci un Servizio sanitario equo e efficace*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- GRAFFIGNA G., BARELLO S., RIVA G., BOSIO A.C. (2014), *Patient Engagement: The Key to Redesign the Exchange Between the Demand and Supply for Healthcare in the Era of Active Ageing*, « Stud Health Technol Inform », 203:85-95.
- INGROSSO M. (2016), *La cura complessa e collaborativa. Ricerche e proposte di sociologia della cura*, Aracne, Roma (II ed. 2018).
- INGROSSO M., PIERUCCI P. (2018), *L'Operatore Shiatsu in Italia. Identità e professionalità*, Aracne, Roma.
- INSTITUTE OF MEDICINE (2013), *The Learning Health Care System and Its Innovation Collaboratives: Update Report*, National Academies of the Sciences, Washington DC.
- LUSARDI R., MANGHI S. (2013), *I limiti del sapere tecnico: saperi sociali nella scena della cura*, in VICARELLI G., *Cura e salute. Prospettive sociologiche*, Carocci, Roma.
- MENICHELLI J., LIBRERI C., LOZA E. et al. (2014), *Giving patients a starring role in their own care: a bibliometric analysis of the on-going literature debate*, « Health Expectations », doi:10.1111/hex.12299.
- MITTELMARK M.B., SAGY S., ERIKSSON M., BAUER G.F., PELIKAN J.M., LINDSTRÖM B., ESPNES G.A., eds (2017), *The Handbook of Salutogenesis*, Springer International Publishing AG Switzerland.
- PARSONS T. (1965), *Il Sistema Sociale*, Edizioni di Comunità, Milano.
- (1975), *The Sick Role and the Role of the Physician Reconsidered*, « Milbank Memorial Fund Quarterly on Health and Society », summer: 257-277.
- PRIOR S.J. (2018), CAMPBELL S., *Patient and Family Involvement: A Discussion of Co-Led Redesign of Healthcare Services*, « J Participat Med », 10(1):e5, doi:10.2196/jopm.8957.

