

# NOTE

---

## In memoriam

### *Robert K. Merton*

La scomparsa di Robert King Merton, all'età di novantadue anni, nel febbraio di quest'anno, ha privato il mondo della cultura di uno dei più brillanti ed influenti sociologi del Ventesimo secolo. Per comprendere l'importanza di questo pensatore americano dobbiamo solo considerare qualche dato. Innanzitutto, non c'è storia della sociologia che non dedichi almeno un capitolo alla sua opera, la quale è così elevata al rango di quella di Auguste Comte, Herbert Spencer, Vilfredo Pareto, Émile Durkheim, Georg Simmel, Max Weber e Talcott Parsons, per citare qualche nome.

Il secondo dato significativo è che quasi tutte le enciclopedie, anche quelle non specialistiche, includono una voce su Merton, e questo fin dagli anni Cinquanta. Ciò dimostra che egli è stato riconosciuto come un "classico" ben mezzo secolo prima della morte, onore di cui ben pochi studiosi possono fregiarsi.

Il terzo dato ha un significato speciale per tutti i sociologi che inquadrano la propria disciplina come una scienza tra le scienze: Merton è stato il primo sociologo a ricevere la medaglia d'oro per la scienza dalla Casa Bianca. L'onorificenza gli fu consegnata dal Presidente degli Stati Uniti d'America

nel 1994. Non può sfuggire il significato culturale di questo gesto, se si considera che oggigiorno sono legione i sociologi che, affascinati dalla moda postmoderna, tendono a vedersi più come artisti o guru che come scienziati *strictu sensu* e che arrivano ad assumere atteggiamenti critici o addirittura ostili nei confronti della scienza e della tecnologia.

Blau ha sostenuto che se fosse esistito un Premio Nobel per la sociologia non ci sarebbe stato alcun dubbio su chi assegnarlo. Merton non ha ottenuto questa onorificenza, ma ha avuto la soddisfazione di vederla riconosciuta al quasi omonimo figlio Robert C. Merton, che nel 1997 ha vinto il Premio Nobel per l'Economia.

L'analisi delle citazioni fornisce altri dati degni di nota. L'articolo "Struttura sociale ed anomia", che Merton scrisse nel 1936 quando era ancora uno studente ad Harvard e rielaborò più volte negli anni successivi, è risultato essere il più citato articolo sociologico di tutti i tempi. Ma ciò che stupisce maggiormente è che il sociologo americano, nonostante fosse soprannominato "Mister Sociology" per la passione e la tenacia con cui coltivava e difendeva la propria materia scientifica, è riuscito ad ottenere una grande notorietà tra i cultori di altre discipline. I suoi libri e articoli godono infatti della rara virtù di essere conosciuti e citati da umanisti, scienziati sociali, medici e scienziati naturali.

Anche quando le citazioni dei sociologi sono escluse, la somma delle citazioni degli altri scienziati sociali è di ben 50 volte superiore alla media (e di 80 volte, se la sociologia è inclusa).

Anche nel campo delle scienze naturali, le citazioni dei suoi lavori superano di quattro volte il numero medio delle citazioni di cui gode uno scienziato naturale (nel periodo 1970-1977, 203 citazioni contro 56.4). Questo significa che Merton è citato dagli scienziati naturali un numero di volte che rappresenta il 400% delle citazioni di cui mediamente gode uno scienziato naturale, pur essendo egli uno scienziato sociale! La percentuale raggiunge addirittura l'8000% nel campo delle scienze sociali.

L'ultimo dato che è doveroso sottolineare – e che dovrebbe interessare particolarmente i lettori di "Salute e Società" – è che Merton è citato soprattutto da medici e psichiatri. Considerando il periodo 1961-1977, si scopre che il sociologo americano è menzionato in 365 articoli pubblicati in riviste di scienze naturali. Ben 147 articoli sono comparsi in riviste di medicina e 123 in riviste di psichiatria. Al terzo posto compaiono gli articoli di informatica (49) e al quarto quelli di fisica (21)<sup>1</sup>.

#### *Una breve nota biografica*

Robert K. Merton era nato a Philadelphia il 4 luglio del 1910, figlio di immigranti provenienti dall'Europa dell'est. Cambiò nome due volte. Registrato all'anagrafe come Meyer R. Schkolnick, all'età di 14 anni prese il nome di Robert Merlin, una scelta dovuta alla sua attività giovanile di presti-

digitatore. Successivamente, trovò conveniente mutare il "magico" cognome Merlin, nel più serio Merton. Studiò prima all'Università di Temple e poi ad Harvard, dove fu allievo di Pitirim Sorokin, Talcott Parsons e George Sarton. Ottenuto il dottorato di ricerca, Merton lavorò per pochi mesi come *tutor* ad Harvard, ma dovette presto lasciare il lavoro a causa della crisi che nel 1929 investì l'economia americana. Ottenne comunque un posto di professore alla Tulane University e, due più tardi, approdò alla Columbia University di New York, dove rimase fino al termine della sua esistenza. Nel corso della sua lunghissima carriera, ha pubblicato circa duecento articoli ed una dozzina di libri (quasi tutti raccolte di articoli). A differenza della maggior parte degli umanisti e degli scienziati sociali, così legati alla formula del libro, Merton ha sempre mostrato una preferenza per l'articolo, strumento certamente più familiare allo scienziato naturale.

Sono numerosissimi i concetti e le teorie proposte dallo studioso americano. La profezia che si autoadempie (*Self-fulfilling prophecy*), le conseguenze impreviste dell'azione sociale, l'ambivalenza sociologica, la teoria di medio raggio, le funzioni manifeste e latenti, la teoria del complesso di ruoli e del complesso di status (*role-set* e *status-set*), le disfunzioni sociali, i paradigmi scientifici (in una accezione pre-kuhniana), la struttura delle opportunità, l'auto-esemplificazione delle idee sociologiche, il concetto di serendipità (*serendipity*), e molti altri termini e concetti da lui proposti o rielaborati sono entrati stabilmente nel discorso sociologico contemporaneo. Non si esagera affermando che Merton ha dato un

1. Tutti i dati sono riportati dal saggio di Eugene Garfield, *Citation Measures of the Influence of Robert K. Merton*, in Gieryn T., ed., *Science and Social Structure: a Festschrift for Robert K. Merton*, New York Academy of Science, New York 1980: 61-74.

contributo decisivo alla creazione del vocabolario tecnico della sociologia<sup>2</sup>.

Porterebbe troppo lontano l'analisi di anche uno solo di questi contributi. In termini più generali, possiamo dire che Merton è ricordato soprattutto per avere elaborato una versione più flessibile dell'*orientamento strutturale-funzionalista*, al fine di rendere le teorie sociologiche più empiricamente controllabili ed orientate verso la soluzione di specifici problemi. Strettamente legato a questa strategia – tesa ad aprire uno spazio intermedio tra attività teorica e mera collezione di dati empirici – figura anche la sua proposta metodologica della *teoria di medio raggio*. Ispirandosi alla storia della medicina, Merton ha infatti consigliato ai sociologi di produrre idee simili alla teoria delle malattie infettive. Quest'ultima è una teoria che – al contrario delle antiche dottrine mediche – non intende spiegare tutte le malattie o il funzionamento dell'intero l'organismo umano. Essa nasce per spiegare e prevedere un numero limitato di fenomeni. È più di una generalizzazione empirica e meno di una teoria generale della medicina. Il problema della sociologia, secondo Merton, è proprio che “i teorici” cercano di *spiegare tutta la società*,

mentre “gli empirici” cercano di *rapresentare un unico fatto sociale*, ma senza spiegarlo. La teoria di medio raggio dovrebbe costituire il necessario ponte tra queste due attività.

#### *Un importante contributo alla sociologia della medicina*

La ragione principale per cui Merton è conosciuto e citato da medici e psichiatri è che egli è stato curatore, insieme a Reader e Kendall, del volume *The Student-Physician: Introductory Studies in the Sociology of Medical Education*<sup>3</sup>. Quel testo conteneva, tra l'altro, un articolo dello stesso Merton teso a mettere in evidenza il fenomeno dell'ambivalenza normativa dell'attività medica, un problema che fino ad allora era passato quasi inosservato<sup>4</sup>.

Merton nota che, come tutte le istituzioni umane, anche l'esercizio della professione medica è regolato da norme scritte e non scritte. Le norme definiscono modelli di comportamento che hanno insieme una dimensione tecnica e morale, sono cioè funzionali al raggiungimento di determinati fini, ma l'aderenza ad esse dipende anche da una valutazione etica. L'*ethos* del me-

2. Chi volesse approfondire questi temi può fare riferimento innanzitutto alla traduzione italiana di *Social Theory and Social Structure*, senza dubbio l'opera più nota di Merton (trad. it. *Teoria e struttura sociale*, 3 voll., Il Mulino, Bologna 2000). La versione originale è stata pubblicata a New York da The Free Press in tre differenti edizioni (1949, 1957, 1968). Chi ha familiarità con l'inglese potrà trovare utile consultare anche *On Social Structure and Science*, un'altra collezione di articoli edita da Piotr Sztompka, uno dei maggiori interpreti al mondo dell'opera mertoniana. Di Piotr Sztompka è anche una delle più complete monografie disponibili, dal titolo *Robert K. Merton: An Intellectual Profile*, St. Martin Press, New York 1986. Infine, per chi fosse interessato agli aspetti epistemologici dell'opera mertoniana, segnalo anche il mio *Epistemological Dimensions of Robert Merton's Sociology*, UMK Press, Torun 2001.

3. Merton R.K., Reader G. e Kendall P.L., *The Student-Physician: Introductory Studies in the Sociology of Medical Education*, Harvard University Press, Cambridge 1957.

4. Cfr. *Some Preliminaries to a Sociology of Medical Education*, in *The Student-Physician*, op. cit., oppure il capitolo *The Ambivalence of Physicians*, in *Sociological Ambivalence and Other Essays*, The Free Press, New York 1976: 65-72.

dico indica cosa è prescritto, proscritto, preferito o permesso, al fine di raggiungere i fini istituzionali (per es. guarire i malati, accrescere la conoscenza, istruire nuovi medici, ecc.). Fin qui nulla di nuovo, visto che simili codici etici regolano l'attività di altre comunità o istituzioni sociali. In ambito medico si registra però una situazione peculiare: le norme alle quali i medici sono chiamati ad orientare il loro lavoro quotidiano presentano un elevato numero di *ambivalenze*. Ciò significa che ogni norma, per quanto razionale ed eticamente condivisibile, è controbilanciata da una specifica contronorma che presenta comparabili caratteristiche di razionalità e moralità. Non si tratta di mere contraddizioni logiche, ma della sistematica compresenza di orientamenti normativi alternativi, ossia di norme che possono produrre comportamenti diversi ed incompatibili.

Il fatto che comportamenti incompatibili siano ammessi dall'istituzione non costituisce necessariamente un *problema*, perché c'è la consapevolezza che la pratica medica tragga, in ultima istanza, beneficio dalla flessibilità normativa che l'ambivalenza produce. Poiché le norme sono sempre generali ed astratte, l'ambivalenza consente al medico di adattarsi nella prassi a situazioni concrete molto specifiche, alle quali una eccessiva rigidità normativa nuocerebbe.

Vediamo in dettaglio qualche esempio di tali coppie di norme e contronorme. Innanzitutto, Merton distingue le norme deontologiche in tre tipi principali: (a) norme governanti l'auto-immagine dei medici; (b) norme governanti le relazioni tra medici e pazienti; (c) norme governanti le relazioni tra medici ed altri medici o la comunità in senso lato. Il sociologo individua 14

norme del tipo (a) organizzate in 7 coppie di norme ambivalenti; 18 norme del tipo (b) organizzate in 9 coppie; e 10 norme del tipo (c) organizzate in 5 coppie. Vediamo – a titolo esemplificativo – una coppia di ogni tipo:

«I medici devono coltivare un atteggiamento autocritico ed essere disciplinati nella valutazione scientifica dei fatti.

*Ma*: Devono essere decisi e non porre le decisioni aldilà di quanto la situazione richiede, anche quando la conoscenza scientifica dei fatti è inadeguata».

«I medici devono essere emozionalmente distaccati nel loro atteggiamento verso i pazienti, “raffreddando” le emozioni ed evitando di identificarsi eccessivamente con i pazienti.

*Ma*: Devono evitare di diventare insensibili a causa di un eccessivo distacco e dovrebbero avere un atteggiamento compassionevole verso i pazienti».

«I medici devono collaborare con altri membri del personale ospedaliero (infermiere, assistenti sociali, tecnici) piuttosto che dominarli.

*Ma*: Hanno la responsabilità del funzionamento del reparto e devono quindi assicurarsi che i loro collaboratori garantiscano alti standard di rendimento»<sup>5</sup>.

Tali situazioni di ambivalenza normativa si spiegano forse con il fatto che la medicina, più di molte altre discipline, è al contempo scienza e tecnologia, teoria e prassi, pensiero e azione. Un'analisi delle 42 norme codificate da Merton sarebbe senz'altro di grande interesse, ma ci porterebbe troppo lontano. In questa sede, ci accontentiamo di sottolineare che il sociologo americano ha avuto un ruolo

5. Traduzione nostra di passi tratti da *Sociological Ambivalence*, op. cit., pp. 67-69.

non trascurabile nello sviluppo della sociologia della medicina e della salute. L'interesse mostrato dagli stessi medici nei confronti dei suoi studi ne è prova evidente.

### *La fondazione della sociologia della scienza*

A questo punto, è istruttivo notare il percorso intellettuale che ha portato Merton ad occuparsi di medicina. Egli vi è infatti arrivato attraverso il suo interesse per la *Wissensoziologie* – la sociologia della conoscenza. Partendo dalla lettura di Marx, Scheler, Mannheim, Durkheim e Sorokin, Merton ha dapprima proposto un paradigma per la sociologia della conoscenza e poi ha allargato il suo interesse verso le scienze naturali. Tale lavoro lo ha portato ad essere riconosciuto da diversi studiosi<sup>6</sup> come il padre fondatore di una nuova disciplina: la sociologia della scienza. Va però evidenziato che, nelle intenzioni di Merton, la disciplina doveva essere tutt'altro da ciò che è diventata oggi, con la comparsa dell'indirizzo costruttivista e relativista. I lavori della scuola mertoniana intendono infatti descrivere e spiegare il funzionamento della comunità scientifica, e le eventuali disfunzioni, non al fine di criticare la scienza come istituzione e come tipo di conoscenza, ma – al contrario – per rafforzarne il

ruolo sociale e l'efficacia cognitiva. Dunque, quello dei sociologi mertoniani è senz'altro un approccio pro-scientifico. A partire dagli anni Settanta, ha invece preso il sopravvento un indirizzo relativistico ed irrazionalistico che, oltre a portare un attacco diretto alla scienza come istituzione e forma di conoscenza, tende anche a rivalutare idee e pratiche prima considerate pseudoscientifiche come la magia, la telecinesi, la parapsicologia, l'astrologia, la stregoneria, le medicine alternative, ecc.

Tuttavia, il fatto che ancora oggi i cultori della sociologia della scienza tendono a definirsi mertoniani e post-mertoniani, a seconda che assumano un atteggiamento rispettivamente pro-scienza e anti-scienza, non fa che confermare il ruolo fondamentale di Merton nella storia della disciplina. Bisogna poi aggiungere che è in atto una "controffensiva" in questo campo, tesa a rivalutare l'indirizzo metascientifico di Merton e a ridimensionare l'influenza delle scuole postmoderne<sup>7</sup>.

L'approccio mertoniano verso questa disciplina è stato caratterizzato da un'attenzione alla scienza intesa principalmente come istituzione sociale. Questo approccio segna una svolta rispetto alla sociologia della conoscenza di origine europea, che tendeva a porre l'attenzione soprattutto sulle conseguenze epistemologiche del rapporto tra strutture sociali e forme di cono-

6. "Merton, a sociologist and historian of ideas by training, is the real founding father of the sociology of knowledge as a science and a profession; his predecessors had been isolated scholars and amateurs". Cfr. M. Bunge, *Social Science under Debate*, Toronto University Press, Toronto 1998: 232.

7. Tra gli studiosi più attivi in questo campo, va senz'altro citato il filosofo delle scienze sociali Mario Bunge, che ha recentemente pubblicato diversi articoli e libri in difesa dell'approccio mertoniano e lanciato lo slogan "Back to Merton!". Di Bunge si possono consultare le pagine 229-239 del testo *Social Science under Debate*, op. cit., o il capitolo *Sociology of Science: From Marx to Merton and Beyond* di *The Sociology-Philosophy Connection*, Transaction Publishers, New Brunswick 1999: 145-171. Nel contesto della controffensiva razionalista va inquadrate anche il mio *Epistemological Dimensions of Robert Merton's Sociology*, op. cit.

scienza, giungendo spesso a conclusioni relativistiche. Merton parte dal postulato che «non soltanto l'errore o l'illusione o le credenze non autentiche [sono] socialmente (storicamente) condizionate, ma che lo [è] anche la scoperta della verità»<sup>8</sup>. Questa idea (lui la definisce la "Rivoluzione Copernicana" negli studi metascientifici) gli permette di occuparsi delle scienze naturali in una prospettiva sociologica senza cadere nelle contraddizioni generate della riflessività delle tesi relativistiche. Insistere sulla relatività e sulla conseguente debolezza epistemologica delle tesi scientifiche, in ragione del loro condizionamento sociale, significa minare in partenza la stessa sociologia della scienza che – fino a prova contraria – è scienza essa stessa o perlomeno ambisce ad essere tale.

Molte sono le scoperte di Merton in questo campo: l'ethos della scienza, l'effetto di San Matteo, la teoria della scoperta multipla, l'ambivalenza degli scienziati, il sistema delle ricompense, il rapporto tra età dei ricercatori e contenuto delle ricerche, ecc. Ancora una volta dobbiamo limitarci solo a qualche cenno. Particolarmente influenti sulle successive ricerche di altri ricercatori sono stati gli studi sull'ethos della scienza e sull'effetto di San Matteo.

L'ethos scientifico è il corpus di norme morali che guida (o dovrebbe guidare) il lavoro degli scienziati. Abbiamo già visto il caso specifico dei medici, ma Merton ha individuato quattro norme generali che riguardano tutti gli uomini di scienza: la norma del *disinteresse*, che impone allo scienziato di concepire la ricerca scientifica come un fine e non come un mezzo per rag-

giungere altri scopi; la norma dello *scetticismo organizzato*, che impone allo scienziato di non dare credito ad alcuna teoria che non sia supportata da argomenti razionali o dati empirici; la norma del *comunismo* del sapere, che impedisce allo scienziato di concepire le proprie scoperte come una proprietà privata e lo obbliga quindi a divulgarle senza pretendere nulla in cambio; e, infine, la norma dell'*universalismo*, che impone allo scienziato di valutare le opere dei pari senza riguardo alla loro razza, nazionalità, sesso, età, fama, o qualsiasi altro elemento particolare.

L'effetto di San Matteo è invece un aspetto patologico del funzionamento delle comunità scientifiche, per cui l'essere conosciuti e l'aver pubblicato molti articoli o libri consente di pubblicare più facilmente nuovi lavori e di ottenere molto credito, mentre l'aver pubblicato poco rende difficile ottenere l'attenzione delle riviste scientifiche o degli editori (in accordo con la profezia di Matteo: "a chi ha sarà dato e sarà nell'abbondanza, a chi non ha sarà tolto anche quello che ha"). Questa situazione stride con la norma dell'*universalismo*, per cui libri e articoli dovrebbero essere valutati esclusivamente sulla base del loro contenuto cognitivo, senza alcun riguardo al nome dell'autore<sup>9</sup>.

### *Gli ultimi giorni*

Mi permetto di chiudere questo articolo con una breve nota personale. Ho avuto la fortuna di avere il professor Merton come maestro e amico. Negli ultimi sette anni abbiamo intrattenuto una regolare corrispondenza che, oltre

8. Cfr. *Teoria e struttura sociale*, op. cit., p. 843.

9. Per ulteriori approfondimenti su questi temi rimandiamo alla lettura di *The Sociology of Science: Theoretical and Empirical Investigations*, University of Chicago Press, Chicago 1973, un testo curato da Norman Storer che raccoglie i principali articoli di Merton in questo campo di studi.

ad essere stata molto proficua per il mio lavoro di ricerca sociologica, si è rilevata anche arricchente sul piano umano. Egli, nonostante abbia dovuto combattere contro sei diverse forme di cancro, ha conservato sempre grande lucidità e ottimismo. Una prima forma di tumore lo aveva già colpito circa trent'anni fa. I medici avevano sostenuto che solo un rischioso intervento chirurgico poteva salvarlo, ma le possibilità di riuscita erano stimate intorno al 10%. Merton accettò il rischio e fu una buona scelta, per lui e per la scienza.

Della nostra corrispondenza ricordo in particolare le lettere che ci siamo scritti intorno all'11 settembre 2001. Merton abitava a Manhattan e fu, quindi, particolarmente scosso dall'attacco terroristico che avveniva proprio sotto i suoi occhi. In quei giorni era tra l'altro a casa, convalescente in seguito all'ennesima operazione chirurgica cui si era dovuto sottoporre per arginare l'avanzata del cancro. Fu forse quel clima apocalittico ad indurlo ad inviarmi tutte le sue opere autografate con in calce la data "New York, 11<sup>th</sup> September 2001". Ai suoi occhi, quel giorno segnava ormai uno spartiacque nella storia dell'America e del Mondo.

Nei mesi successivi si è dedicato quasi esclusivamente a rifinire e terminare la sua ultima opera: *Viaggi e avventure della Serendipity*<sup>10</sup>, un testo sulle scoperte scientifiche casuali che aveva scritto negli anni cinquanta insieme ad Elinor Barber e poi lasciato per mezzo secolo in un cassetto. Dopo avere scritto una lunghissima postfazione, la cui stesura lo ha impegnato per anni, nell'ottobre del 2002 ha dato finalmente il manoscritto alle stampe. Particolare curioso, lo ha pubblicato solo in Italia ed in italiano, a significa-

re il legame affettivo ed intellettuale che lo ha sempre legato al nostro paese. Quella postfazione è l'ultima cosa che ha scritto ed è con l'ultima frase di essa che voglio quindi chiudere questo articolo commemorativo, una frase con cui riconosce l'incompletezza della propria opera, l'impossibilità di portarla a termine a causa dell'aggravarsi della malattia e la conseguente necessità di affidare i futuri sviluppi di essa ad altri studiosi.

«Avendo appena avuto notizia di un ulteriore intervento chirurgico che mi attende – il quinto negli ultimi mesi – e afflitto come sono da una varietà di altri malanni, sono veramente costretto a portare questa *bozza* preliminare e incompleta di una sezione originalmente pensata come penultima a una conclusione brusca e prematura. I lettori interessati ad approfondire il carattere psico-socio-epistemico della *serendipity* possono rivolgersi con profitto alle fonti citate nelle precedenti note a piè di pagina»<sup>11</sup>.

Riccardo Campa

## Commenti

*Virchow: medicina come politica, politica come medicina*

*La malattia vista dall'interno: cellule*

Il medico e riformatore Rudolf Virchow nacque nel 1821 a Schievelbein (Pomerania) e morì ottantunenne a Berlino, dove aveva trascorso la maggior parte della sua energica vita professionale. È una delle poche figure che non solo lasciarono il loro campo

10. Robert K. Merton, *Viaggi e avventure della Serendipity*, Il Mulino, Bologna 2002.

11. Robert K. Merton, *Viaggi e avventure della Serendipity*, op. cit.: 451.

di azione nettamente diverso da come lo avevano trovato, ma che provocarono innovazioni in più campi, sia a livello di singole scoperte che di formulazione di principi: nell'anatomia patologica e nella fisiologia, nella biologia e nella medicina sociale.

Dopo la laurea in medicina (1843) Virchow occupò un posto come interno alla Charité di Berlino e si dedicò ai suoi interessi clinici e di laboratorio, pubblicando intensamente e fondando diverse riviste.

La parte strettamente scientifica dell'opera di Rudolf Virchow va sotto l'etichetta di *patologia cellulare*. La cellula come elemento strutturale dei tessuti era stata individuata in ambito botanico nella prima metà dell'Ottocento: i tessuti vegetali all'esame microscopico risultavano suddivisi in numerosissime piccole "stanze". Negli anni Trenta dell'Ottocento furono studiate le cellule animali e il loro contenuto fu chiamato protoplasma; si ritenne che tale semiliquido fosse veicolo e base dei processi vitali. Alla fine del decennio fu formulata la teoria cellulare generale: tutti i prodotti organici sono composti di cellule<sup>1</sup>. Fino a quel momento la questione dell'origine delle cellule era rimasta in secondo piano e in proposito erano state proposte varie teorie. Qui entra in gioco Virchow, insieme al collega neuroistologo ed embriologo Robert Remak (1815-1865). Remak constatò la formazione di nuove cellule del sangue e dell'embrione a partire dalla divisione di cellule precedenti; ogni animale adulto, conclude, deriva dalla divisione delle cellule embrionali (le cellule non derivavano quindi da liquido esterno per precipita-

zione né da una sorta di "crescita" di cellule precedenti, come affermavano le due teorie allora in circolazione). La frase riassuntiva "ogni cellula deriva da una cellula" (*omnis cellula e cellula*) è originariamente di Remak<sup>2</sup>; l'estensione della nuova teoria cellulare all'anatomia patologica e alla fisiologia generale è invece risultato del lavoro di Virchow.

La patologia dell'epoca era di stampo umoralistico: le malattie, secondo questo paradigma più che bimillenario, sarebbero il risultato di squilibri (*discrasie*) nella composizione dei liquidi organici (originariamente bile nera, bile gialla, flegma e sangue). Le manifestazioni patologiche, per esempio le lesioni tumorali, venivano ricondotte nella prima metà del XIX secolo soprattutto a una discrasia del sangue. Virchow rovesciò completamente i termini del nesso causale: le malattie, in particolare quelle oncologiche, sono la conseguenza di mutamenti al livello delle cellule (ovvero delle componenti *solide* dell'organismo); tali mutamenti hanno a loro volta come conseguenza una modificazione a livello delle componenti liquide dell'organismo, sangue e altre. La concezione patologica di Virchow, esposta nella celebre *Cellulopathologie* del 1859, è quindi definibile come una forma di *solidismo*: lesioni anatomicamente localizzabili sono la causa della malattia; tali lesioni vanno ricondotte ad anomalie nel metabolismo cellulare. Con questo principio alla fisiologia e alla patologia veniva messa a disposizione la stessa chiave esplicativa: la cellula era alla base dei processi normali (come unità funzionale e generativa) come di quelli patolo-

1. Schwann T., *Mikroskopische Untersuchungen* (Ricerche microscopiche), Berlin 1839.

2. Remak R., *Untersuchungen über die Entwicklung der Wirbelthiere* (Ricerche sullo sviluppo dei vertebrati), Berlin 1855.



gici. Virchow definì infatti la malattia come insieme di processi vitali in condizioni modificate, sottolineando la continuità qualitativa con i processi fisiologici e quindi unificando alla base fisiologia e patologia.

Essendo le cellule caratterizzate sia da una vita individuale con un suo metabolismo che dalla partecipazione (come "collettivi") alla vita dell'organismo, ci si è chiesti in quale misura Virchow possa essere considerato un vitalista, ossia se egli abbia conferito alla cellula una forza vitale non riconducibile alla sua composizione materiale. La risposta si trova nell'articolo in cui Virchow introdusse la patologia cellulare: «Se anche si dovesse riuscire prima o poi a rappresentare la vita nel suo complesso come risultato meccanico delle forze molecolari – cosa che per ora non è riuscita – non si potrebbe fare a meno di chiamare con un nome apposito la forma specifica in cui si manifestano queste forze molecolari [...]. La vita resterà sempre qualcosa di particolare, anche nel caso in cui si dovesse scoprire che è stimolata e mantenuta da forze meccaniche»<sup>3</sup>.

Non si smetterebbe, in altre parole, di chiamare vivente un organismo del quale si venisse a scoprire la piena dipendenza da leggi puramente meccaniche, come Virchow fa quando agisce nella veste di ricercatore: "vivente" e "vita" sono termini utili, etichette comprensibili che possono guidare il lavoro dello studioso. Non si tratta qui di un vitalismo ideologico, ma piuttosto di un atteggiamento moderato dettato da praticità: i fenomeni chiamati vitali sono quei processi meccanici manifestati dalle cellule e che danno origine agli organismi. All'interno di questa definizione ampia e nello stesso tempo uni-

voca resta sempre lo spazio per precisarli ulteriormente.

La concezione oggi corrente della maggior parte delle malattie come di fenomeni localizzati in una parte individuabile dell'organismo proviene dall'elaborazione di Morgagni e Bichat che nel XVIII secolo parlarono di *sede* della malattia rispettivamente nell'*organo* e nel *tessuto*; la percezione moderna della malattia come "guasto" al livello microscopico delle cellule è un risultato di Virchow. Il medico, raccomandava Virchow, deve abituarsi a pensare microscopicamente<sup>4</sup>. Da parte del batteriologo Klebs fu mossa a Virchow una critica solo in parte giustificata, cioè di concentrare l'attenzione sui processi interni, identificando l'*ens morbi* con la reazione cellulare a fattori patogeni, trascurando però di trattare esplicitamente le cause esterne di malattia. Benché Virchow non si occupasse di microrganismi dal punto di vista biologico e fosse rappresentante di una concezione miasmatica piuttosto che contagionista, non si può sostenere che gli fu estraneo lo studio dei fattori esterni di malattia. Anzi, egli andò a cercare i complessi di fattori patogeni esterni ai livelli alti, vale a dire al livello sociale ed economico.

#### *La malattia vista dall'esterno: povertà*

Il Virchow patologo e citologo e il Virchow politico e riformatore sanitario si avvalgono di un linguaggio sempre preciso e nello stesso tempo suggestivo, che con trasposizioni da un campo all'altro manifesta non solo la passione politica del ricercatore e la razionalità e precisione del politico, ma an-

3. Virchow R., *Cellular-Pathologie*, in "Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie", n. 8, 1855, pp. 3-39, qui p. 18.

4. *Ibidem*, p. 7.

che il gusto per la cultura in senso profondo *umanistica* della persona.

La cellula, elemento centrale della fisiologia, della patologia e della biologia generale, si presta anche come metafora politica; allo stesso modo, Virchow usa talvolta metafore politiche per parlare dell'organismo: «È un libero stato di individui con pari diritti anche se con diverse qualità, che si mantiene unito perché ogni individuo dipende dagli altri e perché sussistono alcuni punti centrali di organizzazione dalla cui integrità dipende la possibilità di nutrimento per le singole parti»<sup>5</sup>.

L'azione del Virchow politico comincia nel 1848. Durante quest'anno in Germania viene pubblicata un'ondata di opere prodotte da associazioni di medici e anche da alcuni medici indipendenti: loro scopo è cambiare il sistema sanitario, ormai insoddisfacente. Il Quarantotto è anche l'anno della rivoluzione in Prussia, scoppiata con il fine della costituzione, dell'unità nazionale e di maggiore libertà e finita, o fallita, un anno più tardi a causa del mancato appoggio dei moderati, del rafforzamento della monarchia e sostanzialmente dal rifiuto del re Friedrich Wilhelm IV di istituire una monarchia parlamentare. I riformisti sanitari vedono nella rivoluzione un possibile fattore di accelerazione delle loro proposte. Inoltre, a Berlino si verifica una recrudescenza dell'epidemia di colera presente da anni in tutta l'Europa, mentre nell'Alta Slesia imperversa il tifo: fatti che convogliano inevitabilmente l'attenzione sulle cause sociali delle malattie. Infine, in quest'anno si risente ancora dei cattivi raccolti e delle carestie degli anni precedenti.

Va tenuto presente che il "povero" con cui viene a confrontarsi Virchow e tutta la contemporanea generazione di

riformatori non è ancora o non tanto l'operaio di fabbrica inurbato (categoria che comincia appena a essere presente a Berlino), ma piuttosto l'artigiano impoverito a causa della diminuzione della domanda, la vedova o l'orfano, il disabile; nelle campagne, il contadino-artigiano che vive un'esistenza al limite della sopravvivenza e il tessitore, per esempio in Alta Slesia. Proprio dalla Slesia comincia il viaggio di Virchow nelle cause "esterne" di malattia.

Tra il 1847 e il 1848, infatti, scoppia in questa regione, già impoverita dalla crisi dell'industria tessile dovuta all'ingresso sul mercato del cotone americano e da una carestia, un'epidemia di tifo. Sui giornali progressisti compaiono articoli in cui si chiede alla monarchia di occuparsi di questa emergenza, che viene chiamata "tifo da fame"; dopo un periodo di silenzio nel quale si intensificano le richieste di intervento da parte della stampa, l'esecutivo decide di inviare sul posto una commissione di studio composta dal consigliere medico Barez e da Rudolf Virchow. Il viaggio di Virchow durò dalla fine di febbraio all'inizio di marzo del 1848 e viene descritto nelle *Mittheilungen über die in Oberschlesien herrschende Typhus-Epidemie (Relazione sull'epidemia di tifo in Alta Slesia)*<sup>6</sup>. Le abitazioni, nota Virchow, sono piccole e affollate, l'alimentazione è insufficiente già in tempi normali e durante la carestia la popolazione ricorre a cibi in molti casi nocivi come patate marcite o erbe. Come causa della vera e propria malattia, che probabilmente era tifo petecchiale, Virchow indicò l'aria malsana (spiegazione allora molto diffusa, detta *miasmatica*). Accanto ai casi di tifo il giovane Virchow notò diverse altre condizioni provocate univocamente dalla povertà, come i congelamenti degli arti o

5. *Ibidem*, p. 25.

6. Berlin 1848.

l'idropisia infantile. Il suo giudizio sulla situazione fu duplice<sup>7</sup>: da una parte tali catastrofi potevano esser evitate solo con la prevenzione; dall'altra, per prevenire era necessario che il governo fosse a conoscenza dei fatti, cosa non scontata, dal momento che non esisteva la libertà di stampa e che denunce come quella sull'epidemia in Slesia venivano censurate. La forma che avrebbe dovuto assumere la prevenzione fu riassunta da Virchow in una frase ormai celebre: "Istruzione, con i suoi figli libertà e benessere". Lo scopo, o l'ideale, che la medicina sociale nella concezione di Virchow doveva contribuire a realizzare era la piena e incondizionata democrazia, l'integrazione degli strati poveri in una società borghese e la fiducia che anche le categorie svantaggiate (Virchow non parla di classi) sono "maggioresni" e non hanno bisogno di tutori una volta che le condizioni politiche le abbiano liberate dallo stato di necessità materiale. Nel caso particolare della Slesia, Virchow suggerì miglioramenti nell'agricoltura, bonifiche, insediamenti di industrie statali e soprattutto di cooperative.

Nell'ambito dei moti rivoluzionari del Quarantotto, delle aspirazioni riformistiche che interessavano allora vari campi e sulla base della letteratura igienica e sanitaria (già presente da tempo come un genere a sé) prese forma il settimanale edito da Virchow con il coetaneo collega Rudolf Leubuscher (1821-1861), "Die medicinische Reform"<sup>8</sup>. Le pubblicazioni durarono esattamente un anno, dal 10 luglio 1848 al 29 giugno 1849, e nel corso delle settimane furono

toccati diversi temi collegati con la riforma medica e in generale con la politica e le speranze di stampo progressista-ottimistico dei liberali di sinistra. Lo stile enunciato nel primo numero si presentava così: «La "Medicinische Reform" cercherà di svolgere il suo compito per mezzo di articoli di fondo e di discussioni, di relazioni sulle riunioni delle commissioni di riforma medica e sugli sviluppi della legislazione in materia. Tenderà a questo scopo con la severità richiesta dall'importanza dell'oggetto, ma anche con la moderazione che ci viene dal senso di libertà»<sup>9</sup>.

Una delle idee veicolate dalla rivista era l'abolizione dei cosiddetti "medici dei poveri" (*Armenärzte*), che erano stati istituiti all'inizio del secolo per cercare di suddividere geograficamente la presenza del personale sanitario e per alleggerire le istituzioni assistenziali. Nel 1823 lavoravano a Berlino 12 medici dei poveri, che salirono a 31 nel 1835. Questa figura di medico era messa in discussione da Rudolf Virchow (almeno per quanto riguarda le città, in cui la densità di medici era già alta) perché contrastava con il principio di libera scelta del curante da parte del paziente ed evidenziava quasi fatalisticamente lo stato di "povero" del paziente che a lui ricorreva. Inoltre la funzione di tali medici era curativa più che preventiva, agiva cioè a valle della situazione di malattia. Lo stato doveva fornire assistenza al paziente povero per mezzo di aiuti finanziari da "spendere" presso un medico di sua scelta (oltre che a creare le condizioni perché nessuno dovesse vivere mettendo a rischio la

7. Dalle lettere al padre citate in Manfred Vasold, *Rudolf Virchow. Der große Arzt und Politiker*, DTV, Stuttgart 1988, p. 73.

8. Il periodico berlinese di Virchow e Leubuscher è passato alla storia, ma ai suoi tempi non fu l'unico esempio di pubblicazione volta alla diffusione delle idee di riforma sanitaria: esistevano giornali simili in altre città, fra cui Lipsia, Norimberga e Praga.

9. Virchow R., *Was die "medizinische Reform" will*, in "Die medicinische Reform. Eine Wochenschrift", n. 1, 10 luglio 1848, p. 2.

propria salute); in altre parole, doveva avere fiducia nella maturità del paziente e non considerarlo un eterno minorenne da guidare paternalisticamente. A questo proposito la rivista si dichiarò anche contraria al divieto di praticare da parte di curanti non medici; si doveva lasciare al singolo cittadino – anche *povero* – la scelta tra il medico accademico e il guaritore, confidando nel fatto che, con il tempo e previo il successo delle riforme anche nel campo scolastico, una popolazione più istruita avrebbe spontaneamente deciso in modo sensato.

Il medico aveva, in questo processo formativo di una società matura, un ruolo ben definito: non, o non solo, di professionista privato, né di funzionario statale, ma di operatore sociale: «La riforma sanitaria non deve avvenire nell'interesse dei medici, ma in quello dei malati [...] I medici sono i naturali avvocati dei poveri e la questione sociale cade in gran parte sotto la loro giurisdizione»<sup>10</sup>. Il medico riformista a cui è rivolto il settimanale di Virchow e Leubuscher ha una funzione di ammonimento per lo stato, infatti «Se lo Stato permette [...] che i cittadini arrivino a soffrire la fame, cessa di essere uno Stato legale, rende lecito il furto, che si trasforma in un modo per aiutarci, e perde ogni autorità morale di garantire la sicurezza delle persone o della proprietà. Lo stesso accade se lo Stato permette che un cittadino viva abitualmente in condizioni in cui non può mantenersi in salute»<sup>11</sup>.

Quanto visto finora si riassume in un'altra delle frasi celebri di Rudolf Virchow: «La medicina è una scienza

sociale, la politica non è altro che medicina in grande»<sup>12</sup>. Il medico potrà abbandonare il ruolo di avvocato dei poveri solo in una società giusta, di cui Virchow, forse ingenuamente o troppo ottimisticamente, vede possibile la venuta in concomitanza con le grandi speranze del 1848. Ciò che Virchow affermava ai suoi tempi in riferimento alle condizioni europee, prussiane in particolare, non ha oggi perso attualità; basta sostituire nella citazione che segue i termini “signori” e “marinai” con “paesi poveri” e “paesi ricchi”: «Non è chiaro abbastanza che il nostro movimento è di natura sociale e che non si propone di scrivere trattati per guastare i sonni dei detentori di meloni, salmone, paste e torte, in una parola dei borghesi benestanti, bensì di attuare misure pratiche affinché il povero che non ha né pane bianco, né carne di buona qualità, né vestiti caldi né un letto e che non può resistere a lavorare solo con una minestra e una camomilla, e che muore spesso nelle epidemie, sia aiutato a difendersi da questa morte con un miglioramento delle sue condizioni generali? I signori in inverno dovrebbero tenere presente che, mentre siedono intorno alla stufa e distribuiscono frutta ai loro figli, i marinai che hanno trasportato fino a loro il carbone e la frutta sono morti di colera. È ben triste che debbano morire sempre migliaia di persone affinché un centinaio viva agiatamente, e che questo centinaio di individui non faccia altro che scrivere un saggio ogni volta che muoiono gli altri mille»<sup>13</sup>!

Alessandra Parodi

10. *Ibidem*, p. 2.

11. Virchow R., *Die öffentliche Gesundheitspflege*, in “Die medicinische Reform. Eine Wochenschrift”, n. 5, 4 agosto 1848, p. 22.

12. Virchow R., *Der Armenarzt*, in “Die med. Reform”, cit., n. 18, 3 novembre 1848, p. 125.

13. Virchow R., *Die öffentliche Gesundheitspflege* (continuazione) in “Die med. Reform”, cit., n. 8, 25 agosto 1848, p. 47.

## *Goffman: un inconsapevole sociologo della salute?*

La riedizione di *Espressione e identità. Giochi, ruoli, teatralità* di Erving Goffman per il Mulino (la precedente edizione, del 1979, era stata pubblicata da Mondadori, mentre l'edizione originale è del 1961), fornisce un appiglio più che legittimo per svolgere alcune considerazioni sul ruolo che Goffman ha rivestito, e riveste, per la sociologia della salute. Certo, non è una novità affermare l'importanza di questo autore per la nostra disciplina, anzi è possibile vedere in Goffman un fondatore – anche se forse inconsapevole, come poi motiveremo – di alcuni indirizzi specifici della sociologia della salute. Senz'altro possiamo imputargli un ruolo imprescindibile nel campo della sociologia della salute mentale. *Stigma* e *Asylums* rimangono i capisaldi, i "classici", che qualsiasi studioso interessato, lungo una prospettiva di analisi sociologica, alle malattie mentali deve necessariamente conoscere.

In *Stigma* [1963, ed. it. 1983], Goffman analizza la condizione sociale delle persone che sono portatrici di diversità socialmente indesiderabili. La parola "stigma", nell'antica Grecia, designava i segni che venivano incisi – col coltello o con una lama rovente – sul corpo di qualcuno per indicarlo come schiavo, traditore o come una persona che sia era macchiata di qualche colpa. In questo senso, potremmo equiparare a "stigma" il campanello dei lebbrosi del medioevo o la croce di David designata sui negozi degli ebrei durante il nazismo.

Goffman individua tre tipi di stigma: «Al primo posto stanno le deformazioni fisiche; al secondo gli aspetti criticabili del carattere che vengono percepiti come mancanza di volontà, passioni sfrenate o innaturali, credenze malefiche e dogmatiche, disonestà. Tali

aspetti sono dedotti, per esempio, dalla conoscenza di malattie mentali, condanne penali, uso abituale di stupefacenti, alcolismo, omosessualità [sic!], disoccupazione, tentativi di suicidio e comportamento politico radicale. Infine, ci sono gli stigmi tribali della razza, della nazione, della religione, che possono essere trasmessi di generazione in generazione e contaminare in egual misura tutti i membri di una famiglia» [1983: 4-5]. Ci sono anche altri tipi di stigma, meno evidenti, come ad esempio l'essere figli di detenuti o ex-detenuti.

Un individuo portatore di uno stigma è condannato, secondo Goffman, a perturbare – in misura più o meno intensa – le interazioni. Goffman riporta molte testimonianze di ciechi, menomati e altri portatori di handicap per mostrare come, nelle relazioni sociali, la diversità inneschi reazioni che non ci sarebbero state se tutti, nella relazione, fossero stati "normali". In alcuni casi, gli altri attori sociali implicati nella comunicazione possono avere reazioni "negative" come lo sberleffo o la presa in giro, tuttavia «nella maggior parte dei casi, [lo stigmatizzato] troverà che ci sono altri che hanno comprensione e che sono pronti ad appoggiarlo e a dividere con lui la convinzione che egli è un essere umano "essenzialmente" normale malgrado le apparenze e malgrado i dubbi che lui ha su se stesso» [1983]. Può capitare, infine, che lo stigmatizzato sia trattato come una "non-persona".

Il concetto di non-persona di Goffman risale a quattro anni prima della pubblicazione di *Asylums*, al 1959, e si trova ne *La vita quotidiana come rappresentazione*: le non-persone sono quelle categorie generiche di persone che «pur presenti, vengono considerate come se non ci fossero; gli esempi più comuni sono i giovanissimi, i vecchi e i malati» [1969: 177].

Tra coloro che "accettano" la categoria degli stigmatizzati, ci sono senza dubbio coloro che sono portatori dello stesso stigma. Oltre a questi, dice Goffman, ci sono i cd. "saggi"<sup>1</sup>. Tra i saggi Goffman annovera gli altri "marginali" (altri portatori di stigma), i parenti o i vicini di uno stigmatizzato, che conoscono la situazione dello stigma, oppure «colui che deriva la sua "saggezza" dal lavorare in un ambiente che si occupa specialmente dei bisogni di chi ha uno stigma particolare o dei provvedimenti che la società prende in loro favore. Per esempio, gli infermieri e i terapeuti possono essere "saggi"» [1983: 31]. Goffman, nella sua minuziosa enucleazione degli elementi che compongono l'ordine dell'interazione, cita anche il caso del "culto dello stigmatizzato". Il culto dello stigmatizzato si sviluppa quando il "saggio" reagisce in modo abnorme alla stigmofobia del "normale" con il risultato che «chi ha uno stigma onorario [il saggio] mette talvolta a disagio sia lo stigmatizzato che il normale. Infatti con quel loro essere sempre pronti a portare un fardello che non è veramente il loro, è frequente che si pongano di fronte agli altri in un atteggiamento eccessivamente moralistico» [1983: 33].

Nella sua analisi dello stigma, e nella sua fertile ansia di categorizzazione, Goffman a seconda della concezione del sé che hanno gli stigmatizzati, e quindi della socializzazione al proprio stigma ("carriera morale"), distingue tra quattro tipi: coloro che hanno uno stigma dalla nascita e vivono in un ambiente poco protetto (es. l'orfano nell'orfanotrofio); coloro che hanno uno stigma e vivono in un ambiente

"protetto" (es. portatore di handicap in una famiglia); coloro che vengono stigmatizzati in una fase avanzata della vita o che ne divengono consapevoli tardi: «In questo caso è compito frequente del medico di informare l'infermo di quale dovrà essere la sua identità»; coloro che nascono in una comunità estranea al sistema sociale e che poi devono apprendere un secondo modo di essere «che quelli che li circondano accettano come l'unico reale e valido» [1983: 37].

Goffman, nel volume appositamente dedicato, fornisce numerosissimi esempi di episodi, dialoghi e situazioni che coinvolgono stigmatizzati e "normali", tuttavia, nelle ultime pagine, avverte il lettore a non reificare i concetti da lui proposti: «In conclusione, vorrei ripetere che lo stigma non riguarda tanto un insieme di individui concreti che si possono dividere in due gruppetti, lo stigmatizzato e il normale, quanto piuttosto un processo sociale a due, assai complesso, in cui ciascun individuo partecipa in ambedue i ruoli, almeno per quello che riguarda certe connessioni e durante certi periodi della vita. Il normale e lo stigmatizzato non sono persone, ma piuttosto prospettive» [1983: 150-151]. Lo stigma, quindi, è un prodotto sociale con una sua diacronicità e una sua linea di sviluppo che si innesca in modo graduale nelle relazioni sociali. La sua esistenza dipende dai contesti sociali nei quali può venire riconosciuto, trattato, elaborato, sedimentato o scansato. Vi possono essere, inoltre, controtendenze di de-stigmatizzazione ("i saggi") che mostrano come delle etichette sociali assurte a simbolo<sup>2</sup> - di collocazione macro [Ci-

1. Nell'America degli anni '50 i saggi erano gli eterosessuali che "accettavano" gli omosessuali.

2. Ardigò [1988] concepisce il simbolo come un costrutto intermentale su cui si basa la comunicazione e la comprensione tra gli individui e che, in larga misura, si impone ad essi.

polla 1997: 1651-1652], e quindi a un livello sovra-individuale – possano invece essere rinegoziate e risemantizzate anche lungo la dimensione del rapporto faccia-a-faccia. Va quindi ribadito che: «il fatto di percepire la non desiderabilità di una caratteristica personale *particolare* e la capacità di far scattare questo processo stigma-normalità, hanno una storia tutta propria, una storia che è regolarmente modificata dall'azione sociale illuminata» [Goffman 1983: 151].

In *Asylums* [1961, ed. it. 1968], Goffman analizza il funzionamento delle istituzioni totali e i loro effetti sulle persone che vi sono internate, vi lavorano o semplicemente le frequentano. Goffman individua molteplici tipi di istituzioni totali (orfanotrofi, abbazie, collegi...) tuttavia dirige la sua attenzione su due forme specifiche di esse ovvero gli ospedali psichiatrici e le prigioni. Caratteristica principale delle istituzioni totali è quella di rompere le barriere che abitualmente separano il dormire, il lavorare e il divertirsi. In altri termini, posto che uno degli “assetti sociali fondamentali” della nostra società è la separazione tra luogo di lavoro (evidentemente il telelavoro non esisteva nel 1961), di ristoro e di divertimento, nelle istituzioni totali: «Primo, tutti gli aspetti della vita si svolgono nello stesso luogo e sotto la stessa, unica, autorità. Secondo, ogni fase delle attività giornaliere si svolge a stretto contatto di un enorme gruppo di persone, trattate tutte allo stesso modo e tutte obbligate a fare le medesime cose. Terzo, le diverse fasi delle atti-

vità giornaliere sono rigorosamente schedate secondo un ritmo prestabilito [...]. Per ultimo, le varie attività forzate sono organizzate secondo un unico piano razionale, appositamente designato al fine di adempiere alla scopo ufficiale dell'istituzione» [Goffman 1968: 36]. La principale conseguenza del fatto di entrare a fare parte di un'istituzione totale come internato è il “degrado del sé”. L'internato, nel corso del processo di ammissione, viene umiliato e profanato in modo sistematico – anche se non sempre intenzionalmente: «il nuovo arrivato si lascia plasmare e codificare in un oggetto che può essere dato in pasto al meccanismo amministrativo dell'istituzione, per essere lavorato e smussato dalle azioni di routine» [Goffman 1968: 46]. Nel corso del processo di ammissione si perde la propria identità sociale e se ne acquista una nuova, definita dall'istituzione, «dove il punto centrale sia fissato dalla nudità fisica» [*ibidem*: 48]. Si perde inoltre anche la propria identità<sup>3</sup> personale/anagrafica: «in qualunque modo si venga poi chiamati, la perdita del proprio nome può significare una notevole riduzione del sé» [*ivi*]. In sintesi: «al momento dell'ammissione nelle istituzioni totali, l'individuo viene privato del suo aspetto abituale» [*ibidem*: 50]. Goffman prosegue descrivendo le routines attraverso le quali l'internato è obbligato a impegnarsi in attività «le cui implicazioni simboliche sono incompatibili con il concetto che egli ha di se stesso» [*ibidem*: 52], quali il dover chiedere il permesso per fare delle cose assolutamente irrilevanti per la vi-

3. Anche un sociologo molto distante da Goffman per formazione, il post-francofortese Axel Honneth, si occupa di questa tematica. L'ambito è però quello dell'etica. Honneth definisce la violenza come un “mancato riconoscimento”. In particolare egli individua tre tipi di mancato riconoscimento: lo spregio, l'offesa e l'umiliazione. A questi tipi di violenze Honneth fa corrispondere, rispettivamente, la violazione dell'integrità fisica, l'esclusione del godimento di diritti che sono invece accordati agli altri membri della società e la negazione del proprio modo di essere e delle proprie affiliazioni culturali [Honneth 1993].

ta dell'istituzione; il dover utilizzare espressioni di deferenza esagerata con lo staff lavorativo; il dover vivere in spazi ristretti e ad alto livello di promiscuità. In più, l'internato vive in una situazione di costante deficit comunicazionale e di asimmetria informativa: «Il ricoverato è escluso, in particolare, dalla possibilità di conoscere le decisioni prese nei riguardi del suo destino. Che ciò accada nel campo militare (viene allora nascosta agli arruolati la destinazione del loro viaggio) o medico (si nasconde la diagnosi, il trattamento e la lunghezza della degenza prevista per i pazienti tubercolotici), questa esclusione pone lo staff ad un particolare punto di distanza dagli internati, conservando una possibilità di controllo su di loro» [ibidem: 39].

Da questa sintetica riproposizione di alcuni dei temi che Goffman tratta in *Stigma* ed *Asylums*, possiamo senza dubbio comprendere i motivi dell'elevato impatto – anche se non fu immediato – che ebbero queste opere nel campo della psichiatria e della psicologia sociale, nonché sulla sociologia della devianza.

*Stigma* ha dato l'impulso a numerosi studi sul *labelling*, ovvero sul modo attraverso cui significati costruiti socialmente riguardo a certe categorie di persone (criminali, immigrati, sofferenti psichici) slittano in ambiti istituzionali e di senso comune agendo poi come profezie autoavverantisi (ad es. l'essere immigrato come “spiegazione” di comportamenti devianti). E nel campo della sociologia della salute potremmo trovarlo oggi attualissimo se pensiamo alle psicosi innescate dalla Sars. Sono infatti più di uno i casi nei quali dei genitori si sono rifiutati di mandare a scuola i propri figli perché in classe c'erano anche scolari cinesi. In questo senso, si è costruito in tempi rapidissimi lo stereotipo/stigma del cinese potenziale untore, sebbene si sia trattato

di bambini cinesi nati in Italia! Certo è vero che un cinese ha potenzialmente più possibilità di incontrare altri cinesi rispetto ad un italiano, tuttavia le autorità mediche hanno documentato l'infondatezza di questa paura.

Ora, il primo dei due saggi contenuti in *Espressione e identità*, ovvero *Divertimento e gioco*, in molti punti riprende fedelmente alcuni assunti e argomentazioni espresse in *Stigma*. In questo saggio, Goffman esamina un tipo di “figura sociale” che si verifica quando delle persone si trovano l'una di fronte all'altra. Tale situazione viene definita “riunione focalizzata” [Goffman 2003: 32]. Il focus sarebbe rappresentato dall'attenzione che i partecipanti accordano l'uno all'altro e all'attività – che potrebbe essere anche solo una conversazione – che stanno svolgendo. Goffman prende in analisi i molteplici “incidenti” che possono occorrere in un'interazione mostrando quali tecniche vengano utilizzate per mantenere l'ordine – che per Goffman, in questo caso durkeimiano, è “sacro” – e per minimizzare le potenziali perturbazioni che in forma esogena o endogena possono verificarsi. Colpisce la capacità di Goffman di proporre minuziose classificazioni e nomenclature concettuali capaci di enucleare tratti della vita quotidiana apparentemente scontati. Soprattutto sono i numerosi esempi posti a base del ragionamento che attirano e mantengono desta l'attenzione del lettore anche quando le considerazioni teoriche si sviluppano in modo forse più impressionistico che inferenziale. Si noti l'eleganza metodologica (ovvero la semplicità) e la portata euristica di questo episodio: «Ad esempio, due persone possono condurre una conversazione riuscendo a ignorare la loro diversità di status occupazionale, finché la necessità imprevista di passare uno alla volta da un uscio costringe i due partecipanti a pensare



come risolvere il problema di chi passi prima senza recare offesa» [Goffman 2003: 59].

Come detto, però, Goffman riprende anche considerazioni già espresse. A proposito degli eventuali elementi che possono incrinare l'interazione, che bisognerebbe avere la delicatezza di "non notare", ci sono i difetti fisici, ma non solo: «Lo stesso destino è condiviso dalle persone che hanno uno stigma di tipo razziale o etnico, e quelle che hanno uno stigma morale, come gli ex-malati mentali, gli ex galeotti e gli omosessuali. Questi individui debbono fare i conti con la triste caratteristica di produrre danni quasi in tutti gli incontri in cui si trovano» [ivi]. Ma forse può risultare più interessante, per chi si occupi di sociologia della salute e, specificatamente, abbia a che fare con le persone con problemi di dipendenza, un altro brano nel quale Goffman, anche questa volta con tratti lievi, affronta l'incapacità delle persone, perturbate a seguire i dettami di una "buona" comunicazione. In questo caso egli opera un ribaltamento di prospettiva. Persone afflitte da dipendenze non reggono il dialogo perché troppo impegnate nel rispetto delle regole rituali e non perché violatori di tali regole: «È in questo ristretto spazio tra l'essere fuori sintonia con l'incontro e il darlo a vedere che si addensano i bevitori, i drogati e le persone emotivamente sconvolte, essendo costoro molto preoccupati di nascondere il loro disinteresse per gli obblighi dell'interazione» [Goffman 2003: 55].

Nel secondo saggio contenuto nel volume, *Distanza dal ruolo*, Goffman, com'è intuibile, si sofferma su quel concetto sociologico ampio e sfuocato che è il ruolo. Goffman focalizza la sua attenzione su tutte quelle situazioni in cui l'esecutore di un ruolo "gioca" una parte apparentemente inappropriata al comportamento normativamente (ovvero socialmente) atteso e richiesto (dalle

aspettative connesse al suo ruolo, appunto), ma che funzionalmente aiuta – proprio per la sua benefica inappropriatezza – a sostenere l'equilibrio dell'interazione. Anche in questo caso, Goffman, per spiegare il suo pensiero, elargisce generosamente una serie di esempi. Inoltre, questa volta, gli esempi derivano da un'esperienza diretta, di osservazione partecipante, che Goffman ha vissuto all'interno di un'équipe chirurgica.

Un'operazione chirurgica richiede un'elevata concentrazione. La minima distrazione può causare drammi. Il più microscopico tentennamento o indecisione, specialmente da parte del chirurgo, può trasmettere inquietudine – e quindi essere fonte di potenziali errori – a tutto il resto dello staff. La scena chirurgica ben si presta, secondo Goffman, a una trasposizione hollywoodiana nella quale il chirurgo è l'attore protagonista: «il primario in camice bianco incede solennemente nel teatro dell'operazione [...] Automaticamente si apre un varco per fargli posto. Egli mugola qualche parola di preliminari, quindi rapidamente, quasi silenziosamente, si mette al lavoro [...] Dal momento in cui la fase critica dell'operazione è finita, si fa indietro e con un misto particolare di stanchezza, forza e disdegno si strappa via i guanti; così egli si contamina e abdica al ruolo» [2003: 133]. Benché l'operazione chirurgica possa essere vista come una cerimonia solenne, non è raro, anzi è necessario, secondo Goffman, che il primario alleggerisca la tensione dell'operazione attraverso alcuni meccanismi di distanziamento dal suo ruolo: «i ruoli non pertinenti al sistema possono essere sfruttati dal sistema stesso» [*ibidem*: 138]. Se il chirurgo, esercitando diritti ascritti alla sua posizione, criticasse apertamente una condotta rischierebbe «di minare ancor più l'autocontrollo dell'inadempiente, mettendo a rischio

maggiore l'operazione» [*ibidem*: 139]. Il chirurgo deve quindi cercare di tenere sotto controllo l'ansia complessiva. È per questo che per redarguire il colpevole il chirurgo utilizza toni scherzosi. In fondo è una negoziazione: il chirurgo baratta una parte del suo prestigio in cambio di un clima lavorativo sereno, funzionale allo scopo.

Le sanzioni scherzose possono a volte sembrare troppo frequenti e quindi fuoriuscire dai codici dell'umorismo, tuttavia non è attraverso il *frame* umoristico che deve essere incorniciata un'operazione, bensì attraverso quello del lavoro: lasciare correre un errore, seppure irrilevante, sarebbe prova di disattenzione e quindi di lassismo.

Le sanzioni negative attenuate si alternano agli ordini ammorbidenti, ma la stessa funzione di allevio dello stress sembra essere adempiuta anche da un'altra componente, apparentemente antitetica: la distrazione. Scrive infatti Goffman che: «il chirurgo può sentire il dovere di introdurre un po' di distrazione oltre che di combatterla» [*ibidem*: 140]. Se, infatti, sanzioni e ordini soft hanno la funzione di ristabilire la concentrazione, altre forme di alleggerimento possono smussare un'esecuzione troppo controllata e auto-riferita, e quindi ansiogena. Certamente una prolungata distanza dal ruolo, una dissociazione, potrebbe far sorgere qualche perplessità sulla professionalità del chirurgo o di chiunque altro, tuttavia la capacità di un distanziamento "competente" va interpretata nel senso opposto, ovvero come segno di fedeltà all'istituzione: «se la persona che manifesta molta distanza dal ruolo può essere effettivamente alienata dal ruolo, anche l'opposto può essere altrettanto vero: in certi casi solo quelli che sono certi del loro attaccamento possono essere capaci di rischiare un'espressione di distanza» [*ibidem*: 145-146]. In fondo, in 1984 di George Orwell, anche i

membri del Partito Interno, i custodi dell'ortodossia del Grande Fratello, coloro che «significano la purezza dell'ideologico» [Cipolla 1997: 2009], si abbandonavano, in privato, a comportamenti proibiti (come il bere vino).

Questi rapidi cenni, accompagnati dalle fugaci estrapolazioni bibliografiche, dovrebbero avere mostrato, se mai ve ne fosse ancora bisogno, la pertinenza di Goffman con la sociologia della salute. Come abbiamo detto, non vi sono dubbi sul contributo che Goffman ha dato nel campo della salute mentale e su come funzionano le istituzioni totali – anche se oggi, almeno in Italia, i manicomi non ci sono quasi più e gli ospedali appaiono più "umani" di un tempo. Restano però alcune chiarificazioni da esplicitare sulla portata generale della sociologia di Goffman per la salute.

Sarebbe ingenuo scorrere i libri di Goffman allo scopo di contare i suoi esempi sanitari per mostrare la sua pertinenza con la nostra disciplina – spesso le sue descrizioni del mondo della salute sono metafore che possono valere anche per altri ambiti di interazione (possiamo infatti trasporre le considerazioni che Goffman fa delle operazioni chirurgiche anche ad altre situazioni di elevato stress come le interazioni tra piloti d'aereo) – rimane però un fatto: non c'è dimensione della vita sociale a cui Goffman abbia dedicato più considerazioni teoriche, sguardi empirici e argomentazioni metodologiche se non a questa. Senza contare i suoi numerosi contributi alla rivista "Psychiatry". Se, volendo estremizzare, leggiamo gli esempi "sanitari" come, appunto, metafora per dire altro è però incontestabile che Goffman, parta – molto spesso – proprio da qui: dall'ospedale psichiatrico, dal disabile o dall'équipe chirurgica, in una parola dalla salute.

In tal senso, la sua inconsapevole e preziosa sociologia della salute diviene

un importante fondamento per l'edificazione della sua teoria sociologica generale. Il senso di estraneità e deprivazione esperito dai malati diviene il fulcro attraverso cui sostenere la caducità dell'identità dell'individuo; le restrittive norme dell'ospedale psichiatrico divengono il sostegno per illustrare i rituali normativi presenti nelle relazioni di tutti i giorni; le considerazioni sulla distanza dal ruolo che il chirurgo mette in scena permettono a Goffman di spiegare la funzione che i giochi di faccia assumono per il mantenimento dell'ordine cognitivo e morale dell'interazione [cfr. Maturo 1999; 2000].

In più, passando a quanto possiamo apprendere da Goffman – e saltando le già note posizioni sullo stigma, le istituzioni totali e il rapporto operatore sanitario/paziente – le dense esplorazioni del concetto sociale di malattia, ovvero della *sickness* [cfr. Cipolla 2002], hanno fornito svariati appigli, ai metodologi sociali della salute, per costruire strumenti di rilevazione validi ed accurati allo scopo di cogliere aspetti generalmente trascurati dai grigi questionari di valutazione che hanno imperato per anni nelle corsie degli ospedali [Maturo 2002].

Per concludere, sembra quindi più che pertinente considerare, come fa Cipolla [2002: 18-19], l'opera goffmaniana alla stregua di un vero e proprio paradigma di sociologia della salute, paradigma che merita ancora approfondimenti, applicazioni e analisi critiche.

Antonio Maturo

## Bibliografia

- Ardigò A. (1988), *Per una sociologia oltre il post-moderno*, Laterza, Bari-Roma.
- Cipolla C. (1997), lemmi «Etnometodologia/Interazionismo simbolico»; «Macro» in *Epistemologia della tolleranza*, Angeli, Milano, 5 voll.
- Cipolla C. *Introduzione a Cipolla C.* (a cura di) (2002), *Trasformazione dei sistemi sanitari e sapere sociologico*, Angeli, Milano.
- Goffman E. (1968), *Asylums, Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Einaudi, Torino [ed. orig. 1961].
- Goffman E. *La vita quotidiana come rappresentazione*, Il Mulino, Bologna [ed. orig. 1959].
- Goffman E. (1983), *Stigma, L'identità negata*, Giuffrè, Milano [ed. orig. 1963].
- Goffman E. (2003), *Espressione e identità. Giochi, ruoli, teatralità*, Il Mulino, Bologna [ed. orig. 1961].
- Honneth A. (1993), *Riconoscimento e disprezzo: sui fondamenti di un'etica post-tradizionale*, Rubbettino, Soveria Mannelli.
- Maturo A. (1999), *L'eclissi del soggetto. Un confronto tra l'etnometodologia di Harold Garfinkel e l'epistemologia della mente di Gregory Bateson*, in Belardinelli S. (a cura di) (1999), *Teorie sociologiche dell'azione*, Angeli, Milano.
- Maturo A. (2000), *L'equivoco della comunicazione*, in Cipolla C. (a cura di) (2000), *Principi di sociologia*, Angeli, Milano.
- Dalla qualità percepita all'interpretazione del vissuto ospedaliero*, in Cipolla C., Giarelli G. e Altieri L. (a cura di) (2002), *Valutare la qualità in sanità*, Angeli, Milano.

## Attualità

### *La formazione specialistica nell'area dell'assistenza sanitaria primaria*

I cambiamenti sociali ed economici che da vari anni stanno interessando il nostro Paese (denatalità ed invecchiamento della popolazione, crescente presenza di gruppi vulnerabili di popolazione, elevati livelli di reddito e nuovi modelli di consumo) hanno fortemente condizionato il quadro epidemiologico della salute ed oggi esso appare caratterizzato da una forte prevalenza delle

malattie croniche, delle disabilità ed accanto a queste delle malattie comportamentali quali la dipendenza da fumo, alcool, droghe, farmaci ed alimenti ([www.ministerosalute.it](http://www.ministerosalute.it). *Relazione 2000 sullo stato sanitario del Paese: lo stato di salute dei cittadini*). Quale inevitabile conseguenza di tali cambiamenti si è andata evidenziando una crescente domanda di prestazioni sanitarie e sociali da parte di anziani, malati psichiatrici, tossicodipendenti..., la cui risposta ha determinato il prevalente impegno delle strutture sanitarie e socio-sanitarie territoriali, facilmente accessibili ai cittadini ([www.ministerosalute.it](http://www.ministerosalute.it). *Relazione 2000 sullo stato sanitario del Paese: le risposte attuali del Servizio Sanitario Nazionale*). Parallelamente alla emergenza di questi nuovi bisogni di assistenza, si è andata affermando la concezione multidimensionale della salute promossa dall'OMS e che scaturisce dalla inscindibile connessione delle valenze fisiche, psicologiche, sociali e spirituali in essa contenute. Di conseguenza anche l'approccio alla salute è cambiato e la visione organicistica della malattia fisica o psichica, da affrontare prioritariamente attraverso interventi sanitari, è stata sostituita dal modello bio-psico-sociale introdotto già negli anni settanta da Engel, basato su una nuova strategia di risposta globale ai bisogni fisici, psicologici, sociali dell'individuo attraverso interventi coordinati dei vari servizi sanitari e sociali e promuovendo la partecipazione attiva dei cittadini ([www.ministerosalute.it](http://www.ministerosalute.it). *Relazione 2000 sullo stato sanitario del Paese: lo stato della salute dei cittadini*). Più in generale è cambiata la visione del sistema sanità, non più basato sulla centralità dei servizi bensì sulla centralità del cittadino, non più imperniato sul "welfare state", ovvero uno stato assistenziale che al vertice di una piramide distribuisce assistenza e benessere alla comunità dei cittadini,

ma sulla "welfare community", ovvero una comunità che, coinvolta, assume in prima persona la responsabilità della propria salute ([www.ministerosalute.it](http://www.ministerosalute.it). *Relazione 1999 sullo stato sanitario del Paese*). In questo complesso scenario si inserisce il problema finanziario legato all'incremento della spesa assistenziale da un lato ed alla contrazione dei finanziamenti pubblici dall'altro ([www.ministerosalute.it](http://www.ministerosalute.it). Finanziamenti del SSN 1998-2001) Questo problema ha generato riconsiderazioni sulla compatibilità economica degli attuali sistemi di assistenza pubblica ed ha introdotto logiche di mercato anche in campo sanitario e sociale.

Tutto ciò ha portato, anche nel nostro Paese, a riconoscere la validità del modello della Assistenza Sanitaria Primaria (ASP) per rispondere ai nuovi bisogni delle popolazioni in modo efficace, efficiente ed economicamente sostenibile (Piano Sanitario Nazionale 1998-2000).

Il modello della ASP scaturisce dai vari Documenti dell'OMS (Alma Ata 1978, Carta di Ottawa, 1986, Carta di Adelaide 1988, 38 Obiettivi di Politica Sanitaria per l'Europa, 1991; Carta di Lubiana di riforma dei sistemi sanitari europei, 1996). In questi documenti la ASP viene riconosciuta come il fulcro dei Servizi Sanitari dei vari Paesi, da cui partire per poter sviluppare una efficiente ed efficace assistenza ospedaliera di 2° e 3° livello. Da questi Documenti si possono estrapolare *Mission, Vision e Metodologie* della ASP, indispensabili per capirne la vera essenza.

*Mission* della ASP è erogare assistenza sanitaria e sociale quanto più è possibile vicino a dove la gente vive e lavora, ovvero in regime ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale, garantendo allo stesso tempo la continuità con l'assistenza di secondo e terzo livello (regime ospedaliero, anche di alta specialità).

*Vision* della ASP sono principi quali la accessibilità (spaziale, temporale ed economica), la continuità assistenziale attraverso la integrazione delle risorse ed il coordinamento dei processi (integrazione e coordinamento orizzontale fra servizi sanitari diversi e fra servizi sanitari e sociali; integrazione e coordinamento verticale fra ospedale e territorio), la appropriatezza delle prestazioni, la qualità (organizzativa, tecnico professionale e relazionale), la efficacia della assistenza (per la salute e quando ciò non è possibile almeno per la qualità della vita), la efficienza operativa ed economica.

Le *metodologie* della ASP si basano su modelli organizzativi che valorizzano il “lavoro di rete” ovvero la integrazione fra servizi sanitari di 1°, 2° e 3° livello e di questi con i servizi sociali. Il “lavoro di rete” presuppone la erogazione non più di prestazioni isolate, ma di “processi di cure”, ovvero di attività professionali fra loro coordinate, eseguite da operatori diversi e finalizzate al raggiungimento di obiettivi condivisi aventi al centro il paziente e la sua famiglia. Il “lavoro per processo” è un “lavoro di equipe” che richiede la integrazione fra professionalità mediche, infermieristiche, tecniche, sociali e socio-assistenziali, ognuna con un ruolo ben preciso, necessario ed insostituibile. La ASP si basa poi sul “coinvolgimento attivo” del paziente e della famiglia nei percorsi di cura, finalizzato ad ottenere condivisione, adesione e per quanto possibile autonomia di cura e perseguibile attraverso la informazione, la formazione e la responsabilizzazione.

La strategia della ASP è rimasta alla base delle indicazioni programmatiche contenute nel nuovo Piano sanitario Nazionale 2003-2005, varato in uno scenario politico-istituzionale radicalmente cambiato rispetto al passato ([www.ministerosalute.it](http://www.ministerosalute.it). Ministero della Salute: Piano sanitario Nazionale

2003-2005). La prospettiva della ASP richiede alle Regioni, i nuovi soggetti con responsabilità diretta in materia di programmazione sanitaria, di riorientare i propri servizi secondo una strategia nuova finalizzata alla presa in carico globale dei pazienti, soprattutto complessi, nei servizi primari fra loro integrati e collegati al bisogno con gli ospedali di 2° e 3° livello. Questa strategia richiede necessariamente una revisione di ruoli, funzioni e compiti dei vari operatori sanitari e sociali ed un riorientamento nella loro formazione. Ma quale formazione? È indubbiamente necessaria una “formazione di base” nell’area delle cure primarie, per tutti gli studenti che escono dai Corsi di Laurea specialistica in Medicina e Chirurgia (DM 28.11.2000, 46/S), nonché di quelli che hanno scelto i Corsi di Laurea ed i Corsi di Laurea Specialistica per accedere alle professioni infermieristiche e ostetriche, della riabilitazione, tecniche e della prevenzione (DIM 2.4.2001) Accanto a questa “formazione di base”, per sua natura monoprofessionale, è poi necessaria una “formazione continua” dei vari operatori, formazione che per le caratteristiche della ASP deve essere necessariamente multiprofessionale, ovvero comune per i vari operatori delle Equipe territoriali (Medici, Infermieri, Fisioterapisti, Assistenti sociali...) e finalizzata ad insegnare loro il “lavoro per processo”. I laureati in Medicina, per i quali è prevista anche una formazione specialistica nelle varie aree mediche, chirurgiche e dei servizi, possono oggi accedere ad una formazione specialistica specifica nell’area della assistenza primaria. Tale formazione è impartita nell’ambito della Scuola di Specializzazione in Medicina di Comunità.

La *Scuola di Specializzazione in Medicina di Comunità* ha lo scopo di formare medici specialisti nel settore professionale della medicina di fami-

glia e di comunità, idonei a ricoprire ruoli dirigenziali nell'area della assistenza sanitaria primaria (Art. 2 del DM 3.7.1996).

Il riordino in atto al MIUR delle Scuole di Specializzazione sanitarie ha riconosciuto la Specializzazione di Medicina di Comunità come Specializzazione di Area Medica e l'ha inserita all'interno della Classe della Medicina Clinica Generale (Documento finale del Gruppo di Lavoro del MIUR, Gennaio 2003). La Scuola conferisce il titolo necessario per accedere alla dirigenza/direzione dei Servizi sanitari di base (DM 2.8.2000) collocati nei Distretti ed oggi meglio strutturati nei Dipartimenti od Unità Operative di Cure Primarie. A questa dirigenza sono richieste competenze cliniche unitamente a competenze manageriali, così da dare risposta ai bisogni sanitari e socio-assistenziali di pazienti di tutte le età, attraverso la pronta disponibilità dei fattori produttivi che i progetti personalizzati stesi dalle équipes territoriali hanno individuato. Il profilo di apprendimento dello Specialista in Medicina di Comunità che emerge dal nuovo ordinamento didattico della Scuola, delinea la peculiarità di questa specializzazione, unica nell'area della assistenza sanitaria primaria. "Lo Specialista in Medicina di Comunità deve avere maturato conoscenze teoriche, scientifiche e professionali nei campi della diagnosi, cura e riabilitazione delle malattie acute e croniche e della organizzazione, gestione e verifica della assistenza sanitaria primaria, secondo i principi della valutazione multidimensionale dei bisogni e della integrazione dei processi diagnostici, terapeutici, riabilitativi, nel rispetto delle risorse assegnate. A tal fine, a seconda del collocamento del professionista nei servizi di assistenza primaria, promuove, coordina ed eroga specifici interventi di promozione della salute, di prevenzione delle malattie e delle disabilità, di cura e assi-

stenza, di riabilitazione e reintegrazione sociale degli individui affetti da patologie invalidanti, anche attraverso progetti e attività di équipe. Sono specifici ambiti di competenza la dirigenza e direzione dei servizi di assistenza primaria (Distretti, Servizi/Unità/Dipartimenti di Cure Primarie, Medicina di Comunità) e la presa in carico globale di bambini, adulti ed anziani nell'ambito della rete delle cure primarie".

Queste competenze vengono garantite nel percorso formativo della Scuola attraverso il raggiungimento di obiettivi didattici specifici. Nei cinque anni di Corso il medico in formazione deve acquisire conoscenze, abilità e motivazioni per l'approccio bio-psico-sociale all'individuo ed alla sua famiglia, ovvero imparare la metodologia e l'uso degli strumenti per rilevare in modo oggettivo e soggettivo (come percepito dai pazienti) i bisogni multidimensionali di salute; deve imparare a valutare i percorsi diagnostico-terapeutici più appropriati, ad elaborare piani assistenziali personalizzati a diversa intensità assistenziale, ad organizzare interventi di assistenza primaria ambulatoriale, domiciliare, residenziale e semiresidenziale, integrata al bisogno con l'ospedale, a lavorare in équipe e coordinare unità operative interdisciplinari per attuare processi di cura unitari. Deve acquisire competenze per programmare ed effettuare interventi di educazione alla salute individuali e collettive, per attivare le capacità residue del paziente e la partecipazione della famiglia e delle comunità locali ai percorsi di cura. Deve acquisire infine competenze per dirigere i servizi di assistenza primaria nell'ottica della presa in carico globale dei pazienti, gestendo i servizi nell'ottica della implementazione della qualità, organizzando e coordinando audit clinici, verifiche di efficacia, efficienza e qualità ed analisi economiche nella rete dei servizi primari. Il medico in

formazione deve espletare poi attività professionalizzanti negli studi dei medici di medicina generale così da acquisire competenze nell'approccio al paziente ed alla sua famiglia; deve svolgere attività nei servizi territoriali ambulatoriali, domiciliari, residenziali delle aree materno-infantile, anziani, disabili, malati psichiatrici, dipendenze, malattie croniche per formarsi alla presa in carico globale dei pazienti complessi; deve effettuare attività nei reparti ospedalieri per cogliere la necessità della continuità assistenziale fra ospedale e servizi territoriali; deve svolgere attività nella direzione di Distretto per acquisite le competenze organizzative e gestionali sistemiche, quali le competenze per la gestione di un budget, del personale e di tutti i fattori produttivi richiesti per il buon funzionamento dei servizi primari.

È evidente che un percorso formativo di questo tipo richieda una sinergia Università-Aziende USL, per la necessità di strutture territoriali e dei relativi dirigenti medici, infermieristici, sociali oggi mancanti all'interno della Università. Questa collaborazione può essere realizzata attraverso specifiche Convenzioni a scopo di didattica integrativa, consentendo la formazione medico-specialistica anche presso strutture assistenziali non universitarie. Parallelamente a questa sinergia il percorso formativo della Scuola richiede la collaborazione dei Medici di Medicina Generale convenzionati con le Aziende USL, attuabile anch'essa attraverso Convenzioni (per esempio con gli Ordini dei Medici) in virtù delle quali i Medici di Medicina Generale docenti della Scuola acquisiscono il titolo di "professori universitari a contratto". Questa collaborazione fra Università e Aziende USL da un lato e Medici di Medicina Generale dall'altro si presta a sperimentazioni sia di tipo strutturale che assistenziale. Penso ad esempio al-

la creazione di Dipartimenti di Cure Primarie integrati/misti Università-Aziende USL, nei quali realizzare in modo congiunto assistenza, ricerca e formazione. In questi Dipartimenti potrebbero trovare spazio percorsi assistenziali innovativi, oggi necessari per rispondere ai bisogni complessi dei malati cronici, degli anziani, dei disabili. Cito ad esempio le "Dimissioni ospedaliere assistite", la "Assistenza domiciliare integrata", la "Gestione territoriale delle malattie croniche ad alta prevalenza", processi questi richiedenti sinergia fra i medici di medicina generale, gli infermieri, i medici specialisti, gli operatori socio-assistenziali nell'ottica del lavoro di equipe per garantire la continuità assistenziale ai pazienti complessi. Questi Dipartimenti potrebbero aprire la strada per promuovere e disciplinare percorsi innovativi di integrazione dei Medici di Medicina Generale nei Corsi di Laurea universitari (Medicina e Chirurgia, Infermieri...), dove è necessario fornire agli studenti conoscenze di base nell'area della medicina generale territoriale. La Scuola di Specializzazione in Medicina di Comunità serve al Servizio Sanitario per dare piena attuazione alle vigenti normative (DL 229/99, DPCM 14.2.2001, DPCM 29.11.2001). Ma soprattutto serve alle Regioni per il nuovo ruolo ad esse attribuito dal nuovo titolo V della Costituzione nella programmazione e gestione dei servizi di assistenza e delle risorse ad essi destinate. A tutt'oggi la Scuola è attivata solamente presso la Università di Padova e di Modena-Reggio Emilia ed è necessario che da altri Atenei parta la decisione di attivare la Specializzazione, per fornire alle Regioni, almeno a medio termine, un numero sufficiente di Specialisti in Medicina di Comunità per avviare in modo appropriato, ovvero integrato, le cure primarie nel nostro paese.

*Maria Angela Becchi*



**ALMA MATER STUDIORUM-UNIVERSITÀ DI BOLOGNA**

**Laurea Specialistica in  
Benessere, Sicurezza, Sociologia della Salute  
SCUOLA SUPERIORE DI POLITICHE PER LA SALUTE**

*Anno Accademico 2003-2004*

**MASTER UNIVERSITARIO di II livello in  
VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DEI SERVIZI  
SOCIO-SANITARI**

*Aree di insegnamento:*

1. Sociologia della salute
2. Sistemi sanitari comparati e politiche per la salute
3. Teoria e strumenti di partecipazione e valutazione dal lato dei cittadini
4. Metodi e strumenti quantitativi di valutazione della qualità percepita
5. Metodi e strumenti qualitativi di valutazione della qualità percepita
6. Qualità professionale e bisogni di salute dei cittadini
7. Qualità organizzativa e responsabilità nei confronti dei cittadini
8. Economia sanitaria - principi e tecniche di valutazione economica

**Titolo di studio richiesto:** Laurea in Medicina e Chirurgia, Biologia, Veterinaria, Odontoiatria, Farmacia, CTF, Statistica, Scienze MM.FF.NN., Economia, Ingegneria, Giurisprudenza, Scienze Politiche, Sociologia, Psicologia, Scienze della Comunicazione, Lettere e Filosofia, o equipollenti, Laurea Specialistica in Benessere, Sicurezza, Sociologia della Salute o equipollenti.

**Scadenza domanda di ammissione: 23 dicembre 2003**

**Il Master rilascerà 60 crediti formativi universitari**

Per informazioni di carattere amministrativo rivolgersi all'Ufficio Master, via Zamboni 34 - Bologna (recapito postale: indicare "Al Magnifico Rettore, Università di Bologna, via Zamboni, 33 - 40126 Bologna"); tel.: 051/2098037-38 - fax: 051/2098039; e-mail: [master@ammc.unibo.it](mailto:master@ammc.unibo.it); sito web: [www.unibo.it](http://www.unibo.it) (cliccare: Master). Apertura al pubblico: lunedì, martedì, mercoledì, venerdì dalle ore 9 alle ore 11.15 - martedì e giovedì dalle ore 14.30 alle ore 15.30.

Le informazioni di carattere scientifico, didattico ed organizzativo possono essere richieste alla segreteria organizzativa del Corso, presso la Facoltà di Scienze Politiche - Dipartimento di Sociologia dell'Università degli Studi di Bologna, Strada Maggiore, 45; tel.: 051-2092878; fax: 051-238004; e-mail: [cpvalqss@spbo.unibo.it](mailto:cpvalqss@spbo.unibo.it); sito web: [www.spfo.unibo.it/Scienze+Politiche+Forli/Post+Laurea/Master/default.htm](http://www.spfo.unibo.it/Scienze+Politiche+Forli/Post+Laurea/Master/default.htm).



## Sanità on line

### *Telemedicina: le origini e le applicazioni nell'home care*

L'idea di utilizzare le telecomunicazioni per scopi medici risale agli albori dell'inventore dell'elettrocardiografo, l'olandese Wilhelm Einthoven, che iniziò esperimenti di consultazione remota via rete telefonica nel 1906; in realtà, uno sviluppo più articolato e complesso delle applicazioni relative all'utilizzo di telecomunicazioni ed informatica si ha negli Stati Uniti, a partire dagli anni Sessanta, protagonisti gli astronauti americani impegnati nella missione *Mercury*, che trasmisero per la prima volta i loro parametri vitali dallo spazio alla base. Da questa esperienza in poi, negli USA, comincia un periodo, articolato in più fasi, attraverso le quali si tenta di introdurre progressivamente la Telemedicina nel servizio sanitario statunitense. Nel quinquennio 1964-68 i *Bell Laboratories* sperimentano la trasmissione di elettrocardiogrammi su linea telefonica tra il centro di emergenza dell'aeroporto di Boston e il *Massachusetts General Hospital* [Pisanelli 1999]. In una seconda fase (1964-1973), attraverso fondi federali, il *National Centre for Health Service Research* promuove e finanzia ricerche applicate ad esperimenti di vario genere, con l'obiettivo di garantire una migliore assistenza sanitaria a comunità sparse sul territorio, soprattutto con obiettivi di emergenza, educazione sanitaria ed aggiornamento professionale del personale medico ed infermieristico [Contini 2000]. Infine, una terza ed ultima fase inizia nel 1974 quando la telematica, vista come integrazione di si-

stemi e reti di telecomunicazioni, viene inserita nel piano sanitario statunitense, in quanto idonea a migliorare la qualità, l'accessibilità e l'efficienza dei servizi sanitari, contenendone i costi.

Un altro paese che si dimostrò all'avanguardia percependo le enormi implicazioni della Telemedicina fu il Giappone che, nonostante si avvicinasse alla disciplina qualche anno più tardi rispetto agli Usa, riuscì ad implementarla in modo estremamente efficace con la creazione, all'inizio degli anni Ottanta, del *MEDIS DC (Medical Information System Development Center)*, finanziato dal Ministero per l'Industria e diretto da medici supportati dalla preziosa collaborazione di esperti di informatica, telecomunicazione ed economia.

Volgendo lo sguardo allo scenario europeo, le prime esperienze significative nel campo della telematica applicata alla sanità, sono state compiute con ulteriore ritardo. La prima realizzazione concreta fu il collegamento in videoconferenza fra gli ospedali di Hannover e Berlino; a ruota seguirono Gran Bretagna, Spagna, Grecia, Francia e Italia, ultima per caso, ma non in ordine di esperimenti nel campo telematico.

L'Italia, già nel 1976, vede protagonista l'Università di Roma nella creazione di un comitato interessato all'applicazione e allo sviluppo della Telemedicina e, nello stesso periodo, la Fondazione Marconi e l'Università di Bologna arrivano a realizzare un prototipo di rilevamento di elettrocardiografia su un paziente senza il concorso del medico<sup>1</sup>.

Sempre nel 1976 il Cselit (Centro studi e elaboratori telecomunicazioni) inizia una ricerca sul tipo di trasmissioni necessarie ai centri di pronto soccorso, realizzando, poi, una serie di servizi sperimentali in accordo con la SIP.

1. Parte del materiale utilizzato per la stesura di questa parte "storica" è stato reperito nel seguente sito Internet: [www.cesil.com/maggio99/italit.htm](http://www.cesil.com/maggio99/italit.htm).

Vari progetti si succedono dal 1983 in poi, alcuni abbandonati per mancanza di fondi ed alcuni degni di nota come il piano Telecos del 1987, un importante progetto di teleconsulto ospedaliero che, in collaborazione con la SIP, permise il contatto di venti punti sanitari di tre Regioni italiane. Nel 1990, il Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica costituisce un comitato nazionale per la Telemedicina e (con un finanziamento previsto di circa 100 miliardi delle vecchie lire) introduce un nuovo programma nazionale per il settore, con l'intento di incrementare le competenze scientifiche e tecnologiche in sanità. A parte qualche esperienza regionale (Emilia-Romagna, Liguria, Lombardia) fino al 1993, l'informatizzazione delle unità sanitarie locali resta per lo più limitata ad applicazioni che interessano particolarmente la sfera gestionale (procedure di bilancio, personale, delibere) e non sono impiegate come veri strumenti di governo. La diversità dei processi informativi messi in atto dalle diverse Regioni contribuisce, in questo periodo, a creare notevoli disomogeneità anche fra le stesse aree: si possono trovare, quindi, reparti che utilizzano sofisticate apparecchiature tecnologiche ed altri in cui l'informatica non esiste affatto.

La legge di riforma 502/92, che ha ridefinito le USL in ASL (Aziende Sanitarie Locali) e gli ospedali in AO (Aziende Ospedaliere), ha permesso di migliorare l'informatizzazione del Sistema Sanitario Nazionale, stimolando l'impiego di servizi telematici anche per quegli ospedali che fino a quel momento ne erano sprovvisti. Infatti la 502/92, introducendo concetti quali il decentramento, l'aziendalizzazione e la competizione, ha indotto la dirigenza sanitaria a scegliere, spesso, supporti

informatici proprio per contenere i costi ed ottimizzare la gestione delle risorse.

Il nostro excursus storico termina con la Riforma Bindi: il d.lgs. 229/99 sancisce l'accreditamento delle strutture sulla base di requisiti che si prevede siano non solo strutturali, ma anche relativi a modalità organizzative, qualità, aggiornamento degli operatori di risultati nel tempo. Quindi la scelta è quella di una competizione sulla qualità: pubblico, privato e non profit dovranno rispondere a requisiti ben definiti. Queste nuove disposizioni non potevano non avere il risultato di un'ulteriore implementazione di nuove tecnologie orientate alla migliore performance possibile, costruite su qualità e competenza. Nel nostro paese sono andate via via incrementandosi le esperienze legate all'informatizzazione in sanità, e negli ultimi tempi si sta cercando di colmare un ritardo di anni con diverse iniziative istituzionali atte a promuovere e ad incentivare la sperimentazione e l'introduzione dei servizi in telematica. In particolare, il Piano Sanitario Nazionale 2002-2004 prevede esplicitamente una forte promozione della Telemedicina [Confalone 2002]. Per l'anno 2003 sono stati stanziati fondi, da destinarsi poi alle Regioni, per 72 milioni di euro con lo scopo di modernizzare e razionalizzare le strutture. Tuttavia, l'implementazione di queste nuove tecnologie non è geograficamente uniforme, in quanto questo processo sta avanzando a macchia di leopardo: deciso e programmato in molte Regioni del Centro-Nord, stentato al Sud e nelle Isole<sup>2</sup>.

Fino ad oggi, si sono presentati alcuni fattori che hanno contribuito a frenare o quanto meno a ritardare l'applicazione della Telemedicina in Italia. Fino a poco tempo fa, gran parte delle iniziative e degli esperimenti che han-

2. Reggio M. (2003), *Teleconsulti e cartelle web cambia la vita del paziente*, "La Repubblica", 6 maggio.

no interessato la Telemedicina erano portati avanti per lo più da centri privati che, peraltro, hanno sviluppato progetti con scarso successo. Nel nostro paese, per anni sono state la SIP e in seguito la Telecom a orientare la politica della Telemedicina, con esperimenti che servivano essenzialmente a promuovere l'immagine dell'azienda. Esperimenti che, rimanendo sempre allo stadio di prototipi di ricerca, in realtà non hanno avuto alcun impatto sulla qualità della cura [Pisanelli 1999]. Tale fenomeno, a sua volta, ha impedito la messa a punto di linee guida indirizzate a creare standard qualitativi soddisfacenti ed a stabilire regole precise per chi forniva servizi legati alla Telemedicina [Reboa 1999]. È stato, ed è, forte il rischio, quindi, che siano messi a punto prodotti che non corrispondano alle effettive necessità dell'utente e che non sviluppino a pieno le potenzialità del settore.

È importante riflettere sul fatto che, se escludiamo le recenti iniziative prese dal Ministero della Salute con l'ultimo Piano Sanitario Nazionale, mai era stato prodotto dal Sistema Sanitario Nazionale un programma strutturato di investimenti e incentivi per dare vita ad iniziative che favorissero l'utilizzo della Telemedicina. Non stupisce, quindi, che si possano ancora trovare resistenze alle politiche di razionalizzazione delle strutture sanitarie sul territorio da parte di alcuni operatori che poco investono, culturalmente ed economicamente, sul supporto tecnologico.

Un importante problema riguarda la mancanza di norme legislative che regolino gli aspetti medico-legali relativi alla responsabilità degli operatori coinvolti. Segnaliamo, tuttavia, che il 13 gennaio 2000 è stato presentato il progetto di legge S. 4417 intitolato *Norme riguardanti la regolamentazione e la sperimentazione della Telemedicina*, attualmente in sede di discussione presso

una commissione del Senato [Di Giacomo e Maceratini 2003]. A tutto questo si può aggiungere lo scarso consenso di alcuni medici in merito agli ambiti di applicazione e ai benefici, in termini di qualità dell'assistenza, relativi ad alcune applicazioni di Telemedicina. Queste riserve sono spesso dettate dal timore di una perdita di status da parte degli specialisti, o da presunti problemi di compatibilità tra la medicina e la concezione tradizionale della professione medica, più che da effettivi riscontri riguardo alle carenze del settore.

Con il termine di *homecare*, spesso tradotto come "assistenza domiciliare", si definisce la fornitura dei servizi sanitari a casa del paziente invece che in ospedale. Il concetto di base è quello di predisporre un'organizzazione in cui gli ospedali siano per definizione riservati veramente a malati "acuti", per i quali siano richieste terapie o trattamenti particolarmente complessi [Contini 2000]. Tale modalità di assistenza si sviluppa nell'intento di riqualificare le strutture ospedaliere operante dal sovraffollamento e da lunghe degenze.

L'idea di effettuare dei servizi direttamente a domicilio non è di recente attivazione: già nel XIX secolo si verificarono diverse iniziative soprattutto a Londra, Boston e New York, e fu proprio in quest'ultima città che, nel 1947, venne organizzato il primo programma di assistenza domiciliare da parte del Montefiore Hospital, con prestazioni terapeutiche a casa degli ammalati [Contini 2000].

Attualmente, alcuni tipi di assistenza, un tempo orientati sull'ospedale, risultano sempre più orientati verso l'ambito familiare. In particolare, si prestano a questo tipo di servizio specifiche malattie croniche: l'oncologia, la nutrizione, la cardiologia, la disabilità, ecc.

Nell'ambito dell'*homecare* l'impiego delle nuove tecnologie informatiche sta assumendo un ruolo sempre più im-

portante, in particolare si possono distinguere diverse aree nelle quali è coinvolto l'uso della Telemedicina:

- sistemi di telesoccorso;
- sistemi di teleassistenza;
- sistemi di telemonitoraggio;
- sistemi di teleinformazione.

Fra tutti i sistemi telematici elencati è importante far notare come specialmente il telesoccorso e la teleassistenza si stiano sviluppando progressivamente in modo uniforme in tutto il territorio italiano, alcune Asl spesso richiedono all'utente solo una spesa forfettaria per l'acquisto dell'attrezzatura da installare a domicilio, fornendo, invece, il servizio gratuitamente, almeno in una fase iniziale. Spesso, soprattutto nel caso della teleassistenza, il servizio viene offerto da volontariato [Contini 2000].

Le prospettive di miglioramento che le tecnologie informatiche e di comunicazione possono portare in un prossimo futuro alle strutture sanitarie sono molte e non di poco conto, vediamo le principali:

- migliore organizzazione delle informazioni e loro più facile reperimento;
- semplicità e risparmio di tempo;
- ausilio nel prendere decisioni cliniche: l'Evidence-Based Medicine;
- selezione del prodotto più adeguato alle specifiche esigenze;
- diffusione di servizi anche dove non sono attualmente presenti le strutture necessarie per realizzarli.

La Telemedicina si configura così come uno strumento carico di potenzialità in grado di arricchire e migliorare le prestazioni sanitarie. Oggi, però, l'inserimento di supporti tecnologici in sanità è frammentato e arduo [Beltrame 2000]: costi e difficoltà di implementazione, sia tecnica sia culturale, sembrano i due fattori che attualmente rallentano maggiormente lo sviluppo della Telemedicina. Effettivamente il disavanzo economico rappresenta uno dei maggio-

ri problemi del sistema sanitario italiano, pensare, quindi, di implementare nuove tecnologie può sembrare un'azione superflua o comunque di poco conto. Tuttavia, l'ultima riforma sanitaria, il D.lgs. 229/99, e le recenti disposizioni dell'attuale Ministro della Salute, nel tentativo di arginare il deficit economico, si sono orientate verso una migliore razionalizzazione delle risorse esistenti. In quest'ottica, la Telemedicina può rappresentare un'applicazione in grado di diminuire complessivamente i costi di intervento e in grado di offrire prestazioni qualitativamente superiori.

Oltre i problemi di costi e risorse, l'utilizzo dei nuovi supporti informatici in sanità incontra diffidenze anche sul piano tecnico e culturale. Le innovazioni tecnologiche hanno progressivamente coinvolto e apportato nuove conoscenze ai più vasti campi del sapere. La medicina non può sottrarsi a questo nuovo divenire, deve cercare di arricchire ed integrare il proprio bagaglio con conoscenze utili per potenziare qualitativamente la prestazione offerta. Questo non significa arrivare ad un uso improprio ed eccessivo degli strumenti tecnologici con il rischio di svilire il malato, infatti «accanto alla patologia organica, alla disfunzione del corpo inteso come oggetto, c'è un soggetto: la persona capace di valutazioni psicologiche. È l'*illness* che coincide con l'esperienza che il malato fa della sua malattia, al modo in cui se la rappresenta attraverso il quale egli le fornisce una semantica» [Cipolla 2002: 12]. Nulla potrà mai sostituire il rapporto che si viene a creare fra il paziente e gli operatori sanitari; anzi, proprio in questo momento il supporto di tali figure professionali diventa fondamentale per guidare e sostenere il cittadino nella gestione dei nuovi percorsi di malattia forgiati dalle tecnologie informatiche.

Il settore deve essere sgombro da inutili diffidenze e pregiudizi culturali:

non si deve arrivare ad uno scontro fra “sapere tradizionale” e “sapere innovativo”. È fondamentale che si creino le condizioni per una fusione di conoscenze in grado di migliorare sempre più l’“atto terapeutico”.

Cinzia Pizzardo

## Bibliografia

- Beltrame F., *La telematica sanitaria in Italia*, [www.cesil.com/0300/telit03.htm](http://www.cesil.com/0300/telit03.htm)
- Cipolla C. (a cura di) (2000), *Trasformazione dei sistemi sanitari e sapere sociologico*, Angeli, Milano.
- Cipolla C., Giarelli G., Altieri L. (a cura di) (2002), *Valutare la qualità in sanità. Approcci, metodologie e strumenti*, Angeli, Milano.
- Cipolla C. (2002), *Per un approccio correlazionale alla qualità sociale della salute*, in Cipolla C., Giarelli G., Altieri L. (a cura di), *Valutare la qualità in sanità. Approcci, metodologie e strumenti*, cit.
- Confalone C., *Telemedicina*, [www.cpdonline.it/risorse/risorseBase/dinamica/Telemedicina](http://www.cpdonline.it/risorse/risorseBase/dinamica/Telemedicina).
- Contini E., *La Telemedicina*, [www.web.tiscali.it/no-rediect-tiscali/enzocontini](http://www.web.tiscali.it/no-rediect-tiscali/enzocontini).
- Di Giacomo P. e Maceratini R., *Standardizzazione e legislazione sul trattamento e la sicurezza dei dati in Telemedicina*, [www.pol-it.org/ital/standard.htm](http://www.pol-it.org/ital/standard.htm).
- Moruzzi M., Maturo A. (a cura di) (2003), *e-Care e Salute*, “Salute e Società”, a.II, n. 2.
- Musumeci R., *La Telemedicina: spauracchio o conquista?*, [www.qlmed.org/Scopi/musumeci2.htm](http://www.qlmed.org/Scopi/musumeci2.htm).
- Pisanelli D.M. (1999), *Il medico in rete*, Editori Laterza, Bari.
- Reboa G., *Telemedicina: ostacoli e indirizzi di sviluppo*, [www.cesil.com/maggio99/reboait.htm](http://www.cesil.com/maggio99/reboait.htm).
- Reggio M. (2003), *Teleconsulti e cartelle web cambia la vita del paziente*, “La Repubblica”, 6 maggio.
- Spaggiari P., *Telematica e paziente*, [www.cesil.com/spagit/htm](http://www.cesil.com/spagit/htm).
- Teleconsulti e cartelle web cambia la via del paziente*, “La Repubblica”, 6 maggio 2003.
- Telemedicina in Italia*, [www.cesil.com/maggio99/italit.htm](http://www.cesil.com/maggio99/italit.htm).
- Telemedicina oggi*, [www.esaCP/SEM6ZD9YFDD\\_Italy\\_0.html](http://www.esaCP/SEM6ZD9YFDD_Italy_0.html).