

NOTE

In memoriam

Hans George Gadamer (1900-2002)

«Ma in che cosa consiste il benessere se non proprio nel fatto di non costituire il centro dell'attenzione, permettendoci di essere liberamente aperti e pronti a tutto?».

H.G. Gadamer, *Dove si nasconde la salute*, p. 82

All'indomani della sua morte, avvenuta lo scorso marzo all'età di 102 anni, anche la cultura italiana ha salutato in Hans-Georg Gadamer l'ultimo grande testimone della filosofia europea del Novecento e soprattutto un autentico erede di quella tradizione umanistica che dal pensiero greco è giunta almeno fino a Goethe e alla filosofia tedesca classica. «Dalla sua cittadella, costruita sull'eredità della grande filosofia greca ed europea che padroneggiava come pochi – ad esempio ha ricordato F. Volpi – Gadamer ha toccato problemi centrali del mondo d'oggi, invocando su di essi la nostra attenzione critica: il ruolo di compensazione che la cultura umanistica può svolgere nel “deserto che cresce” della razionalizzazione e del disincanto del mondo; l'ingovernabile complessità del progresso tecnologico e la sua capacità di generare risorse simboliche di senso; il conflitto delle

culture e delle confessioni, e la rinnovata esigenza di tolleranza e solidarietà nel mondo della globalizzazione»¹.

A partire dalla prospettiva di quella che egli stesso ha definito «ermeneutica filosofica», sviluppata soprattutto nella sua maggiore opera, *Verità e metodo* [1960, tr. it. 1983], la riflessione filosofica di Gadamer ha infatti saputo toccare svariati temi, fra i quali due in particolare hanno una immediata e rilevante connessione con il problema del rapporto fra “salute e società”. Essi sono suggeriti dai titoli di due opere, a cui in particolare, vogliamo riferirci in questa breve: *La ragione nell'età della scienza* [1976, tr. it. 1982] e ancor più *Dove si nasconde la salute* [1993, tr. it. 1994].

La ragione di questo interesse di Gadamer per temi connessi alla concretezza della nostra esperienza esistenziale è facilmente comprensibile se si ricorda che egli, insieme a Joachim Ritter, può essere considerato fra gli iniziatori di quella autentica scuola di pensiero oggi nota sotto il nome di “riabilitazione della filosofia pratica”, nella misura in cui in essa si sottolinea l'urgenza di una riflessione sulla ragione pratica e si rivendica l'attualità del “sapere pratico aristotelico”. Come ha ricordato G. Figal, l'ermeneutica di

1. F. Volpi, *L'erede della tradizione umanistica*, “la Repubblica”, 15 marzo 2002, p. 44.

Gadamer è infatti «scaturita dalla lettura, influenzata da Heidegger, dell'Etica di Aristotele. Gadamer si è interessato ben presto al carattere peculiare del "sapere pratico", cioè di quella saggezza, analizzata da Aristotele, finalizzata in vita alla chiarificazione della vita stessa. Sapere pratico è interpretazione dell'esistenza: un richiamare alla mente situazioni e possibilità d'azione avente l'unico scopo di guidare la vita dell'uomo. Solo se viene guidata e portata a compimento, la vita acquista chiarezza e coscienza di sé»².

Benché di un tale sapere pratico l'uomo e la società abbiano un costante bisogno, esso non può essere appagato, dice Gadamer, dalla scienza moderna. Anche per Gadamer, come già era stato per Heidegger, "la scienza non pensa": quello straordinario esperimento filosofico fallito che è stato il positivismo ci ha definitivamente fatto comprendere come la filosofia, lungi dall'essere stata semplicemente una tappa e uno stadio immaturo nel cammino della conoscenza non ancora emancipatasi a sufficienza per giungere alla razionalità che le è propria corrisponde, invece, ad una attitudine naturale dell'uomo. In particolare la scienza moderna, in virtù dei suoi procedimenti oggettivizzanti e quantitativi, non può sostituirsi a quell'"incessante ed instancabile colloquio che si interroga sul bene", che appunto costituisce, in ultima istanza, quel sapere filosofico che non vuole essere altro che una saggezza pratica che vale per la vita. In termini più sociologici potremmo dire che non si dà esperienza umana che non abbia in sé un contenuto normativo. Ogni sapere ha cioè bisogno della conoscenza del bene e

l'idea stessa del bene è in realtà il più alto oggetto di conoscenza, come appunto dice Gadamer. Per il quale la filosofia oggi non può certo pensare di «riconnettere tutto il nostro sapere in una immagine unitaria»: senza immaginare di potersi porre in alternativa al sapere della scienza moderna essa deve e può contribuire a ridimensionarne i caratteri di absolutezza ed esclusività «trasferendo appunto – come dice Gadamer – nella nostra coscienza pratica» tale sapere e insieme «far nostro quel sapere dell'uomo nel suo complesso che affluisce a noi dalla grande tradizione storica della cultura umana»³. La scienza moderna d'altro canto, accanto agli straordinari contributi che ha saputo fornire alla vita umana stessa, ci ha illuso di poter costituire la risposta ad ogni problema dell'uomo: «la scienza – dice Gadamer – domina il proprio campo particolare, ma non conosce gli scopi a cui serve»⁴. Solo una filosofia che non si consideri soltanto come teoria della conoscenza, ma piuttosto come riflessione ermeneutica, che Gadamer intende soprattutto come riflessione su quell'esperienza centrale dell'uomo che è il linguaggio, può a sua volta costituire la via per «ricostituire l'uomo alla comprensione di se stesso».

Fra scienza moderna e riflessione filosofica deve e può dunque stabilirsi un rapporto che per Gadamer deve essere di tipo dialettico. Dialettica che da sola può arginare uno dei pericoli a cui, secondo Gadamer, resta esposta ancora l'epoca contemporanea: e cioè quello per cui la scienza non rinuncia al carattere dogmatico con cui si è affermata all'inizio della modernità. Per tale via la riflessione di Gadamer si è indirizza-

2. G. Figal cit. in A. Crespi, *La sua Heidelberg e Roma onorano il maestro*, "Il Giornale", 10 febbraio 2002, p. 33. Cfr. soprattutto il volume-intervista dedicato a Gadamer da G. Figal e H. Schwilk, *La filosofia nella crisi del moderno*, Herrenhaus, Milano 2002.

3. H.G. Gadamer, *La ragione nell'età della scienza*, Il Melangolo 1982, pp. 19 ss.

4. Ivi.

ta verso un fondamentale ripensamento dei concetti di "theoria" e di "prassi" secondo una prospettiva che, recuperando l'eredità greca, non coincide affatto con l'idea che la scienza moderna ha di tale rapporto. Per Gadamer il senso più antico di "theoria" non è cioè quello legato ad una considerazione distaccata di uno stato di cose, esso suggerisce piuttosto l'idea di una prossimità, di una appartenenza, di una partecipazione: «contemplare – dice Gadamer – significa prendere parte autentica a ciò che accade, significa un vero e proprio essere-presso»⁵. Dietro a questa concezione sta un aspetto realmente decisivo, che distingue il pensiero moderno da quello greco classico: e cioè la convinzione, come dice benissimo Gadamer, che la razionalità dell'essere non sia prima di tutto un tratto distintivo dell'autocoscienza dell'uomo ma appunto una «determinazione dell'essere stesso». Il che significa che la stessa ragione dell'uomo debba essere pensata «come parte di questa razionalità piuttosto che come autocoscienza che si sa opposta al tutto». Per questa via Gadamer cerca una risposta al grande problema epistemologico del pensiero moderno: quello cioè di riscoprire la dimensione esterna ed oggettiva del pensiero. E per Gadamer spirito oggettivo significa soprattutto linguaggio, ovvero quel medium universale di ogni esperienza della verità, in quanto «l'essere che può essere compreso è il linguaggio». Da tale prospettiva il pensiero di Gadamer si trova così a riscoprire ad esempio nell'esperienza del dialogo una delle esperienze decisive dell'uomo, rispetto alla quale anche una scienza come quella medica non può prescindere. Riflessione sul linguaggio e

dialogo diventano a loro volta condizione della stessa felicità umana, il cui raggiungimento «presuppone la riuscita di quella prassi che è la vita». La "theoria" non è altro, in tal senso, come dice Volpi, che «una condizione di serenità e di pienezza dell'essere a cui bisogna prepararsi e formarsi. E il cui senso, purtroppo, sembra essere scomparso dall'orizzonte delle esperienze dell'uomo contemporaneo»⁶.

Dalla stessa prospettiva Gadamer è così giunto a riflettere anche su un tema come quello della salute. Che ne è, si chiede Gadamer, della pratica medica in un'epoca dominata da un sapere come quello tecnico-scientifico che sembra aver colonizzato ogni altro ambito del sapere? In un'epoca, cioè, in cui al dominio degli esperti e dei tecnici corrisponde una frattura sempre più accentuata fra "mondo della vita" e pratica scientifica? Una frattura che determina, fra l'altro, la rimozione odierna di temi decisivi quali la morte o il dolore. «Mai la morte – ha osservato in tal senso Gadamer – è stata così presente nella società e, nel contempo, così poco presa sul serio. Oggi la morte potrebbe anche essere offerta nei grandi magazzini. Noi vendiamo la morte, ne facciamo un affare. Tuttavia dovremmo sapere che alla conoscenza appartiene la conoscenza dei limiti della nostra conoscenza»⁷. La morte infatti è per Gadamer una struttura fondamentale da cui l'uomo «può ricavare il senso fondamentale della sua prassi». E lo stesso può dirsi per un tema come quello del "dolore", sul quale la riflessione di Gadamer suona come una autentica provocazione per la mentalità odierna: «Il dolore – egli ha detto – è il dono della natura alla quale dobbiamo

5. *Ibidem*, pp. 51 ss.

6. F. Volpi, *op. cit.*

7. H.G. Gadamer, *Dove si nasconde la salute*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1994, p. 69 ss.

essere riconoscenti. La lotta contro il dolore è una follia, una follia moderna. L'attutimento del dolore è l'opposto dell'arte della guarigione. L'eliminazione del dolore attraverso la tecnica non ci aiuta a migliorare. Bisogna spingersi innanzi fino al punto in cui la salute trova la propria origine psichica. L'intorpidimento può essere portato all'estremo, ma il sapere fondamentale dell'uomo non va perduto»⁸.

Il punto di partenza della riflessione di Gadamer sulla salute è lo stesso che Viktor von Weizsacker ha posto alla base della sua filosofia della medicina: «che cosa si cela all'uomo, cosa viene nascosto, quando le sue condizioni fisiche scelgono la via della ribellione? Non abbiamo forse qualcosa da imparare quando ci ammaliamo, finché non ritorniamo in quello stato di salute che manifesta un benessere incomprensibile ed inverosimile?»⁹.

Perché, si chiede Gadamer, l'attività medica oggi appare orientata più verso la patologia che non verso il paziente, verso la malattia piuttosto che verso la salute? Il problema non è certo quello di sconfessare la grandi conquiste di tipo tecnico raggiunte dalla scienza moderna ma certo quello di riconciliare un tale tipo di sapere con quello che scaturisce da un pensiero orientato al mondo della vita, capace di pensarlo criticamente e di assumerlo responsabilmente.

In questo senso, dice Gadamer, il problema della salute non può restare affidato unicamente agli esperti e ai tecnici: tutti noi – egli osserva – dobbiamo prenderci cura della nostra salute attraverso un certo modo di vivere proprio perché ognuno costantemente

vive il problema «della custodia della salute nascosta». La vera essenza della medicina è infatti non quella di fabbricare o produrre tecnicamente qualcosa: «il sapere del medico e la sua capacità si inseriscono del tutto nel corso della natura e cercano di ristabilirlo laddove è disturbato, per poi scomparire dopo il recupero del naturale equilibrio della salute»¹⁰. La medicina, senza peraltro rinunciare alla propria dimensione specialistica, deve così sapersi aprire all'apporto, anche di tipo normativo, che proviene da altri ambiti ed esperienze: «Esistono – ha in tal senso osservato Gadamer – anticipazioni intuitive della conoscenza, come la dottrina della salvezza dell'homo religiosus, la quale spesso ha qualcosa da suggerire al medico, oppure il "sapere" del poeta che riesce a precorrere quello del sociologo, dello psicologo, dello storico e del filosofo. In breve l'immagine normativa dell'uomo che, pur nella sua fisionomia incerta e incompleta, sta alla base di tutto il suo comportamento sociale non soltanto non si lascia mai interamente eliminare dalla ricerca scientifica, ma neppure dovrebbe essere totalmente rimossa. Infatti solo tale immagine trasforma la scienza in un'esperienza per l'uomo. Tutto ciò che può fare la riflessione scientifica al fine di completare il sapere sull'uomo, è unificare le due correnti di sapere e rendere consci dei pregiudizi sostenuti da entrambi»¹¹.

In gioco deve esservi, soprattutto, una diversa concezione della natura, non più come qualcosa da dominare e da trasformare illimitatamente ma piuttosto come totalità che si autoequilibra. Il medico – ha detto Gadamer – per es-

8. H.G. Gadamer, *La filosofia nella crisi del moderno*, op. cit., p. 37.

9. H.G. Gadamer, *Dove si nasconde la salute*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1994, p. 113 ss.

10. Ivi.

11. *Ibidem*, p. 63.

sere veramente tale deve saper guardare anche oltre l'oggetto specifico del suo sapere e della sua capacità pratica: «egli deve considerare l'uomo nella situazione complessiva della sua vita. Deve riflettere anche sulle conseguenze che il suo agire può provocare sul paziente. Egli deve sapersi ritirare. Non deve infatti né rendere il malato dipendente da sé, né imporre senza necessità regole di vita che ostacolino il suo reinserimento nell'equilibrio vitale»¹².

Si è detto, all'inizio, del vasto riconoscimento che in generale la cultura intellettuale italiana ha tributato a Gadamer. Pensatore che certamente può essere compreso soltanto a partire da ciò che ha saputo essere la cultura filosofica tedesca, in particolare quella di ambito fenomenologico. Circa soprattutto il debito che Gadamer ha nei confronti soprattutto di Heidegger, diverse sono le sfumature con cui esso è stato sottolineato: si va dalla famosa definizione di Habermas, per cui quella di Gadamer è stata una «urbanizzazione della provincia heideggeriana» fino a quella drastica di Lucio Colletti che lo ha definito come «l'Heidegger dei poveri», il «pret-a-porter della filosofia heideggeriana», e infine ai più equilibrati giudizi che in Gadamer hanno colto il grande umanista, lo straordinario ultimo esponente di una grande tradizione unitaria che va dai filosofi greci a Goethe fino alla filosofia tedesca classica. Il «tradizionalismo ecumenico ed edificante» (Viano) che gli si è infine attribuito, costituisce d'altra parte insieme la grandezza e il limite dell'opera di Gadamer. La quale ci consegna un'acutissima critica della ragione strumentale moderna, aprendo la nostra cultura filosofica e sociologica ad esigenze e dimensioni del pensiero insieme nostalgiche ed indeterminate.

Leonardo Allodi

Attualità

È nata la Società Italiana di Sociologia della Salute (SISS)

Dopo un lungo periodo di gestazione i cui inizi risalgono al convegno internazionale di Riccione del 19-21 ottobre 2000 su "Saperi e professioni sociologiche nel cambiamento del SSN", il 16 maggio 2002, presso la Facoltà di Scienze Politiche dell'Università di Bologna, si è tenuta l'assemblea fondativa della Società Italiana di Sociologia della Salute (SISS). Promossa congiuntamente dal Coordinamento delle sezioni regionali della Società Italiana di Sociologia (SoIS) e dal gruppo di sociologi accademici che operano nella Scuola di Specializzazione in Sociologia Sanitaria e nel Master in "Valutazione della qualità dei servizi socio-sanitari" dell'Università di Bologna, la Società scientifica ha lo scopo di promuovere il contributo conoscitivo e operativo delle discipline sociologiche sulle questioni connesse al tema della salute/malattia, della loro concezione e dei comportamenti che ne sono espressione, dei servizi sanitari e della loro umanizzazione e personalizzazione, delle professioni sanitarie e dei sistemi sanitari in un'ottica comparata.

Di particolare significato appare l'intenzione di stabilire iniziative volte a favorire rapporti organici di collaborazione e scambio culturale con altre iniziative e/o a associazioni simili, sia a livello nazionale (AIS, SoIS, AIV, ecc.) che internazionale (ISA, ESA, ecc.), nell'intento di operare in un'ottica la più possibile aperta e sprovincializzante. In tale prospettiva, si intende stabilire un particolare rapporto di col-

Università degli Studi di Bologna

Facoltà di Scienze Politiche
(sede di Forlì)

Scuola di Specializzazione
in Sociologia Sanitaria

Laurea Specialistica in Salute, Benessere, Sicurezza

Master Universitario/Corso di Alta Formazione

**LA VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ
DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI**

Direttore Prof. Costantino Cipolla

Anno Accademico 2002-2003

In collaborazione con:

Agenzia Sanitaria Regionale Emilia-Romagna
Agenzia Sanitaria Regionale Marche
Agenzia Sanitaria Regionale Friuli-Venezia Giulia
Agenzia Sanitaria Regionale Toscana
Aziende Ospedaliere e USL italiane

Destinatari

Il Master, organizzato e condotto congiuntamente con varie Agenzie Sanitarie Regionali e Aziende USL, è rivolto a tutti i laureati ed in particolare a coloro che operano nell'ambito dei servizi socio-sanitari, o che comunque sono a vario titolo interessati ad approfondire le diverse tematiche connesse alla teoria, alla metodologia e alla pratica della *valutazione della qualità* nel sistema dei servizi sanitari e sociali pubblici e privati.

Obiettivi

- Promuovere una cultura della valutazione, tramite la diffusione di tale pratica nell'ambito dei servizi socio-sanitari.
- Migliorare la pratica della valutazione della qualità nei servizi socio-sanitari, attraverso la conoscenza delle diverse teorie, metodologie e tecniche relative alla valutazione in un'ottica multidisciplinare.
- Stimolare l'utilizzo dei risultati della valutazione nell'ambito dei processi decisionali.
- Fornire gli strumenti operativi per l'attivazione di un sistema di valutazione di qualità nelle organizzazioni socio-sanitarie.

Crediti

Il Master dà diritto a 60 crediti universitari, di cui 30 conseguibili con il superamento delle prove relative alla parte teorica e 30 con la realizzazione e la discussione del *Project Work*. Al termine del Corso, verrà rilasciato il titolo di Master di II livello, contenente anche una specifica valutazione di merito o a equivalenti crediti ECM o il titolo equivalente per l'Alta Formazione ECM.

Contenuti

Il Master si articolerà in 6 moduli di insegnamento, così definiti:

1. Il sistema qualità aziendale nel contesto nazionale e internazionale di riforma del Welfare State e dei sistemi sanitari
2. Valutazione e ricerca valutativa: metodologie e tecniche qualitative e quantitative
3. La qualità dal punto di vista del cittadino-utente
4. La qualità dal punto di vista organizzativo
5. La qualità dal punto di vista professionale
6. Per un'analisi e valutazione integrata della qualità nei servizi socio-sanitari

Per informazioni

Segreteria didattica: c/o Dipartimento di Sociologia, Università degli Studi di Bologna, Strada Maggiore, 45 - 40125 Bologna - Tel. 051/2092876/2092878 (mercoledì-giovedì-venerdì, ore 9-13)
Fax 051/238004 - e-mail: cpvalqss@spbo.unibo.it - sito web: <http://www.spbo.unibo.it/bologna/index.html>

laborazione stabile con la European Society for Health and Medical Sociology (ESHMS), al cui prossimo congresso previsto a Groningen, in Olanda, dal 28 al 31 agosto 2002 alcuni dei membri della società parteciperanno con un proprio diretto contributo scientifico e organizzativo. È stata inoltre ipotizzata la possibilità di organizzare congiuntamente il prossimo congresso biennale delle due società in Italia nel settembre 2004.

Il I Congresso della SISS dovrebbe tenersi l'8 e 9 novembre 2002 in sede da definirsi e sulle tematiche che i soci vorranno proporre. Per gestire il periodo costituente sino ad allora, il 16 maggio è stato eletto un Comitato fondatore composto sia da referenti regionali dei sociologi professionali che da referenti accademici dei sociologi universitari. Oltre alla messa a punto dello statuto della Società, il Comitato avrà il compito di preparare il I Congresso per l'autunno e di coordinare la campagna di adesioni. La qualifica di socio ordinario non è automatica, ma viene conferita dal Comitato fondatore (e successivamente, quando sarà eletto, dal Consiglio Direttivo) della Società su domanda diretta dell'interessato, previo accertamento del conseguimento dei titoli accademici e professionali richiesti, del ruolo accademico o professionale svolto nonché di ogni ulteriore titolo scientifico ed esperienza (pubblicazioni, ricerche, ecc.) nell'ambito della ricerca, della formazione e dell'intervento nel campo dei servizi sanitari e socio-sanitari. Possono aderire alla Società sia sociologi (accademici e professionali) che operatori, manager e studiosi provenienti da altre discipline i quali risultino direttamente impegnati o comunque specificatamente interessati alle tematiche oggetto della Società stessa. Per coloro che non fossero in possesso dei titoli richiesti per la qualifica di soci ordinari ma fossero comun-

que interessati ad approfondire le tematiche oggetto della Società, è prevista la qualifica di soci aggregati. La quota associativa è di 40 Euro per gli iscritti alla SoIS e di 70 Euro per i non iscritti: essa da diritto ad un "pacchetto" composto dall'abbonamento alla rivista quadrimestrale "Salute e Società", dal ricevimento della *Newsletter* della Società, dalla partecipazione gratuita al Congresso biennale della Società, da uno sconto del 15% sulle pubblicazioni della Franco Angeli in vendita durante il Congresso e altre iniziative della Società, da sconti sulla quota d'iscrizione a corsi, seminari, *summer school* e altre iniziative della Società, nonché alla inclusione in un "Albo dei sociologi sanitari italiani" che sarà curato dalla Società e messo a disposizione del Servizio Sanitario Nazionale e degli Enti pubblici e privati che ne facciano richiesta (esclusi i soci aggregati). Per la domanda di adesione è sufficiente inviare via e-mail (cpvalqss@spbo.unibo.it) una richiesta per ottenere la documentazione necessaria.

Redazionale

Commenti

La salute come capitale sociale

La salute come capitale sociale è un tema che Bourdieu affronta solo trasversalmente nei suoi studi, ciononostante molti sono gli spunti teorici ed empirici del suo lavoro che consentono di delineare un disegno della ricerca coerente con i temi della salute e ricco di prospettive metodologiche. Secondo Bourdieu la metodologia classica di matrice positivista, che privilegia in maniera "sostanziale" gli oggetti e le persone, non consente di passare dal-

l'analisi delle caratteristiche, delle proprietà e degli attributi degli oggetti o dei soggetti, all'analisi dell'azione che, travalicando la dimensione individuale, assume "significato" sotto il profilo istituzionale. La proposta di Bourdieu è interessante sotto diversi punti di vista: primo luogo perché pone al centro il carattere interpretativo degli eventi sociali visti in chiave istituzionale. In secondo luogo perché adotta un metodo interpretativo di tipo strutturalista. Ed infine perché individua un meccanismo empirico per connettere la dualità di teoria e pratica. Bourdieu [1977] definisce lo spazio istituzionale come un dominio interpretativo caratterizzato da un sistema di comunicazione e di comprensione. Assumendo una prospettiva antropologica egli giunge a delineare le dimensioni che integrano il micro al macro e per far questo passa attraverso l'analisi dei molteplici significati che l'esperienza del mondo materiale esprime nei modi "pragmaticamente" più svariati. Il suo approccio interpretativo lega la pratica alla teoria, ovvero dal lavoro empirico emerge quello teorico. Ogni sistema istituzionale può essere visto in maniera significativa e differenziata in quanto esso implica un agire secondo delle pratiche empiriche, e lo studio di queste pratiche fa emergere le differenze intrinseche specifiche, che distinguono i diversi comportamenti istituzionali.

Le sue teorizzazioni sono molto ampie e sofisticate ed alla base della sua costruzione vi sono due categorie fondamentali d'analisi: quella di *spazio istituzionale* e di *capitale sociale*. Lo spazio istituzionale è l'ambito entro cui si collocano le risorse economiche, politiche e culturali. Già Hobbes nel 1651 definì queste risorse come *capitale*, ovvero come patrimonio, che consente il raggiungimento di livelli di qualità nell'acquisizione del potere, del prestigio, della ricchezza. Nella formulazio-

ne neo-weberiana ciascun tipo di risorsa costituisce una forma di capitale e per *capitale sociale* s'intende l'insieme di tutte le risorse disponibili. Dal punto di vista della *pratica* il capitale sociale comprende delle dotazioni come salute, istruzione, occupazione, reddito, legate insieme da un sistema di relazioni, di scambio e di comunicazione, che possono essere interpretate come un investimento.

Attraverso il lavoro empirico Bourdieu ha tratto parte del suo lavoro metateorico. Il desiderio di salire nella scala sociale tramite l'acquisizione di capitale culturale ed economico spinge ad adottare stili di vita e di consumo delle classi sociali cui si vuole arrivare. Independentemente dai gusti personali si opta per i modelli di comportamento propri del ceto sociale a cui si aspira. Bourdieu verifica la sua costruzione teorica calandola nella pratica empirica. Il modello proposto consente di mettere in relazione le diverse componenti che formano il capitale culturale ed economico: salute, denaro, cultura, relazioni sociali, potere politico, bellezza, potere mediatico con i corrispettivi empirici, ovvero gli stili di vita, i consumi, le caratteristiche di status.

In questo esame dettagliato e minuzioso delle pratiche che delineano gli stili di vita differenziandoli in funzione del modo in cui ciascun individuo si colloca nello spazio istituzionale manca un esame sistematico del modo di gestire la salute. La salute costituisce una risorsa, una dotazione iniziale, che va gestita e mantenuta al fine di poter essere incrementata. «L'interesse che le varie classi accordano alla presentazione personale, l'attenzione che le dedicano, la consapevolezza che hanno dei profitti che procura e gli investimenti in tempo, sforzi, privazioni, cure che le dedicano effettivamente sono proporzionali alle probabilità che hanno di poterne ragionevolmente attende-

re dei profitti materiali o simbolici» [Bourdieu 1983: 209]. «Così per semplificare le cose, nella classe dominante si possono distinguere tre strutture di consumo che si distribuiscono in tre settori fondamentali: l'alimentazione, la cultura e le spese di presentazione personale e cura dell'aspetto fisico. Queste strutture assumono forme che costituiscono in modo rigoroso l'inverso l'una dell'altra, esattamente come le strutture dei rispettivi capitali» [ibidem: 192]. L'uso che si fa di questi consumi secondo B. contribuisce a plasmare le forme del corpo come: l'altezza, il peso, la conformazione del fisico. Le preferenze in materia di alimentazione, il modo di usare il corpo al lavoro o nel tempo libero possono mutare le sembianze fisiche, la forza, la salute, la bellezza [ibidem: 199]. I segni costitutivi del corpo vengono percepiti come un prodotto della cultura e si diversificano in relazione alle scelte ed ai comportamenti che si assumono in funzione della classe di appartenenza. Dall'indagine empirica di Bourdieu si rileva ad esempio che i liberi professionisti ed i professori sostengono le maggiori spese nel campo della salute; le abitudini alimentari, la pratica sportiva, le spese per la cura del corpo sottintendono la salute come un consumo che è indicatore dello stile di vita. I comportamenti relativi alla salute sono strettamente dipendenti dalla struttura sociale, ovvero essi sono il risultato dell'adattamento dell'individuo alla consuetudini istituzionali legate al proprio gruppo sociale di appartenenza. Nell'analisi di B. benché le preferenze e gli atteggiamenti in materia di presentazione personale e di cura del corpo sono implicitamente correlati alla salute questi riferimenti però non possono essere intesi come una trattazione sistematica del tema della salute e del modo in cui essa concorre alla formazione del capitale sociale. Partendo però dal-

le categorie teoriche enunciate da Bourdieu si può indicare una prospettiva analitica, orientata alla definizione della salute come risorsa che contribuisce alla formazione del capitale sociale, alla costituzione di quel valore aggiunto che consente di raggiungere prestigio e potere.

Si è detto in precedenza che lo spazio istituzionale è per B. una rappresentazione astratta, è il prodotto di una costruzione capace di offrire un punto di osservazione in grado di cogliere la molteplicità dei rapporti reciproci visti in funzione delle dimensioni del capitale sociale. L'atteggiamento nei confronti della salute si inserisce nella sfera del capitale culturale ed economico ed i riferimenti analitici si iscrivono sia nella prospettiva antropologica che in quella fenomenologica. Salute, malattia ed attività volte alla custodia ed al recupero della propria salute costituiscono dei sistemi simbolici, che si aprono al sincretismo. Gli oggetti che gli attori classificano quando esprimono le loro preferenze o quando acquisiscono beni ed usufruiscono dei servizi sono il corrispettivo di pratiche oggettivamente classificabili.

Lo spazio teorizzato da B. costituisce dunque uno strumento metodologico per l'analisi dei *sistemi sanitari* visti sotto le diverse tipologie: dalla prospettiva antropologica e fenomenologica, a quella politico-organizzativa ed economica [Giarelli 1998: 45-94]. La teoria si presta ad un'integrazione di queste diverse tipologie se si utilizza la categoria che esprime l'oggettivazione delle disposizioni soggettive, ovvero l'*habitus*. Con *habitus* si definisce una struttura, ovvero la forma secondo cui le pratiche sono organizzate e percepite. «Negli atteggiamenti dell'*habitus* si trova iscritta tutta la struttura del sistema ed esso innalza le differenze dal livello fisico dei corpi all'ordine simbolico delle distinzioni significanti, tra-

sforma pratiche oggettivamente classificate in pratiche classificanti» [Bourdieu 1983: 180]. Pertanto, l'*habitus* è inteso come principio generatore di pratiche oggettivamente classificabili e perciò come sistema di classificazione. È nel rapporto tra queste due capacità che definiscono l'*habitus* che si costituisce l'immagine del mondo sociale, cioè lo spazio degli stili di vita. L'*habitus* consente di spiegare sia le pratiche ed i prodotti classificabili, sia i giudizi, le valutazioni di queste pratiche e di questi prodotti. Differenti condizioni di esistenza producono diversi *habitus*, cioè sistemi, che si presentano come configurazioni di proprietà e suscettibili di venir applicati per semplice trasferimento ai più diversi ambiti della pratica. Il modo in cui lo spazio istituzionale è organizzato permette di vedere la struttura ed il mutamento delle pratiche più disparate e tra queste anche quelle sulla salute.

L'organizzazione Mondiale della Sanità definisce la salute come "uno stato di benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente l'assenza di malattia o infermità" [WHO 1978]. Questa definizione riconosce la rilevanza oggettiva e soggettiva delle componenti non professionali nel processo complesso di costruzione della salute. Ponendosi nella dimensione dell'*habitus*, gli atteggiamenti ed i comportamenti in materia di salute si considerano come espressione di risorse che, come si è detto dinanzi, concorrono alla formazione del capitale culturale e di quello economico. Si è detto che salute, malattia ed attività volte alla custodia del benessere costituiscono dei sistemi simbolici. Per questo gli indicatori della salute come capitale culturale si riferiscono ai diversi domini; dalla percezione soggettiva del proprio stato fisico e mentale, della disabilità, agli stili di vita e alla promozione della cultura della salute ed all'attenzione alle

condizioni di salute ambientale. Dal punto di vista della salute come capitale economico gli indicatori sono quelli dell'erogazione e dell'uso dei servizi sanitari, della domanda e l'offerta individuale e della formazione delle disuguaglianze nella salute.

Nell'operativizzazione il passo successivo allora consiste nel vedere se in materia di salute esistono delle adeguate fonti informative che consentono di definirla in termini di *habitus*, cioè secondo delle pratiche oggettivamente classificabili. Le pratiche secondo cui lo stato di salute viene soggettivamente percepito e le pratiche con cui esso viene oggettivamente mantenuto, organizzato e migliorato possono essere ricondotte a seguito dell'osservazione e dell'analisi ad un sistema di classificazione in grado di definire la struttura di un sistema sanitario. Le statistiche ufficiali esistenti in Italia in tema di salute e di ricorso ai servizi sanitari sono molteplici, la massa di informazioni è abbastanza cospicua, anche se talora queste informazioni difettano sia sotto il profilo della concettualizzazione che della confrontabilità. Gli indicatori fanno riferimento ad un sistema che prevede tre ordini di classificazione. Il primo è relativo a dei parametri oggettivi e riguarda gli indicatori sullo stato di salute dell'intera popolazione. Il secondo riguarda la percezione soggettiva dello stato di salute individuale ed il terzo la struttura del sistema sanitario. Le statistiche amministrative sulla sanità sono quelle in cui sono reperibili soprattutto gli indicatori del primo ordine. Mentre nell'ambito della percezione soggettiva e delle pratiche oggettive l'indagine multiscopo e quella sui consumi familiari nell'ultimo decennio hanno fatto grandi progressi nel senso di consentire l'analisi dell'influenza delle variabili demografiche, economiche e di status sulle condizioni di salute, sulla diffusione di comportamenti a

rischio di salute, sull'entità del ricorso ai servizi sanitari a scopi di prevenzione e di cura, sulle spese per il mantenimento del corpo e le spese sanitarie.

Il contesto dell'indagine multiscopo è molto flessibile, in quanto il sistema di rilevazione si presta ad un'analisi classificatoria espressa in termini relazionali, ovvero secondo l'approccio proposto da B. che assume l'ipotesi che le pratiche sanitarie ed i significati attribuiti alla salute siano caratterizzati da un sistema di similarità e differenze che per poter costituire oggetto della costruzione di un sistema classificatorio devono poter essere poste in connessione tra loro. A partire dal 1993 l'Istat ha avviato un nuovo corso di indagini multiscopo sulle famiglie. Alla fine di ogni anno vengono rilevati gli aspetti fondamentali della vita quotidiana tra cui anche quelli relativi agli stili di vita ed alle condizioni di salute, consumo di farmaci ed utilizzo dei servizi sanitari. Come stili di vita vengono prese in considerazione le abitudini alimentari sia come tipologia qualitativa e quantitativa, che come numero di pasti assunti nella giornata e luoghi in cui vengono consumati. Tra gli stili di vita si considerano inoltre le abitudini in materia di consumo di bevande sia alcoliche che non alcoliche ed il consumo di sigarette. Questi consumi possono essere messi in relazione con la percezione soggettiva del proprio stato di salute e con gli indicatori oggettivi come quelli relativi alla presenza di malattie croniche, all'incidenza di incidenti domestici, al ricorso ai servizi sanitari, all'assistenza domiciliare, alla consultazione del medico di base, alle visite al pronto soccorso, al day hospital, al ricovero ospedaliero. Questo insieme di pratiche oggettive può essere ricondotto ad un sistema classificatorio da esaminare in connessione con la composizione del nucleo familiare, l'età, il titolo di studio, l'attività lavo-

rativa, la collocazione territoriale, ovvero con le caratteristiche di status che servono a definire la classe sociale di appartenenza.

L'indagine Istat sui consumi delle famiglie contiene un sistema di indicatori molto ampio che va nella direzione dell'operazionalizzazione del modello proposto da B. Le spese per i consumi alimentari, diversificate per tipologie di prodotti, le spese per lo sport e per la cura del corpo possono essere messe in relazione con le spese per i servizi sanitari e la salute, onorari di medici e simili e le spese per i medicinali e l'assicurazione per malattia. Inoltre, la salute come spesa di consumo può essere distinta a seconda dei livelli di stratificazione sociale. Questi ultimi si possono dedurre, sempre dall'indagine sui consumi, dalle informazioni, relative alla persona di riferimento ed ai membri del nucleo familiare, sul livello di istruzione, occupazione, posizione nella professione, mezzi economici di sostentamento, caratteristiche dell'abitazione, propensione al risparmio, spese per attività culturali e ricreative.

Per concludere, si ritiene che il sistema informativo delle due indagini Istat, quella multiscopo e quella sui consumi delle famiglie, contenga degli indicatori validi per la definizione della salute intesa come *habitus*: vi è una certa origine sociale che orienta un dato *habitus* e forgia un dato stock di capitale. Lo spazio istituzionale della salute, delineato nella prospettiva di B., ha una valenza generalizzante e predittiva, nel senso che suggerisce qual è l'*habitus* a cui si deve tendere per incrementare la salute intesa come capitale sociale. Nello spazio delimitato dalle due dimensioni del capitale culturale ed economico, si possono proiettare i diversi orientamenti in termini di stili di vita, delle pratiche relative alla salute e dell'appartenenza di status. Dalla combinazione di questi indicatori

si possono ottenere dei clusters che delineano degli scenari, ovvero delle opportunità e degli spazi di mobilità compatibili con il raggiungimento di alti livelli di sicurezza di salute, con il mantenimento e la conservazione della salute, con rischi di salute ed infine con bassi livelli di salute.

Rosanna Memoli

Bibliografia

- Bourdieu P. (1977), *Outline of a Theory of Practice*, Cambridge Press, Cambridge.
- Bourdieu P. (1983), *La distinzione: critica sociale del gusto*, il Mulino, Bologna.
- World Health Organization (1978), "Primary Health Care", Alma Ata, *Health for All*, Series no. 1, Geneva.
- Giarelli G. (1998), *Sistemi sanitari: per una teoria sociologica comparata*, Angeli, Milano.
- Istat (1999), *Stili di vita e condizioni di salute*, Indagine Multiscopo annuale su: aspetti della vita quotidiana, "Informazioni", n. 34.
- Istat (2000), *Indagine sui Consumi della famiglia*, Roma.

La centralità del paziente, ma quale centro?

Da anni, forse da sempre, in questo nostro sistema sanitario si parla di centralità del paziente. E molti passi sono stati fatti, specie negli ultimi tempi, nella ricerca di modalità organizzative che tenessero conto del paziente nella sua individuale specificità: *day service*, *day hospital*, assistenza domiciliare integrata, ecc.

Ma è ancora lasciato al paziente, alla sua famiglia o al medico di base l'onere di ricercare le varie forme di

assistenza sociale e sanitaria, erogate da unità operative diverse, e le modalità di accesso alle prestazioni.

Infatti, l'organizzazione dei servizi, sia pubblici che privati, è tutta incentrata sui professionisti socio-sanitari e la cultura e le modalità di lavoro tipiche delle categorie professionali sono enfatizzate nel rapporto medico-paziente (ma pervadono anche gli altri operatori del settore) che permettono la personalizzazione della singola prestazione, ed una sua elevata qualità, ma limitano l'integrazione ed il confronto dialettico fra professionisti diversi.

Le strutture organizzative preposte all'erogazione di servizi socio-sanitari sono tutte verticali ed il collegato sistema informativo aziendale segue le stesse logiche confluendo nella lettura piramidale delle informazioni. Le organizzazioni che si dicono "a matrice" esprimono una pluralità di responsabilità apicali e nulla di più.

In questo tipo di struttura non c'è spazio per il paziente, che resta estraneo, alla periferia delle piramidi, numeratore dei dati di efficienza elaborati dagli erogatori.

Molteplici e lodevoli sono stati gli sforzi delle Aziende sanitarie nello studio di variabili organizzative più efficienti e nello sviluppo di progetti centrati sulla qualità, attesa o percepita dal "cliente", progetti che hanno attivato una diffusa sensibilità negli operatori verso questi problemi.

È l'informazione che oggi può assolvere il compito di abbattere le barriere organizzative.

È nel sistema informativo che il paziente può essere collocato al centro di una rete, anzi di una ragnatela, i cui fili attingono dai terminali, ma anche dai punti intermedi delle piramidi aziendali.

Il paziente diventa in tal modo il reale *trait d'union* fra servizi, competenze, professionalità ed anche ambiti

territoriali, diversi. Lo scambio fra professionisti che si prendono in carico uno stesso individuo non è più lasciato alla buona volontà dei singoli o a complicati disegni organizzativi, ma la facile lettura delle reciproche informazioni, portate ad unitarietà in capo al paziente, aumenta l'efficacia diagnostica e terapeutica, facilitando il percorso del paziente.

Nell'era dell'informatica non può più essere il malato che si reca, spesso per successivi tentativi (dispendiosi e faticosissimi, oltre che ansiogeni), nei vari punti di erogazione delle prestazioni e che percorre distanze per aver accesso ai servizi. Sarà lui direttamente o il suo medico di base o l'assistente sanitaria o sociale o i familiari, secondo i casi e le necessità, ad accedere alle informazioni sulla gamma di offerte presenti, in modo tale che i professionisti, gli specialisti o il medico di base potranno prefigurare un percorso diagnostico-terapeutico efficace, senza ripetizioni inutili o sovrapposizioni rischiose.

Questa visione non è solo a beneficio dell'utente, ma anche delle organizzazioni che potranno realizzare quelle interazioni fra servizi e/o prestazioni che costituiscono garanzia di efficacia diagnostico-terapeutica ed anche economia di mezzi, limitazione alle prestazioni superflue o nocive.

Il disegno non è avveniristico: il presente già ci offre quasi tutte le opportunità. Si tratta di avviare sperimentalmente le prime esperienze, valutarne i risultati, implementare i processi e le opzioni.

Alcune tipologie di pazienti cronici già usufruiscono di percorsi che li tutelano, tenendo controllato il procedere della malattia e, contemporaneamente, la prevenzione di possibili complicanze statisticamente indotte dalla patologia principale. Nel percorso è prevista una periodicità di terapia e di accertamenti

diagnostici, con l'integrazione di diversi specialisti, non sempre attivati da un unico punto.

Si tratta di estendere la metodologia e di dare l'opportunità ai medici di ottenere l'integrazione con altri, sia nella richiesta di prestazioni che nella lettura dei referti.

In tal senso è necessario evidenziare l'esperienza di Cup2000, mediante il suo recente progetto *e-Care* (esposto anche nel portale www.cup2000.it). Tale progetto ha come obiettivo quello di coniugare servizi sanitari, sociali, di sicurezza e solidarietà per il cittadino e le famiglie e le nuove tecnologie. Si intende, quindi, creare una Rete del cittadino che si propone di rispondere a questa nuova domanda di servizi *home care* e di telemedicina nei campi della sanità, della salute, dell'assistenza domiciliare, della sicurezza, della solidarietà, dell'accesso alla Pubblica Amministrazione e ai servizi tecnologici di rete.

E-care permette a tutti gli operatori autorizzati, in quanto intermediari o partecipi del processo diagnostico-terapeutico, di prefigurare ed organizzare le tappe successive dell'iter, anche se comporta l'intervento di altri servizi, di leggerne, di ritorno, gli esiti e di collegarsi in tempo reale con i centri di riferimento per la specifica patologia, ottenendone informazioni e consulenza.

Per esempio: una famiglia avente un problema socio/sanitario per un bambino, via e-mail o telefonicamente tramite un call center esperto, può ottenere tutte le informazioni sulla gamma di attività (loro dislocazione, modalità di accesso ed eventuale costo) di routine o di emergenza, offerte al momento.

Il pediatra di base può dialogare con il centro specialistico competente, già individuato ed organizzativamente

coinvolto in attività di consulenza on line. Può prenotare direttamente l'accesso alla singola prestazione o al *day service* o al reparto di degenza del caso, leggere i referti e le cartelle cliniche, ottenere consulenza e fornire le informazioni sull'anamnesi.

La famiglia direttamente, o tramite l'intermediatore sociale per eccellenza, che è l'assistente sociale, può ottenere tutte le informazioni sui servizi all'infanzia (pubblici e/o privati) o sulle forme di assistenza previste nello specifico caso; per poi accedere al servizio richiesto con prenotazione diretta.

L'esempio potrebbe facilmente ripetersi per i pazienti oncologici, i diabetici, i cardiopatici, ecc., ossia tutte quelle patologie croniche che già hanno fatto sviluppare ai servizi pubblici protocolli e presa in carico dei pazienti. Meno immediata, ma altrettanto semplice da realizzare, nel caso di compresenza di più patologie o trattamenti post ricovero.

Dall'esempio si ricava chiaramente che la maggior parte delle informazioni esistono già in rete, laddove sono stati organizzati "centri unificati di prenotazione", mentre altre sono esito di mutamenti organizzativi nei servizi e richiedono la collaborazione dei professionisti. Cambiamenti comunque richiesti da una società sempre più complessa, che impone l'integrazione ed il lavoro di équipe per il raggiungimento dell'eccellenza. Il limitato sforzo organizzativo viene ampiamente ricompensato dall'accrescimento professionale e dall'esponenziale crescita dell'efficacia terapeutica.

Per non parlare della qualità della vita del "paziente", che oggi sembrerebbe prendere il nome dalla estenuante fatica nella ricerca e nell'accesso alle prestazioni.

Licia Mignardi e Daria Auniller Vandac

Sanità on line

Le determinanti socio-economiche della salute

Una ricerca sul world wide web

Tutti i Paesi industrializzati stanno riscontrando pressioni al fine di migliorare i sistemi sanitari che derivano principalmente da nuove tecnologie, dal cambiamento delle aspettative dei cittadini e dalle risorse limitate. Allo stato attuale sembra che questi Paesi siano tutti impegnati a vincere una sorta di partita a scacchi per attuare nuove politiche sanitarie ciascuno con pedine e posizioni diverse, ma con stessa scacchiera e regole di gioco.

Una delle classificazioni più conosciute dei sistemi sanitari è quella del WHO. Nei Paesi industrializzati sono stati utilizzati due modelli: il modello del Cancelliere Bismark – sistemi sanitari finanziati con contributi di lavoratori e datori di lavoro – e il modello di Lord Beveridge – sistemi sanitari finanziati con la tassazione. Tuttavia, lo studio dimostra che l'accesso universale ai servizi sanitari senza costi diretti per i cittadini non ne garantisce l'efficienza, l'efficacia e l'equità di accesso. Equità significa che lo stesso trattamento viene applicato a tutti i cittadini. Efficienza significa che le spese sanitarie sono tenute sotto controllo, tenendo in considerazione i risultati in termini di salute ottenuti. In questo senso gli USA risultano essere collocati al livello più basso, indipendentemente dal modello adottato. Nei Paesi OECD si è vista una tensione crescente tra il desiderio della popolazione di pagare tasse minori e la necessità dei pazienti di avvalersi di servizi sanitari sia quando essi sono gratuiti che quando prevedono un costo di utilizzo. Queste tensioni vengono rese più acute dalla disponibi-

lità di nuove tecnologie e dalla crescente domanda di assistenza. Alcuni osservatori hanno previsto un crollo dei sistemi a finanziamento pubblico sotto la spinta di spese crescenti, tuttavia i Governi sono in grado di controllare le nuove domande attraverso l'utilizzo di politiche sociali. Questi Governi hanno inoltre avuto in passato la capacità di gestire le diverse ondate relative alle politiche assistenziali. Importanti vantaggi possono essere raggiunti attraverso un utilizzo efficiente ed efficace delle risorse.

In questi ultimi anni si è visto che la salute degli individui è strettamente legata a quella della comunità, dove i cittadini vivono, lavorano e trascorrono il loro tempo libero. La salute della comunità è profondamente influenzata dai principi, attitudini e comportamenti di ciascun soggetto. I governi locali con la collaborazione dei vari settori economici e sociali sono in grado di intraprendere una serie di attività volte al miglioramento della salute dei propri membri.

Per facilitare il raggiungimento degli obiettivi nei Paesi dell'Unione, la Commissione Europea ha fatto un suo primo tentativo per fornire un quadro macroeconomico nel settore sanitario in Europa. Questo studio è stato esaminato al summit di Barcellona nel marzo scorso ed in questa occasione la Commissione ha posto enfasi sulla necessità non di destinare ulteriori fondi nel settore sanitario, ma sul fatto che non esiste una correlazione diretta tra il livello di spesa ed i risultati ottenuti sulla salute dei cittadini.

Health Impact Assessment

Viene largamente accettato che la salute di una popolazione dipende da una varietà di fattori e che il miglioramento della salute pubblica risiede al di fuori del sistema sanitario di una na-

zione. Nel Regno Unito l'*Health Impact Assessment* (HIA) identifica quelle attività e politiche sociali che possono avere un impatto sulla salute dei cittadini. Si tratta di un processo multidimensionale che vede l'utilizzo sia qualitativo che quantitativo di analisi di politiche sociali *evidence based*. La sua applicazione include la valutazione di politiche nazionali, piani urbani locali, trasporto e progetti sul controllo dell'agricoltura e delle risorse idriche. Il modello dell'HIA si fonda sul principio che fattori economici, politici, sociali, psicologici e ambientali determinano la salute di una popolazione. Il Regno Unito ha riconosciuto per la prima volta questi fattori con il documento denominato *Saving Lives: Our Healthier Nation*. Il *Department of Health* inglese ha sostenuto lo sviluppo dell'HIA sia a livello centrale che locale, tuttavia i progressi di questa applicazione sono stati molto lenti.

Potenziali indicatori di salute secondo il mod. HIA:

- fattori biologici - età, sesso, genetica;
- maternità e contraccezione;
- comportamento soggettivo e stile di vita - alimentazione, tabagismo, uso di alcol, esercizio fisico;
- ambiente psico-sociale - struttura familiare, rete sociale locale, cultura, esclusione sociale;
- ambiente fisico - acqua, aria, alloggi, trasporti, inquinamento acustico, smaltimento rifiuti;
- fattori socio-economici - occupazione, scolarizzazione;
- servizi pubblici - qualità e possibilità di accesso a servizi di assistenza ai bambini, trasporti, negozi, scuole, centri sportivi, servizi sanitari e sociali;
- politiche pubbliche - economia, welfare, crimine, trasporti, salute.

Il modello HIA è stato utilizzato in diversi programmi tra i quali il progetto per lo sviluppo di politiche agricole

e risorse idriche in Africa, in Asia e nel Medio Oriente; è stato implementato anche in Canada e nella Columbia Britannica.

I limiti di questo metodo sono spesso legati a problemi finanziari e di tempo e pur essendo un modello in uso nel Regno Unito è in continua evoluzione e non è ancora in grado di fornire degli strumenti validati per il suo utilizzo. L'*Health Impact Assessment* è centrato sul valore dell'*impegno* che dovrà essere intrapreso sia da parte delle Comunità Locali e dallo Stato, che dal cittadino per migliorare lo stato di salute di una nazione. Il *Gothenburg Consensus Paper* (1999) descrive 4 valori che sono importanti per l'HIA. Uno di questi è la democrazia che viene definita come «il diritto delle persone a partecipare ad un processo trasparente per la formulazione, implementazione e valutazione di politiche che influenzano le loro vite». Un altro riguarda la flessibilità del modello da adottare: occorre la capacità di analizzare le risorse per poterle utilizzare in modo più valido. Gli studi sulle determinanti della salute devono essere spendibili al di fuori dell'ambiente scientifico.

Molti Paesi hanno l'obbligo legale di effettuare delle verifiche sull'impatto che le decisioni politiche hanno sulla salute dei cittadini. In Europa l'art. 129 del Trattato di Maastricht (1992) e l'art. 152 del Trattato di Amsterdam (1997) richiedono che i Paesi dell'Unione facciano dei controlli per evitare che decisioni politiche possano minare la promozione della salute. Poco è stato fatto in questo senso. La *Ottawa Charter* (1986) stabilisce che le politiche sociali debbono favorire la promozione della salute attraverso decisioni politiche specificamente designate come ad esempio proibire la pubblicità per le sigarette; oppure attraverso politiche non direttamente collegate alla salute come quelle sui tra-

sporti, educazione e sull'economia. Il programma del WHO relativo alla creazione di città più sane (1987) ha stimolato l'attenzione sul ruolo strategico degli enti locali. In tempi più recenti si sono visti importanti sviluppi nei piani di enti locali in aggiunta ad iniziative di comunità locali che sono nate in risposta ad una crescente consapevolezza dei cittadini sugli effetti che l'ambiente può avere sulla salute.

Implicazioni delle politiche sui trasporti

Le politiche sui trasporti hanno acquisito un ruolo centrale tra gli indicatori della salute, sia in senso positivo che negativo. La Conferenza sull'Ambiente che si è svolta a Londra nel giugno 1999, tenuta dal WHO, ha stabilito i seguenti punti relativi alla *Charter on transport, environment and health*:

- Le politiche sui trasporti hanno importanti ripercussioni sulla salute attraverso il loro effetto sull'inquinamento atmosferico, rumori, incidenti, cambiamenti climatici, e con la promozione di attività più sicure come camminare o andare in bicicletta. Tutto questo produce delle conseguenze sulla salute di buona parte della popolazione, non solo di coloro che usano mezzi di trasporto.
- Il peso sociale dei trasporti sulla salute è più elevato di quanto non ci si aspetti, in parte perché gli utilizzatori non pagano tutte le spese relative al trasporto che stanno usando.
- Sia la popolazione che i politici necessitano di essere informati sulle conseguenze che le scelte individuali sui trasporti hanno sulla salute di una popolazione e sull'uso del territorio.
- I professionisti della salute hanno un ruolo chiave nel fornire queste informazioni e misurare l'impatto sociale delle politiche dei trasporti.

La popolazione che in generale fa poca attività fisica potrebbe avere l'opportunità di ridurre il rischio di sviluppare il diabete, l'ipertensione e migliorare le capacità funzionali dell'organismo. La promozione di queste attività dovrà comunque comportare un miglioramento delle condizioni di sicurezza nelle strade. La nostra società sembra disposta a tollerare dei rischi elevati in merito al trasporto con mezzi a motore. Circa 120.000 persone muoiono nei 51 Paesi del WHO della Regione Europea a causa di incidenti stradali, di cui un terzo riguarda persone con meno di 25 anni. La velocità delle auto costituisce una causa importante della mortalità sulle strade. Una riduzione dell'1% comporta una riduzione del 3% degli incidenti stradali. È dimostrato che il traffico stradale contribuisce al cambiamento climatico ed è responsabile in modo diretto per alcune alterazioni che sono avvenute nell'ambiente globale. Questi cambiamenti avranno importanti conseguenze sulla salute che vanno ben oltre la locazione del traffico. L'attuale esposizione all'inquinamento atmosferico riscontrato nei Paesi Europei produce effetti negativi sulla salute.

Circa il 65% della popolazione europea è esposta ad un livello di suono che produce disfunzioni fisiche, problemi di linguaggio e disturbo del sonno. Il rumore interferisce con la memoria, attenzione e con la capacità di analisi. Il trasporto è la maggior causa di rumore in Europa, ove la media di autoveicoli si attesta ad una unità ogni due abitanti. Strade affollate inducono i bambini a non uscire per giocare, camminare o andare a scuola in bicicletta. Questo ha degli effetti negativi sulla loro capacità di autonomia e di socializzazione e determina un'attitudine futura all'uso di auto o moto. Strade molto frequentate sono state associate con scarsa creazione di reti sociali di vicini,

e questo ha effetti negativi sulla salute. Una parte rilevante di soggetti, sia adulti che bambini, coinvolti in incidenti stradali ha sviluppato disturbi psico-sociali post-trauma.

Una Comunità più sana

Una comunità sana è quella che fonda i suoi principi sul fatto che "salute" è molto di più che assenza di malattia; una sana comunità è quella che include quegli elementi che permettono alla popolazione di mantenere un'alta qualità della vita.

Migliorare la qualità della vita significa:

- offrire accesso a servizi sanitari che siano in grado di fornire sia trattamenti adeguati che prevenzione;
- sicurezza;
- strade, scuole, giardini ed altri servizi pubblici in grado di soddisfare le esigenze della popolazione;
- avere un ambiente sano.

Negli Stati Uniti il *Department Of Health and Human Services* (HHS) ha sviluppato, a partire dal 1990, un programma per definire obiettivi in grado di migliorare la salute di ciascuna comunità. *Healthy People 2010* è il terzo modello di durata decennale creato dall'HHS ed è stato prodotto per il raggiungimento di due obiettivi:

1. aumentare la qualità e gli anni di una vita sana;
2. eliminare disparità nella salute.

Queste due finalità sono supportate da 467 obiettivi focalizzati in 28 aree. *Healthy People 2010* definisce un set di 10 priorità che sono ritenute fondamentali per la salute del Paese: 1) attività fisica; 2) sovrappeso e obesità; 3) tabagismo; 4) abuso di sostanze stupefacenti; 5) comportamento sessuale responsabile; 6) salute mentale; 7) incidenti e violenze; 8) qualità ambientale; 9) vaccinazioni; 10) accesso ai sistemi di cura.

Il primo scopo di *Healthy People 2010* è quello di migliorare la qualità della vita nei prossimi anni aiutando i cittadini ad acquisire quelle conoscenze, motivazioni ed opportunità che occorrono per essere in grado di prendere le opportune decisioni sulla propria salute. Nello stesso tempo questo modello incoraggia i leaders politici a fare politiche di promozione della salute, creare un ambiente più sano ed aumentare l'accesso a cure di elevata qualità. Poiché gli individui e la loro comunità sono inseparabili, entrambi questi soggetti debbono avere un ruolo importante per aumentare le aspettative di vita e migliorare la qualità della vita.

Il secondo scopo è quello di eliminare le disparità nella salute tra i vari segmenti di popolazione tra le quali troviamo discriminazione in base a differenze sessuali, razza o etnia, scolarizzazione, reddito, invalidità, locazione geografica e orientamento sessuale.

Mediamente gli uomini hanno un'aspettativa di vita di 6 anni inferiore a quella delle donne.

Le persone che vivono in aree rurali hanno meno probabilità di fare indagini di controllo preventive, fare esercizio fisico abituale o indossare cinture di sicurezza. I tempi di accesso a servizi di pronto soccorso e la disponibilità di cure specialistiche sono indicatori fondamentali per questo gruppo di popolazione.

Disparità di reddito e di scolarizzazione sottolineano disuguaglianze nella salute dei cittadini americani in quanto sono associate a differenze nel presentarsi di malattie e morte, compresi disturbi cardiaci, diabete, obesità, elevata pressione sanguigna e scarso peso neonatale. Redditi più elevati permettono alloggi migliori ed una vita in quartieri più sani ed aumentano la possibilità di assumere atteggiamenti più salutari. Comportamenti individuali e fattori ambientali sono responsabili per circa

il 70% di morti premature registrate negli Stati Uniti.

Fattori biologici e sociali influenzano la salute attraverso un'interazione reciproca con l'ambiente fisico e sociale di un individuo. Le politiche e gli interventi pubblici possono migliorare la salute ponendo come obiettivi quei fattori legati ai cittadini ed al loro ambiente, ivi compreso l'accesso a cure di qualità.

Rossana Giacomoni

Siti Web da cui è stata tratta la bibliografia

BritishMedicalJournal: www.bmj.com

Black N. (2001), *Evidence Based Policy: proceed with care*, "BMJ", n. 323: 275-279.

Dora C. (1999), *A different route to health: implications of transport policies*, "BMJ", n. 318: 1686-1689.

Evans D.B. (2001), *Comparative efficiency of national health systems: cross national econometric analysis*, "BMJ", n. 323: 307-310.

Herriot N. and Stein K. (2001), *Improving Health Impact Assessment*, "BMJ", Electronic responses n. 323, 11 December: 1177-1182.

Jayne P. and Stevens A. (2001), *Health Impact Assessment is about engagement*, "BMJ", n. 323: 1177-1182.

Lock K. (2000), *Health Impact Assessment*, "BMJ", n. 320: 1395-1398.

Nicholls S. (2001), *Health impact assessment is about engagement*, "BMJ", n. 323: 1177-1182.

Sassi F., Le Grand J. and Archard L. (2001), *Equity versus efficiency: a dilemma for the NHS*, "BMJ", n. 323: 762-763.

Watson R. (2001), *European Countries face similar problems of demographic ageing and higher patients expectations*, "BMJ", n. 323: 1388.

Journal of Medical Ethics Online:
www.bmj.com

Culyer A.J. (2001), *Economics and ethics in Health Care*, "J Med Ethics", n. 27: 217-222.

Maynard A. (2001), *Ethics and Health Care underfunding*, "J Med Ethics", n. 27: 223-227.

PubMed

Lambert D.C. (2001), *The health of developed countries: which is the most cost effective delivery system?*, "Pub Med", n. 41(1): 5-27.

The Lancet: www.thelancet.com

Dixon J. (2001), *Reforming Health Care, Saskatchewan style*, "Lancet", vol. 358, n. 9281: 526.

Künzli N. & Coll. (2000), *Public - Health Impact of outdoor and traffic-related air pollution: a European assessment*, "Lancet", vol. 356, n. 9232: 795-801.

Linch & Coll. (2001), *Income inequalities, the psychosocial environment, and health: comparison of wealthy nations*, "Lancet", vol. 358, n. 9277, 21 luglio.

Macfarlane S. & Coll. (2000), *Public Health in Developing Countries*, "Lancet", vol. 356, n. 9232: 841-846.

Mathers C.D. & Coll. (2001), *Global Programme on Evidence for Health Policy*, WHO, Geneva, "Lancet", vol. 357, n. 9269: 1633.

McKee M. and Jacobson B. (2000), *Public health in Europe*, "Lancet", vol. 356, n. 9230, 19 agosto.

World Health Organisation: www.who.org

Hurst J. (2000), *Challenges for health systems in member countries of OECD*, "Bull WHO Organ", n. 78(6): 751-60.

www.health.gov/healthypeople/document

Summaries

The “Bottom-Up” Construction of the Citizen’s Charter

(Cleto Corposanto e Adriano Passerini)

Cleto Corposanto and Adriano Prosperini tell us how the *Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari* (APSS) of Trento is developing its own Citizen’s Charter. The Citizen’s Charter, beyond its communicative function, is a very powerful tool to improve the social and organizational quality of health care organizations. The originality of the APSS Citizen’s Charter lies in the procedure by which it has been developed. Associations of patients and citizens have given advice about expected quality standards of health services. In that way, the Citizen’s Charter of the APSS is increasingly stressing its community base.

Politics and Society: Where Health Was Born and Died. The Strategies for Health Policies (*Piani per la Salute*) in Emilia-Romagna Area: A Conceptual Framework

(Angelo Stefanini)

The *Piani Per la Salute* (Strategies for Health Policies) are an institutional tool of Emilia-Romagna Area (Italy). The aim of the PPS is to find out social factors that can affect the health of the population. As many scholars and researchers have pointed out there are many factors that are not strictly connected to health care that can influence health status: Environment, Economic Factors, Social Networks, Education etc. Angelo Stefanini gives a description and makes an analysis of the way Emilia-Romagna tries to identify “needs of health” (which contains needs of care, but also other needs), to increase the efficacy of services and to create synergies between institutions and communities.

Case-studies of Citizen’s Partecipation in Health Care Organizations. A Comparison between Italy, Great Britain and Brazil

(Mauro Serapioni)

Serapioni focuses his attention on the involvement of voluntary and patients associations in the management of health care organizations. The research is cross-national and Serapioni is concerned with Italy, Great Britain and Brazil. In a general way, argues Serapioni, the “mixed” associations, composed by citizens and

professionals (Italy and Brazil) are more likely to affect management decisions, while associations composed by only citizens (Great Britain) are less able toward it. Specifically, the *Conselhos Municipais de Saúde* (Brazil) play a deliberative-function (even if in real terms they have little power); the *Community Health Councils* (GB) have a control function on management decisions and the Italian *Comitati Consultivi Misti* have an advisory function.

Rediscovering Patients

(Pat Straw)

Health care is probably unique in having so many people working within it who are deeply committed to providing the best possible standards of care to others. However, we cannot assume from this that clinicians or managers *systematically* involve patients, as equal partners or as 'experts', either in relation to their actual care, or in the planning, development and delivery of services. Lothian University Hospitals NHS Trust (LUHNT) in Edinburgh, one of the largest acute teaching trusts in Britain, decided to dramatically change this situation in an ambitious new programme, the first of its kind in Britain and the largest of its kind in the world. Following a two-year review of patient consultation methods in Europe and the US, LUHNT is now working with Picker Institute Europe, a charitable research organisation affiliated to the academic centres of Harvard and Oxford, on a programme of organisational learning, driven by the priorities of patients.

Notizie sugli autori

Leonardo Altieri, Professore Associato presso la Facoltà di Scienze Politiche dell'Università di Bologna.

Leonardo Allodi, Professore Associato, insegna Cultura e globalizzazione presso la Facoltà di Scienze Politiche dell'Università di Bologna (Sede di Forlì)

Anna Apicella, Sociologa sanitaria, consulente per la Regione Liguria, nonché responsabile Ufficio Qualità ASL 2 Savonese.

Laura Biagetti, Biologo dirigente dell'Ufficio Qualità, ASL Bologna Nord.

Sara Capizzi, specializzata in Sociologia Sanitaria, collabora con l'ASR Emilia-Romagna.

Maria Antonietta Capraro, Presidente Regionale dell'Associazione CODICI della Sicilia.

Gabriele Cavazza, Direttore sanitario dell'ASL Bologna Nord.

Ivan Cavicchi, insegna Sociologia Sanitaria presso l'Università "La Sapienza" di Roma; ha ricevuto una laurea honoris causa in Medicina e Chirurgia. Direttore della rivista "Kéiron", collabora con il Sole 24 Ore-Sanità come opinionista per la rubrica "Interferenze".

Cleto Corposanto, Professore Associato di Metodologia e Tecnica della Ricerca Sociale alla Facoltà di Sociologia dell'Università di Trento, dove insegna anche Statistica Sociale e Statistica per la Ricerca Sociale.

Alberto Felice De Toni, Co-segretario nazionale del Movimento dei Cittadini.

Monica Dotti, Sociologa presso il Sistema Qualità dell'Azienda USL Modena.

Valentina Gerri, Sociologo dirigente dell'Ufficio Qualità, ASL Bologna Nord.

Rossana Giacomoni, laureata in Scienze Politiche, frequenta il Master "La valutazione della qualità dei servizi socio-sanitari" (Università di Bologna).

Guido Giarelli, Ricercatore, insegna Politica Sociale e Sanitaria presso la *Scuola di Specializzazione in Sociologia Sanitaria* dell'Università di Bologna.

Francesca Guarino, dottoranda in Criminologia presso il Dipartimento di Sociologia dell'Università di Bologna.

Carlo Hanau, Docente di Economia Sanitaria presso la *Scuola di Specializzazione in Sociologia Sanitaria*, nonché Presidente del Tribunale della Salute di Bologna.

Antonio Maturo, Ricercatore presso la Facoltà di Scienze Politiche (sede di Forlì) dell'Università di Bologna.

Luigi Mazza, specializzato in Sociologia Sanitaria e funzionario dell'Assessorato alle Politiche Sociali (R&R), è attualmente dottorando in Criminologia presso il Dipartimento di Sociologia dell'Università di Bologna.

Rosanna Memoli, Professore ordinario di Sociologia presso l'Università "La Sapienza" di Roma.

Licia Mignardi, Direttore marketing di CUP2000.

Lara Nanetti, Sociologo dirigente dell'Ufficio Qualità, ASL Bologna Nord.

Adriano Passerini, Sociologo presso il Servizio rapporti con il pubblico dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia autonoma di Trento.

Teresa Petrangolini, Segretario generale di Cittadinanzattiva.

Nicoletta Poppi, Sociologa presso il Sistema Qualità dell'Azienda USL Modena.

Francesco Santanera, Coordinatore del CSA di Torino (Coordinamento Sanità e Assistenza fra i movimenti di base).

Mauro Serapioni, Docente presso il Dipartimento di Ciências da Saúde dell'Università Estadual do Ceará e presso la Escola de Saúde Pública do Ceará, Brasile.

Angelo Stefanini, Medico, lavora al Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università di Bologna ed è consulente della Regione Emilia-Romagna, Assessorato Sanità, presso cui coordina il progetto regionale "Piani per la Salute".

Pat Straw è Quality Manager/Picker Programme Director presso il Royal Infirmary of Edinburgh, Lothian University Hospitals NHS Trust.

Marco Trabucchi, Professore Ordinario Università di Roma "Tor Vergata" e Direttore Scientifico Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia.

Daria Aumiller Vandac, Consulente presso il CUP2000.

Angela Zanichelli, Sociologa, Dirigente presso l'Azienda USL di Parma, collaboratrice della Regione Emilia-Romagna, Assessorato Sanità, nello staff di coordinamento del progetto regionale "Piani per la Salute".