

NOTE

Attualità

A doppia cifra. Salute e Società dieci anni dopo

Antonio Maturo, Linda Lombi, Paola Canestrini, Alessia Manca, Matteo Moscatelli*

1. Il Manifesto di *Salute e Società*, dieci anni dopo

Rileggere, a distanza di dieci anni, il primo editoriale di *Salute e Società* – curato di Costantino Cipolla, Direttore scientifico della rivista – scatena un complesso intreccio di emozioni e, lasciatecelo dire, di soddisfazioni.

All'epoca, i temi della centralità del cittadino, dell'umanizzazione e della personalizzazione della presa in carico, della qualità socio-sanitaria (solo per citare alcune dimensioni fondative su cui la rivista ha posto le proprie basi)

assumevano sempre più rilevanza all'interno dei dibattiti scientifici e nelle arene politiche – anche grazie alla pionieristica azione di Achille Ardigò (*Presidente del Comitato Scientifico di Salute e Società fino alla sua morte*). Quelle che ieri erano idee ancora *in fieri*, proposizioni di intenti dalle sembianze ambiziose se collocate nel contesto del tempo, oggi sono divenute dimensioni ineludibili del sistema socio-sanitario. *Salute e Società* ha attraversato questi mutamenti, li ha anticipati e consolidati attraverso gli scritti di centinaia di autori del mondo accademico e professionale.

Parlando del futuro della rivista (che oggi ha un proprio passato di spessore), Costantino Cipolla illustrava il Manifesto di *Salute e Società* richiamando alcuni principi: onestà e coraggio civile, rigore scientifico, continuità ed apertura internazionale. Tali principi hanno trovato la loro estrinsecazione attraverso la modulazione dei contenuti (temi dei numeri monografici) e delle forme (struttura dei volumi e processi

* Antonio Maturo, professore associato, insegna Sociologia della salute presso l'Università degli studi di Bologna). Linda Lombi, dottore di ricerca in sociologia, è assegnista presso l'Università degli studi di Bologna. Paola Canestrini è dottoranda in Politiche sociali e sviluppo locale presso l'Università degli studi di Teramo. Alessia Manca è dottoranda in Sociologia presso l'Università degli studi di Bologna. Matteo Moscatelli è dottorando in Scienze Organizzative e Gestionali presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano. L'articolo è frutto di una discussione comune, tuttavia Linda Lombi ha scritto il paragrafi 1 e 5; Paola Canestrini il paragrafo 3; Matteo Lanzetti il paragrafo 4.1; Alessia Manca il paragrafo 4.2 e Antonio Maturo il restante. Corresponding author: antonio.maturo2@unibo.it

di realizzazione). L'onestà ed il coraggio civile si sono rivelati affrontando tematiche sensibili, complesse dalla prospettiva etica, come ad esempio il tema della medicalizzazione della vita (Maturò e Conrad, 2009), delle biotecnologie (Giacca e Gobbato, 2010), delle disposizioni sulla propria morte (Clemente e Cersosimo, 2011), solo per fare alcuni esempi. Inoltre, tali dimensioni hanno trovato terreno fertile attraverso il riconoscimento del valore della critica a cui viene destinato spazio sia in ciascun numero (si pensi alla sezione *Commenti* che segue il *Dibattito*) sia, trasversalmente e in maniera più evidente, in alcuni numeri specifici (Marradi e Nigris, 2010; Cipriani, 2011). Il rigore scientifico rappresenta un presupposto chiaro ed ineludibile della rivista per il quale il referaggio a doppio cieco ne rappresenta la garanzia più evidente. La continuità non solo è stata garantita, ma ci siamo spinti oltre attraverso la pubblicazione di numerosi supplementi (nove in dieci anni) usciti insieme ai numeri programmati per dare voce a temi ed autori che richiedevano uno spazio di confronto intellettuale e di riflessione scientifica. Infine, l'interna-

zionalizzazione non poteva che cercare nuovi canali e nuove forme: il numero dei corrispondenti internazionali si è accresciuto negli anni così come quello degli autori stranieri, senza considerare che da qualche anno la rivista esce sempre in italiano e in inglese (on-line e, a volte, anche in versione a stampa).

La rivista non è cresciuta solo nel suo interno, ma è divenuta il cuore di una molteplicità di attività connesse alle tematiche afferenti alla sociologia sanitaria. Nell'Editoriale curato dal Direttore scientifico si citavano alcune iniziative indirette collegate alla rivista, come ad esempio la Scuola di Specializzazione in Sociologia Sanitaria fondata dal compianto prof. Ardigò e allora diretta proprio dal prof. Cipolla. La riforma universitaria ha cancellato tali scuole, ma le iniziative messe in campo sono state molteplici e tutte hanno visto la partecipazione a vario titolo della nostra rivista. Sul piano formativo, l'offerta ha riguardato sia la formazione Universitaria di base e specialistica, sia quella legata all'Alta Formazione¹. Sul piano del confronto intellettuale, sono stati organizzati decine di seminari e convegni². È stato istituito

1. Rispetto alla formazione di base e specialistica, si segnalano alcuni corsi di laurea, oggi non più attivi a causa del processo di razionalizzazione dell'offerta formativa, istituiti presso la Facoltà di Scienze Politiche R. Ruffilli (Università degli studi di Bologna, sede di Forlì): laurea triennale in Sociologia del Terziario avanzato; Laurea specialistica in Benessere, sicurezza e sociologia della salute; Laurea Magistrale in Sociologia, politiche sociali e sanitarie. Rispetto all'Alta formazione, si evidenziano alcune iniziative attualmente attive come il Master universitario di I livello in "e-Health, fascicolo sanitario elettronico e reti sociali" (riformulazione del Master "Valutazione della qualità dei servizi socio-sanitari") e il Corso di Alta Formazione in "Dalla programmazione alla progettazione sociale". In passato, sono state organizzate più edizioni dei seguenti corsi di Alta formazione: "Welfare state e cittadinanza: gay, lesbiche, bisex, trans (GlbT)"; "Metodologia della ricerca sociale ed epidemiologica applicata alle sostanze psicoattive"; "Sociologia della salute e medicine non convenzionali"; "e-Health, fascicolo sanitario elettronico e reti sociali".

2. Impossibile qui citarli tutti per ovvie ragioni di spazio. Un riferimento particolare va al Convegno organizzato a Forlì per celebrare il primo lustro della rivista (19-21 Aprile 2007) in occasione del quale hanno risposto al *call for paper* oltre 200 autori, molti dei quali sono poi stati stesi invitati a stendere articoli e saggi pubblicati sia nella rivista *Salute e Società* sia nella collana edita da FrancoAngeli che porta lo stesso nome.

un centro interdipartimentale di studi denominato Ce.Um.S (Centro Studi Avanzati sull'Umanizzazione delle Cure e sulla Salute sociale)³ che, attraverso la condivisione degli assi fondativi della rivista, promuove e coordina studi e ricerche sugli aspetti umani e relazionali della salute e della malattia. Insomma, *Salute e Società* ha assunto un ruolo di primordine nel promuovere il dibattito sulle tematiche connesse alla sociologia sanitaria nel nostro paese non solo direttamente attraverso i diversi volumi, ma anche attraverso una serie di iniziative che possono essere a vario titolo ricondotte alla nostra rivista.

2. L'organizzazione dei contenuti di *Salute e Società*

Nel campo delle riviste scientifiche *Salute e Società* presenta un'organizzazione dei contenuti originale. Generalmente, le riviste contengono una breve Introduzione, dei saggi ed eventualmente delle recensioni. *Salute e Società* è invece strutturata in modo più complesso. L'Introduzione, sempre dovuta ai curatori del numero, è preceduta da un Editoriale. L'Editoriale è scritto da una personalità prominente nel campo scientifico affrontato dal numero. Non bisogna infatti dimenticarsi che *Salute e Società* esce con numeri monografici e non con articoli eterogenei tra loro. L'Editoriale testimonia, generalmente, dell'importanza della tematica nel numero, senza entrare nel merito dei singoli articoli (che comunque vengono inviati all'editorialista). Gli articoli contenuti nella rivista sono divisi tra Saggi ed Esperienze. Nei Saggi è preminente l'aspetto teorico, mentre nelle Esperienze prevale l'aspetto empi-

rico o quello di testimonianza professionale. Vi è anche un altro tipo di articolo, che per anni ha animato una sezione detta Prospettive Internazionali. Fin dall'inizio, *Salute e Società* è infatti uscita con un contributo straniero in ogni numero. Il contributo viene sempre commentato da alcuni esperti. Fin dal 2002 abbiamo infatti pensato che l'internazionalizzazione non dovesse essere una dichiarazione di intenti, ma una prassi costante a cui attenersi. In redazione all'inizio si pensava a un commento pro e a uno contro, poi si decise di lasciare liberi i commentatori di prendere anche posizioni più sfumate. Generalmente, l'articolo dello straniero è inedito. In alcuni casi, si è però tradotto un articolo già pubblicato e che ritenevamo fosse un peccato non avere in italiano vista la sua importanza nel dibattito internazionale. In questi casi *Salute e Società* ha pagato i diritti d'autore (talvolta non simbolici). Recentemente, si è deciso di mutare il nome di Prospettive Internazionali in Dibattito. La ragione è semplice: visto che in molti numeri gli autori stranieri sono la maggioranza, l'internazionalizzazione è divenuta sistematica e non c'è bisogno di sottolinearla. Il punto principale che dimostra il nostro grado di internazionalizzazione è costituito dal fatto che da due anni tutti i numeri di *Salute e Società* escono anche in inglese (sempre on-line talvolta a stampa). Nella rivista vi è anche una sezione di Confronti/Tavola Rotonda in cui alcuni esperti dibattono sul tema specifico del numero in questione.

La redazione di *Salute e Società* si occupa delle Recensioni e delle Note, che a loro volta sono molto variegiate al loro interno (Attualità, Interventi, Lettere al Direttore, Glossario, Sanità

3. Il regolamento del Centro è stato pubblicato nella sezione Note nel n. 1 del 2011, già citato.

on-line, In memoriam). Lo sforzo redazionale va quindi oltre al classico lavoro editoriale. Accanto al supporto ai curatori, vi è costante necessità di coordinare i referaggi e monitorare le traduzioni in inglese.

3. I curatori e il rapporto tra accademici e professional

Come scritto nel *Manifesto*, l'obiettivo della rivista *Salute e Società* è «promuovere la conoscenza delle scienze sociali sulla salute nelle sue varie forme» attraverso l'ottica della sociologia. Forme che si concretizzano non solo nei molteplici temi affrontati durante questi dieci anni di attività, ma anche nell'averli sviscerati offrendo spunti di riflessione e prospettive plurime, concomitanti e talvolta complementari, a partire dalla sociologia della salute ed inglobando le discipline ad essa correlate. Si tratta di un *surplus* non indifferente per una disciplina come la nostra che si propone di studiare ed intervenire su ambiti vitali ed organizzativi in continuo mutamento.

Ciò è stato possibile attraverso l'apporto di personalità accademiche sapientemente preparate sul tema di volta in volta affrontato e grazie al contributo di coloro il cui sapere coincide con la quotidianità del proprio mestiere, generato dallo "sporcarsi le mani". Così, in diversi numeri della rivista, accanto alla voce degli studiosi "puri", gli accademici, si è affiancata quella di chi riporta l'esperienza sul campo, i *professional*. La prospettiva assunta non è quella di una contrapposizione tra due "saperi", bensì la creazione di un piano di condivisione in grado di realizzare una guida epistemologica della sociologia della salute senza cadere nella ricerca sociale condotta da presupposti burocratici ed amministrativi, da una parte, o di un'azione sociale priva dei

fondamenti su cui si basa la spendibilità del sapere sociologico, dall'altra.

L'approccio adottato va quindi nella direzione dell'innovazione, nel tentativo di creare nuovi universi epistemologici e metodologici della sociologia della salute, destrutturando e ristrutturando campi conoscitivi talvolta delimitati in maniera forzosa ed artificiosa. L'intenzione è quella di risanare una non sempre comprensibile contrapposizione tra sociologia "accademica" e "professionale" che solca il terreno complesso ed accidentato della sua definizione di scienza sociale.

Probabilmente la configurazione tra queste due vocazioni rinvenibile negli spazi della sociologia della salute può essere attribuita alla natura dei suoi paradigmi e dei suoi costrutti teorici e metodologici, atipici rispetto alla strutturazione delle scienze umane tradizionali. Tuttavia, la conoscenza del mondo sociale costruisce necessariamente il carattere scientifico delle sue proposizioni sulla loro verificabilità in ambito empirico, storicamente determinato, riducendo l'assolutezza dei fondamenti logici e rimandando continuamente l'elaborazione teorica alla validazione empirica dei costrutti (Minardi, 2012).

Per tale ragione, la sociologia della salute può essere considerata un discorso logico analitico sui mondi sociali che non si esaurisce nella rigorosità delle sue proposizioni o nella valutazione dei fatti e dei processi osservabili, ma rimanda costantemente alle dimensioni contingenti della realtà sociale.

Il mantenimento della contrapposizione tra vocazione accademica e professionale nei diversi contesti scientifici ed operativi tende a rafforzare una visione critica, quando non negativa, della sociologia della salute, tanto che la sua efficacia e il suo ruolo vengono talvolta considerati insufficienti nell'ambito sia delle scienze sociali che delle tecniche applicative dei suoi modelli di

analisi. Una divaricazione, in questo senso, che non restituisce autorevolezza alla nostra scienza e che può essere superata, a nostro modo di vedere, attraverso una ricomposizione degli approcci, delle funzioni analitiche e diagnostiche nei confronti della complessità sociale in mano alla sociologia della salute.

3.1. *Accademici, professional e miscellaneus*

Da una disamina dei curatori dei fascicoli pubblicati da *Salute e Società* nei suoi primi dieci anni di esistenza emerge la ricchezza della programmazione editoriale in quanto si trovano tematiche affrontate prettamente da personalità accademiche, insieme ad altre discusse da alcune figure professionali ed altre ancora curate da entrambe.

Nel primo caso rientrano, ad esempio, il numero della rivista concernente la *Narrative-based medicine* curato dal professor Roberto Cipriani (a. IX, n. 2, 2010), ordinario di sociologia e direttore del Dipartimento di Scienze dell'Educazione dell'Università di Roma Tre, che vanta posizioni di presidenza in alcune importanti associazioni di sociologia italiane e straniere ed esperienza nella trattazione delle problematiche teorico-metodologiche attraverso la conduzione di numerose ricerche di carattere sia teorico che empirico. Un'altra figura di rilievo nel panorama sociologico accademico è rappresentato da Marco Ingrosso, ordinario di sociologia presso l'Università di Ferrara dove è direttore del "Laboratorio di Studi Sociali sulla Salute e il Benessere sociale Paracelso". Ingrosso, che ha curato il numero di *Salute e Società* concernente i percorsi nella comunicazione della salute tra reti e relazioni (a. VI, n. 1, 2007), svolge attività di ricerca e formazione su temi di educazione, promozione e

comunicazione della salute, del benessere sociale, della cura.

Sul fronte del contributo empirico fornito dai sociologi professionali della salute, ampio spazio di riflessione è stato dato dalla rivista negli ultimi anni. Ricordiamo a tal proposito il contributo offerto dalla Società Italiana di Sociologia della Salute (SISS), un'associazione che opera nella prospettiva di integrazione tra saperi accademici e professionali. La SISS ha curato ben due numeri della rivista: il primo intervento risale al 2004, *La sociologia della salute in Italia: temi, approcci, spendibilità*, mentre il secondo, *Essere e Fare il sociologo in sanità*, al 2009. In queste due occasioni la SISS ha avuto voce e spazio per definire le direttrici sulle quali si basa il suo spirito di riaggregazione delle diverse anime dei sociologi che lavorano nella sanità con il proposito di sviluppare una strategia operativa capace di rafforzare consapevolezza, estendere conoscenze e suggerire strumenti di integrazione (a. VIII, n. 3 – supplemento, SISS 2009). L'insieme di conoscenze che vengono messe a disposizione attraverso le pagine di questi due numeri della rivista testimoniano un sapere che non ha nulla da invidiare alle discipline scientifiche propriamente dette, ma che si propone come espressione delle istanze di trasformazione e di miglioramento riscontrabili nella realtà sociale, offrendo altresì un'occasione di confronto e di interscambio tra le "sociologie della salute" (a. III, n. 3, SISS 2004).

Proprio nello scenario delle nuove trasformazioni che riguardano i diversi ambiti della salute con le sue derive organizzative (quali le relazioni professionali, il rapporto medico-paziente, il processo di cura e la presa in carico del cittadino) si colloca il numero curato da Andrea Gardini, direttore sanitario dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara. Gardini, ne *L'ospedale del*

XXI secolo (a. VI, n. 3, 2007), analizza la situazione presente dell'organizzazione ospedaliera ipotizzando scenari di evoluzione futura e l'utilizzo concreto di possibilità innovative, toccando con mano questioni quali l'impatto della razionalizzazione delle risorse o delle nuove reti tecnologiche sulla salute dei cittadini fino a problemi di ordine etico, sostanziando di fatto le capacità del sapere professionale.

Sempre in tema di innovazioni, le acquisizioni della ricerca biologica sono oggetto di preoccupazioni non solo all'interno dei dibattiti accademici. Con un numero intitolato *Polis genetica e società del futuro* (a. IX, n. 3, 2010) la rivista *Salute e Società* ha voluto assegnare a Carlo Antonio Gobbatto, dirigente sociologo presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Udine e presidente della SISS, con il sostegno di Mauro Giacca, direttore dell'International Centre for Genetic Engineering and Biotechnology di Trieste, il compito di discutere l'impatto delle nuove biotecnologie sulla qualità della vita umana, sulla salute nonché proporre considerazioni sul piano della legittimazione sociale, della selezione genetica e della manipolazione del vivente.

Nello spazio aperto dalla rivista a contributi curati insieme da figure professionali e da accademici trovano collocazione temi che non potrebbero essere trattati altrimenti.

Rispetto alla riorganizzazione sanitaria legata alle possibilità offerte dalle innovazioni tecnologiche troviamo gli sviluppi della telematica sulla salute. La riflessione congiunta tra esperienza pionieristica e comprensione scientifica dell'alta rilevanza per questi moderni ambiti di studio è stata stimolata da Mauro Moruzzi, direttore generale di CUP 2000, società di e-health e e-care della Regione Emilia Romagna, ed accolta in due numeri della rivista: *e-care e salute* (Moruzzi, Maturo, a. II, n. 2,

2003) e *Telemedicina* (Moruzzi, Cipolla, a. III, n. 3 - supplemento, 2004).

Sebbene la nostra rivista guardi con vivo interesse alle tematiche più moderne concernenti le modalità di organizzazione del sistema salute, alcuni argomenti non tramontano mai nell'orizzonte della sociologia della salute. L'approccio recente a questi temi adottato da *Salute e Società* rientra nello spazio di integrazione tra saperi accademici e professionali. A tal proposito, il numero *Le disuguaglianze sociali in salute. Problemi di definizione e di misura* è uscito a firma di due professori – Giuseppe Costa, incardinato nella Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Torino e direttore della Struttura Complessa a Direzione Universitaria di Epidemiologia dell'Asl To3 del Piemonte e Cesare Cislighi, che insegna Economia Sanitaria presso l'Università di Milano e dirigente presso l'Agenzia Nazionale per i Servizi Regionali – e uno statistico, Nicola Caranci (a. VIII, n. 1, 2009). Similmente, *La sanità dei cittadini*, è stato curato dal professore Leonardo Altieri dell'Università di Bologna, esperto in valutazione dei servizi e delle politiche sociali e partecipazione dei cittadini, insieme a due *professional*: Maria Augusta Nicoli, responsabile dell'Area Comunità, Equità e Partecipazione dell'Agenzia Sanitaria e Sociale della Regione Emilia Romagna, e Vittoria Sturlese, coordinatrice del Laboratorio per l'ascolto e il coinvolgimento dei cittadini e dei professionisti dell'Agenzia Sanitaria e Sociale della Regione Emilia Romagna (a. X, n. 2, 2011).

Infine, scorrendo gli indici della rivista troviamo anche elementi di *bridging*, di collegamento ed integrazione tra i due mondi. Il Gruppo CERFE, un ente di coordinamento operativo di tre organismi non profit di ricerca sociale – Cerfe, Laboratorio di scienze della cittadinanza e Assemblea delle donne

per lo sviluppo e la lotta contro l'esclusione sociale (ASDO) – ha curato il numero *Per una interdipendenza attiva tra Nord e Sud del pianeta* (a. I, n. 3, 2002) al fine di comprendere e interpretare la dimensione transnazionale della salute attraverso una rivisitazione dei fondamenti teorici e metodologici della nostra disciplina.

In ultimo, Cleto Corposanto, professore straordinario di Sociologia presso l'Università di Catanzaro, curando il numero dedicato agli aspetti teorici, empirici e metodologici della ricerca valutativa (a. VI, n. 2, 2007), affronta le istanze di partecipazione sociale e di *governance* nel settore dei servizi socio-sanitari. Si tratta di un ambito in cui l'esperienza professionale nella costruzione degli indici, degli informatori sociologici e dei sistemi di misurazione si deve accompagnare necessariamente all'elaborazione di linee programmatiche dotate di un alto livello di scientificità.

3.2. *Le due gambe della sociologia della salute*

Se è vero che «l'integrazione resta la perla di quasi ogni azione» (Cipolla, 1997, p. 2252), la qualità della rivista *Salute e Società* risiede quindi anche nel prestare attenzione agli ambiti applicativi della sociologia della salute, affinché la nostra scienza non ricada su se stessa e sia legittimata nell'agire scientifico. Di fatti, se da una parte, la scienza dà alla professione le sue leggi, il suo sapere circoscritto nel tempo e nello spazio, la sua verità robusta e credibile sotto determinate condizioni; dall'altra, la professione conserva un'autonomia rispetto al sapere scientifico in quanto è tecnica che retroagisce

ed applicazione che controlla⁴.

Una rivista come *Salute e Società*, che ambisce alla diffusione di un sapere specializzato con riscontri pratici e valenze operative, lontano dalla vanità concettuale e più vicino alle cose del mondo (Cipolla, 1997), non può esimersi dall'aprirsi alle diverse voci della sociologia della salute presenti in ambito accademico così come a quelle provenienti dalle discipline correlate ed ai contributi di chi tratta le tematiche proposte da un punto di vista professionale.

4. Un'analisi di semantica quantitativa dei contenuti di *Salute e Società*

4.1. *Nota metodologica sull'analisi del contenuto con il software T-Lab*

I contenuti di *Salute e Società*, nella forma di un'analisi dei titoli di tutti gli articoli fin qui pubblicati, sono stati sottoposti ad un approfondimento attraverso un'analisi con il software T-LAB, i cui risultati sono qui presentati. Con questo software è stata assunta la strategia del “fotografo”, selezionando quali vocaboli approfondire alla luce delle categorie concettuali utilizzate dalla rivista. Tali elaborazioni, che consentono di produrre ingrandimenti su alcuni concetti chiave della rivista, emersi con maggior frequenza negli indici, hanno lo scopo attraverso un'analisi statistica dell'uso del linguaggio, di cogliere i differenti campi semantici nei quali si muovono i contributi presentati nei numeri usciti nell'arco di 10 anni. T-Lab è costituito da un insieme di strumenti linguistici e statistici per l'analisi dei

4. Per maggiori ragguagli concettuali si vedano i lemmi *Accademia e Professione* in Cipolla C. (1997), *Epistemologia della tolleranza*, FrancoAngeli, Milano.

testi che possono essere utilizzati nelle seguenti pratiche di ricerca: *Semantic Analysis, Content Analysis, Perceptual Mapping, Text Mining, Discourse Analysis*. I testi analizzabili con T-LAB possono essere sia un singolo testo (es. un'intervista, un libro, ecc.); sia un insieme di testi come in questo caso (es. più interviste insieme, pagine web, articoli di giornale, risposte a domande aperte, frasi ecc.). In particolare, gli strumenti T-LAB consentono di realizzare tre tipi di analisi: A) – analisi delle co-occorrenze di parole-chiave, B) – analisi tematiche delle unità di contesto, C) – analisi comparative dei sottoinsiemi del corpus.

In questo studio è stata utilizzata l'analisi delle co-occorrenze che consente il calcolo delle associazioni di parole complessive (tra le 184 parole chiave). La selezione delle parole presenti in figura è effettuata tramite il calcolo di un Indice di Associazione (Coseno). Questo strumento T-Lab consente di verificare come i contesti di co-occorrenza determinano il significato locale delle parole chiave. Nei diagrammi radiali, il lemma selezionato è posto al centro e si collega con gli altri che lo accompagnano più di frequente. Le parole che sono distribuite intorno ad esso rappresentano quelle che occorrono insieme, che stanno vicine con più frequenza in tutti i frammenti del testo (il frammento è una via di mezzo tra paragrafo e frase) ciascuno a una distanza proporzionale al suo grado di associazione. Le relazioni significative sono, quindi, del tipo uno-ad-uno, tra il lemma centrale e ciascuno degli altri.

4.2. Interpretazione dei risultati

Grazie al programma T-Lab, abbiamo potuto analizzare gli indici della rivista nei suoi 10 anni di vita.

In particolare, abbiamo individuato le occorrenze (tab. 1) e l'associazione di alcune parole, con altre (figg. 1 e 2).

Facendo riferimento al primo tipo di analisi, va specificato che le occorrenze sono il numero di volte che ogni unità lessicale (cioè parole singole o multiple), è presente nell'unità di contesto, ossia le porzioni di testo in cui può essere suddiviso il corpus che analizziamo (Lancia, 2004). Questo significa che le occorrenze, nel nostro caso, sono le frequenze con cui le singole parole compaiono negli indici di tutti i numeri della rivista dal 2002 al 2012.

Tab. 1 - Parole più frequenti negli indici

Parola	Quante volte compare
Salute	108
Sanitario	62
Medicina	53
Sociale	44
Sociologia	32
Nuovo	31
Ricerca	28
Sanità	26
Medico	24
Servizi	22
Corpo	21
Prospettiva	21
Qualità	21
Italia	20
Rete	19

Nella tab. 1 riportiamo le parole con una frequenza uguale o maggiore a 19; la parola in assoluto più ricorrente negli indici della rivista, è salute, ripetuta ben 108 volte. Tale concetto è infatti uno dei temi centrali di *Salute e Società*, e viene qui inteso secondo la definizione che l'Oms, nella sua Costituzione del 1948, diede del termine: non la semplice assenza dello stato di malattia o di infermità ma uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale. La salute, nella rivista, è sem-

pre trattata nella sua totalità e multidimensionalità, come il «sentirsi al meglio dentro e fuori (...). Fatto personale e biologico che è nel contempo sociale e relazionale (...). Dimensione oggettiva, soggettiva, relazionale» (Cipolla, 1997, p. 2575).

Prendiamo ora in considerazione alcune delle parole presenti nella tabella sopra riportata: in particolare, vediamo i termini “sanitario” e “sociale” che, rispettivamente, compaiono 62 e 44 volte.

Per ciascuna è possibile individuare le unità lessicale che più frequentemente sono ad essa associate e il risultato di tale analisi può essere rappresentato in diagrammi radiali come quelli sotto riportati (figg. 1 e 2).

Per quanto riguarda la parola sanitario, sono tante e diverse le parole con cui si relaziona ma, con alcune, il rapporto o l'associazione, appare più forte e stretta, come dimostra la distanza tra esse e il centro del diagramma. In particolare, tale concetto è molto vicino a: salute, servizi, sistemi, integrazione. Si può desumere che il termine sanitario è prevalentemente riferito ai sistemi, all'interno dei quali il tema centrale è quello della salute e che, specie negli ultimi anni, stanno vivendo un processo di integrazione con quello che, invece, è il sistema sociale. Il sistema sanitario oggetto di studio della rivista, è inteso in senso comprensivo e pluralistico perché non è limitato al sistema di cure biomediche istituzionalizzato

Fig. 1 - Le associazioni con la parola sanitario

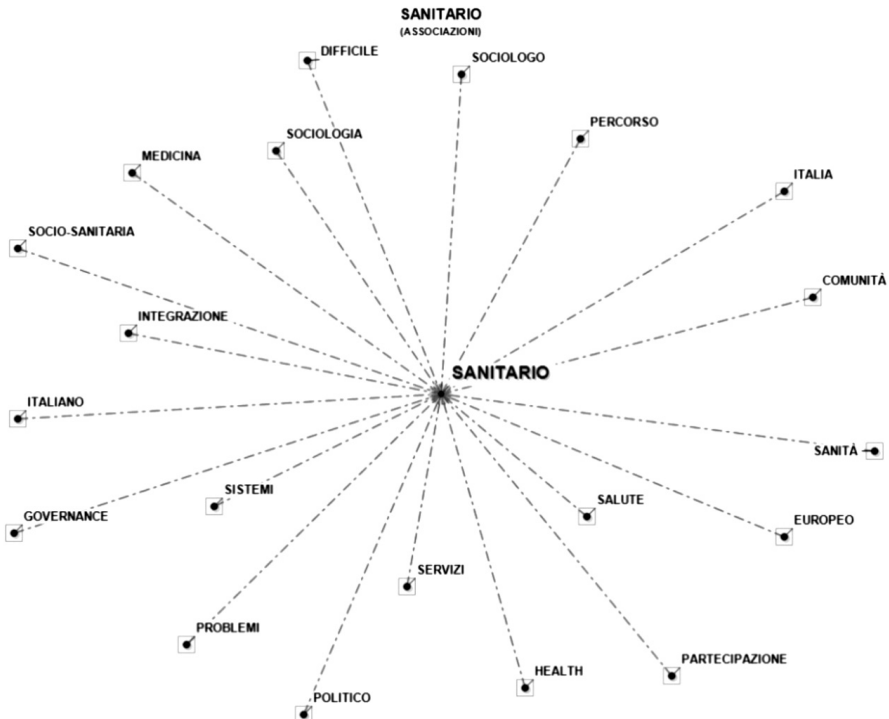
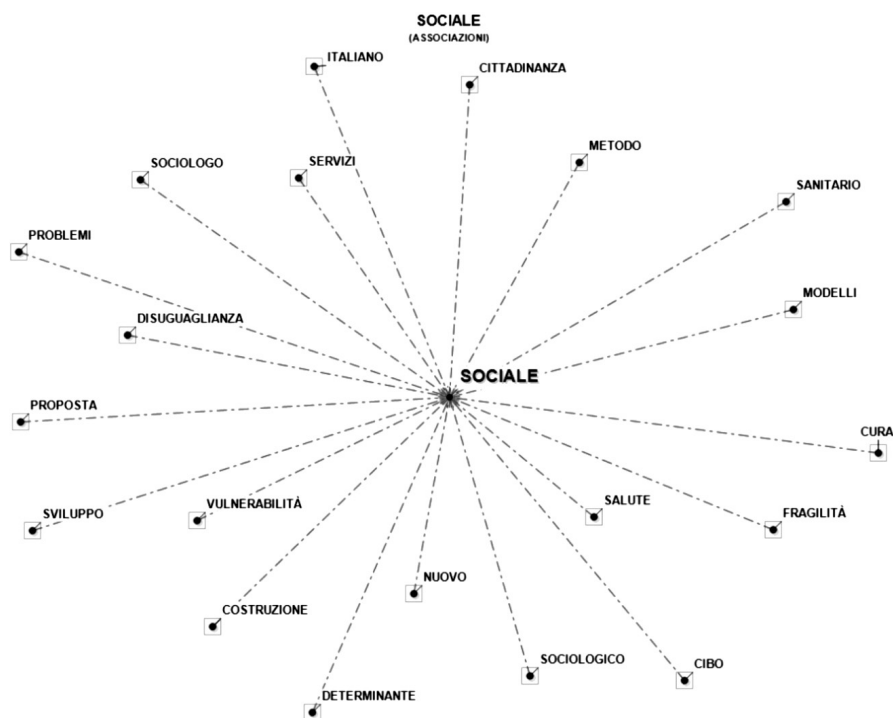


Fig. 2 - Le associazioni con la parola sociale



ma include un vasto insieme di risorse afferenti a «tradizioni mediche anche tra loro profondamente differenti (biomediche, tradizionali, popolari, alternative, sincretiche) presenti in una data società» (Giarelli, 2004, p. 110).

La seconda delle parole di cui analizziamo le associazioni, è sociale; essa sta particolarmente vicina con i concetti di salute, nuovo, vulnerabilità. La forte associazione con il concetto di salute testimonia come l'aspetto sociale sia fondamentale rispetto allo stato di benessere inteso nella sua totalità, fornendo importanti risorse in questa direzione; inoltre, quella sociale è una delle dimensioni che co-istituiscono insieme a quella bio-organica e psichica, la salute. Si tratta, quindi, di un nuovo modo di con-

cepire, interpretare e analizzare il sociale, riconoscendogli un ruolo che spesso, in un ottica strettamente bio-medica, è stato trascurato e dalla quale, la rivista *Salute e Società* ha preso le distanze muovendosi verso un'ottica multidimensionale, pluralista e integrata.

In seguito all'analisi qui presentata, possiamo sostenere che la vastità, l'eterogeneità e la lontananza, almeno apparente, delle parole che compaiono nei titoli degli articoli della rivista, ci consente di sostenere che *Salute e Società* si basa e si occupa di una sociologia intesa come «disciplina che si può specializzare in molti settori» (Cipolla, 1997, p. 2788), mai chiusa in sé stessa ma sempre aperta al confronto e all'interdisciplinarietà.

5. Uno sguardo al futuro: innovazioni online

Una rivista che, dalla sua istituzione, si propone di guardare al futuro, non può che destinare ampio spazio alle tecnologie telematiche ed informatiche che accompagnano il processo di trasformazione della società e della sanità.

L'*Information and Communication Technology (ICT)*, applicata all'ambito socio-sanitario, promuove la diffusione di strumenti adeguati per rispondere alle sfide dei nuovi assetti societari in relazione ai profondi mutamenti che riguardano, ad esempio, la diffusione di nuove patologie, l'invecchiamento della popolazione, l'esigenza di operare in un'ottica *cost containment*. Tali mutamenti, configurando l'esigenza di un nuovo modello di continuità assistenziale e di presa in carico elettronica del paziente, hanno la potenzialità di avvicinare i servizi ai cittadini con maggiore efficacia e tempestività in un'ottica di miglioramento della qualità dell'offerta e di soddisfazione dell'utenza che tuttavia non può essere scevra di considerazioni che concernono il rapporto tra tecnologia ed umanizzazione/personalizzazione del percorso terapeutico ed assistenziale.

In questi dieci anni, quattro numeri monografici sono stati dedicati interamente alle tecnologie informatiche per la sanità. Mauro Moruzzi e Antonio Maturo hanno curato il numero *e-Care e Salute* (a. II, n. 2, 2003), nel quale si analizza e riflette su alcuni sviluppi della telematica della e nella salute, non trascurando i rischi di esclusione che tale evoluzione può significare per le fasce sociali meno dotate di capitale culturale e simbolico. Mauro Moruzzi e Costantino Cipolla si sono occupati di *Telemedicina* (a. III, n. 3 - Supplemento, 2004) sviluppando una riflessione multidimensionale circa i nuovi scenari di cura e di sostegno legati alla telemedicina analizzandone i vantaggi,

ma anche le possibili criticità. Francesca Guarino e Licia Mignardi sono le curatrici del volume dedicato a *Tecnologie a rete per la salute e l'assistenza* (a. VI, n. 2 - supplemento, 2007) nel quale si discute circa l'esigenza di integrare la dimensione tecnologica nel dibattito sulla riforma organizzativa del welfare. Infine, Ilaria Iseppato e Simona Rimondini hanno curato il numero dedicato a *Le reti dell'accesso per la Sanità e l'assistenza* (a. VIII, n. 1, 2009) che presenta uno stato dell'arte delle sperimentazioni in corso in materia di e-Health e delle loro prime valutazioni.

Inoltre, la rivista ospita una sezione tematica all'interno dell'area destinata alle note dal titolo "Sanità online" che raccoglie contributi di varia natura, come ad esempio: recensioni di siti e strumenti dedicati alla salute (si vedano, a titolo esemplificativo, gli articoli di Alessia Bertolazzi e Luca Mori, a. I, n. 1, 2002, oppure i lavori di Maresa Berliri, Marina Cacace, a. I, n. 3, 2002); valutazione sulle risorse online in relazione ad ambiti tematici specifici (Rossana Giacomoni, *Le determinanti socio-economiche della salute. Una ricerca sul world wide web*, a. I, n. 2; Antonella Guarneri, *Rassegna mirata di siti dedicati all'immigrazione*, a. III, n. 2, 2004); descrizione di progetti sperimentali connessi all'e-Care in corso (Cinzia Pizzardo, *Telemedicina: le origini e le applicazioni nell'home care*, a. II, n. 3, 2003); infine, articoli legati agli aspetti fondativi e di merito della ricerca online in relazione a tematiche connesse alla salute (Enrico Marchetti, *I siti web della salute: aspetti normativi e criteri di qualità*, a. VI, n. 1, 2007).

Conclusioni

Essendo questo un articolo di resoconto, non possiamo fornire delle vere e proprie Conclusioni. Preme però os-

servare che il lavoro di questi anni è stato onerosissimo. Oltre al normale lavoro redazionale, gran parte del tempo è dedicato al monitoraggio delle traduzioni in inglese, al coordinamento delle attività di referaggio, alle innovazioni necessarie per comparire sulle banche dati internazionali e per accreditarsi nelle varie misurazioni di Impact Factor (su questo si può vedere l'Editoriale di questo numero). Tuttavia, possiamo guardare a questo decennio con un certo orgoglio. Ciò che è stato fatto è una solida base per affrontare un futuro che si preannuncia impegnativo. Ma la sfida è eccitante e merita di essere affrontata con il solito entusiasmo.

Bibliografia di riferimento

- Altieri L., Nicoli M. and Sturlese V., eds. (2011). La sanità dei cittadini. *Salute e Società*, X, n. 2
- Berliri M., Cacace M. (2002). Informazione e conoscenza in rete. *Salute e Società*, I, n. 3
- Bertolazzi (2002). Un software intelligente per la selezione delle informazioni sanitarie. *Salute e Società*, I, n. 1
- Cipolla C. (1997). *Epistemologia della tolleranza*, 5 voll., FrancoAngeli, Milano
- Cipriani R., ed. (2010). Narrative-Based Medicine: una critica. *Salute e Società*, IX, n. 2
- Clemente C., Cersosimo G., eds. (2011). La fine pre-scelta. Forme e disposizioni sulla propria morte. *Salute e Società*, X, n. 1
- Corposanto C., ed. (2007). Sulla valutazione della qualità dei servizi sociali e sanitari. *Salute e Società*, VI, n. 2
- Costa C., Cislighi C., Caranci N., eds. (2009). Le disuguaglianze sociali in sanità. *Salute e Società*, VIII, n. 1
- Gardini, ed. (2007). L'ospedale del XXI secolo. *Salute e Società*, VI, n. 3
- Giacca M., Gobbo C., eds. (2010). Polis genetica e società del futuro. *Salute e Società*, IX, n. 3
- Giacomoni R. (2002). *Le determinanti socio-economiche della salute. Una ricerca sul world wide web*. *Salute e Società*, I, n. 2
- Giarelli G. (2004). "Il sistema sanitario: modelli e paradigmi" in Cipolla C., ed., *Manuale di sociologia della salute. I. Teoria*, Milano: FrancoAngeli
- Gruppo CERFE, ed. (2002). Per una interdipendenza attiva tra Nord e Sud del pianeta. *Salute e Società*, I, n. 3
- Guarino F., Mignardi L., eds. (2007). Tecnologie a rete per la salute e l'assistenza. *Salute e Società*, VI, Suppl. n. 2
- Guarneri A. (2004). Rassegna mirata di siti dedicati all'immigrazione. *Salute e Società*, III, n. 2
- Ingresso M., ed. (2007). Fra reti e relazioni: percorsi nella comunicazione della salute. *Salute e Società*, VI, n. 1
- Iseppato I., Rimondini S., eds. (2009). Le reti dell'accesso per la Sanità e l'assistenza. *Salute e Società*, VIII, n. 1
- Lancia F. (2004). *Strumenti per l'analisi dei testi*, FrancoAngeli, Milano
- Marchetti E. (2007). I siti web della salute: aspetti normativi e criteri di qualità. *Salute e Società*, VI, n. 1
- Marradi, Nigris D., eds. (2011). Evidence-Based Medicine: una critica. *Salute e Società*, IX, n. 1
- Maturo, Conrad P., eds. (2009). La medicalizzazione della vita. *Salute e Società*, VIII, n. 2
- Minardi E. (2012). "Sociologia accademica e sociologia professionale", in Cipolla C., ed., *L'identità sociale della sociologia in Italia*, Milano: FrancoAngeli

- Mori L. (2002). "Dalla rete: idee e servizi online". *Salute e Società*, I, n. 1
- Moruzzi M., Cipolla C., eds. (2004). Telemedicina. *Salute e Società*, III, n. 3 - supplement
- Moruzzi M., Maturo A., eds. (2003). e-Care e Salute. *Salute e Società*, II, n. 2
- Pizzardo C. (2003). "Telemedicina: le origini e le applicazioni nell'home care". *Salute e Società*, II, n. 3
- SISS, ed. (2004). La sociologia della salute in Italia: temi, approcci, spendibilità. *Salute e Società*, III, n. 3
- SISS, ed. (2009). Essere e Fare il sociologo in sanità. *Salute e Società*, VIII, n. 3 - supplement
- www.saluteesocieta.com

Le vittime della (mala)sanità fra domanda di salute e domanda di giustizia. La risposta della mediazione-conciliazione

di Susanna Vezzadini*

The raising conflict in the relationship between doctor and patient and, on a different level, health system and citizen, is nowadays very diffused also in our Country, this having serious consequences for the whole system, too. From this point of view, it seems really necessary starting to improve not-judiciary means for conflict resolution, although it could appear something absolutely new for the Italian way of thinking. The D.Lgs. n. 28/2010 goes

in this direction, considering the rebuilding of trust and the mutual *reconnaissance* among the proceedings' social actors the fundamental turning point of that intervention.

Key-words: malpractice, victims (of the health system), trust, reconnaissance, mediation, D.Lgs. 28/2010.

Parole-chiave: malpractice, vittime (della sanità), fiducia, riconoscimento, mediazione, D.Lgs. 28/2010.

Introduzione

L'aumento della conflittualità in ambito sanitario, ed ospedaliero in particolare, è ormai una realtà estremamente diffusa anche nel nostro Paese, come attestano vari indicatori. Si tratta peraltro di una conflittualità che assume modalità di espressione assai eterogenee, dando luogo ora a reclami e segnalazioni rispetto a negligenze ed inadempienze patite dal paziente, ora a denunce con richieste di risarcimento, con ciò intraprendendo la via giudiziaria. Il fenomeno, non certo una peculiarità italiana, ha già goduto altrove di attenzione, in particolare grazie alla pubblicazione, ancora nel 2000, del citatissimo studio *To Err is Human* (titolo invero suggestivo) dello statunitense Institute of Medicine (IOM). In tale studio veniva considerato – sebbene non fosse esattamente la prima volta – il tema degli errori nelle pratiche mediche e delle loro ricadute sui cittadini in cura, con esplicito riferimento ai danni alla salute (Paltrinieri, 2003). Merito del lavoro fu soprattutto quello di portare infine l'errore medico "allo scoperto", ossia all'attenzione anche di un'opinione pubblica che, seppur lentamente, incominciava in quegli anni a

* Susanna Vezzadini è docente di Criminologia e Vittimologia presso l'Università degli studi di Bologna. susanna.vezzadini2@unibo.it

nutrire un certo interesse per l'argomento. Con ciò, dunque, ponendosi al di là del pur vivace dibattito generatosi in ambito scientifico-accademico, entro il contesto politico o in quello dell'amministrazione sanitaria. Se qui, difatti, il confronto si incentrava prevalentemente sull'attendibilità delle fonti di indagine e sulla metodologia impiegata per l'analisi del fenomeno, presso l'opinione pubblica – innegabilmente incalzata dai mass media, non a caso sempre più attratti dai c.d. "eventi avversi" – il nascente interesse veniva alimentato da curiosità, ma anche dubbi e preoccupazioni rispetto al (corretto?) funzionamento della macchina-sanitaria. Senza trascurare, aspetto importante, la crescente empatia esperita nei confronti di coloro, vicini o lontani che fossero, che malauguratamente avevano conosciuto episodi di malasania. Dunque, si potrebbe dire, empatia per quella comune condizione umana contrassegnata da potenziale vulnerabilità che, almeno all'apparenza del tutto paradossalmente, finiva coll'emergere proprio in un contesto – quello sanitario – deputato *par excellence* alla cura, all'aiuto e al sostegno della persona. Furono dunque gli esiti di tale studio, da collocarsi entro un mutato clima culturale e quindi una emergente, nuova sensibilità per tali tematiche, ad obbligare in una certa misura i *policy makers*, gli amministratori sanitari, i medici ed il personale paramedico, oltre che – come è evidente – le compagnie assicurative, a confrontarsi con maggiore coscienza con una problematica magari non nuova ma, almeno fino a quel momento, per varie ragioni abbastanza trascurata.

1. Conflittualità in ambito sanitario: uno sguardo alla situazione italiana

In Italia, il tema del contenzioso in ambito sanitario, pur non riscontrando un'immediata attenzione presso istituti pubblici o organismi al pari dell'Institute of Medicine statunitense, ha tuttavia trovato una significativa rispondenza in alcuni studi¹ capaci di cogliere caratteristiche e peculiarità del fenomeno. In particolare, si è trattato di indagini volte a porre in evidenza le possibili dinamiche assunte dal contenzioso fra medico e paziente, o fra struttura ospedaliera e cittadino; indagini che hanno altresì invitato a riflettere sui possibili interventi volti a limitare – ameno in certa parte – gli esiti più negativi del conflitto, nella consapevolezza che i costi del medesimo inevitabilmente si riflettono sul paziente, sulla struttura medica e sulla collettività più in generale. Ma senza altresì dimenticare, va rimarcato, che «un po' di contenzioso può ritenersi quasi fisiologico e, comunque, ineliminabile» (Cipolla, 2010, p. 23): come è sempre, in fondo, trattando di questioni connesse alle dimensioni dell'umano e del sociale.

Come ricordato, nel nostro Paese la crescita di tale conflittualità è attestata da numerosi fattori. In primo luogo va annoverato l'aumento delle denunce in ambito civile, che ha determinato nell'ultima quindicina d'anni un incremento di oltre il mille per cento dei premi per RC medico sanitarie; e ciò a fronte di un incremento del duecento per cento del numero dei sinistri denunciati riguardanti Asl e singoli medici (Manzato, 2011). Si tratta di un numero che, pur ovviamente presentando oscillazioni da un anno all'altro, mo-

1. Si vedano, su questi aspetti, C. Cipolla, a cura di (2004), *Il contenzioso socio-sanitario. Un'indagine nazionale* (Milano: FrancoAngeli), ed il successivo contributo, sempre curato da C. Cipolla (2010), *Il contenzioso sanitario visto dai pazienti* (Milano: FrancoAngeli).

stra un andamento in forte e costante crescita. Come riportato da R. Manzato (Direttore Vita e danni non auto ANIA)², l'ammontare delle denunce e le relative aperture di pratiche di risarcimento derivanti da sinistri nell'area medica è passato dai 9.567 casi del 1994 ai 29.543 del 2007, presentando un incremento pari al duecento per cento; incremento destinato ad essere addirittura del trecentosedici per cento qualora venissero considerati soltanto i medici. Il numero è impressionante, e difatti giunge a coprire da solo ben il trentanove per cento dell'intero ramo della responsabilità civile delle assicurazioni italiane. Secondo i dati ANIA, i premi pagati per garantire la responsabilità civile medica delle strutture sanitarie nel 2007 sono stati superiori ai 270 milioni di euro l'anno. È evidente che si tratta di un onere destinato a ricadere sul cittadino in quanto contribuente, ciò alimentando un più generale malumore nei confronti del sistema. Così, come affermato anche da G. Mosca (2011), presidente della Fondazione Previasme, «cresce il numero dei sinistri, cresce l'entità dei rimborsi, cresce la quota di spesa sanitaria destinata a coprire il rischio. Ma non cresce il livello dei servizi e non cresce il livello di soddisfazione di chi accede alle strutture sanitarie» (p. 15).

Per quanto concerne poi il comportamento delle compagnie assicurative, ne consegue l'inevitabile – in quanto coerente con gli obiettivi di profitto propri del settore – aumento dell'im-

porto dei premi richiesti agli assicurati; premi che in alcuni casi sono estremamente elevati. Attualmente in Italia la situazione è molto varia; indicativamente, un medico di famiglia convenzionato ASL (precisazione importante perché le cose cambiano se libero professionista) paga un minimo di 350 euro per 500.000 euro di massimale e circa 500 euro per 2.000.000 di massimale, mentre un chirurgo può pagare intorno ai 3.000 euro per un massimale di 2.000.000 di euro³. Di fatto, ci si sta avvicinando a grandi passi al modello inglese, dove il premio assicurativo per un medico generico attualmente è di circa 5.000 sterline. Non a caso, nel Regno Unito svolge un ruolo centrale la *Medical Defense Union* (MDU), un'associazione mutualistica fondata a Londra nel 1885 che oggi conta circa 200.000 membri, il cui scopo è quello di contribuire al superamento – in chiave possibilmente positiva – della fase di acceso conflitto fra medico e paziente. L'approccio (anche) conciliativo impiegato da tale Associazione investe le due aree della prevenzione e della difesa – punti cardine del sistema – come emerge già nel servizio di consulenza telefonica medico-legale, messo a disposizione degli associati ed attivo 24 ore su 24, per il quale lavorano trentaquattro medici supportati da sedici avvocati, che ha quali obiettivi la prima gestione del conflitto ed il suo contenimento, orientando all'adozione delle più efficaci strategie di ristoro/riparazione del danno⁴.

2. Così al convegno in tema di “*La conciliazione, un'alleanza rinnovata tra medico e cittadino*”, tenutosi a Roma nel maggio 2010 e realizzato con il contributo della Fondazione Previasme. Gli Atti sono pubblicati nell'interessante volumetto, a cura di B. Lomaglio, recante il medesimo titolo e edito nel gennaio 2011.

3. Si precisa che il massimale è l'importo massimo che l'assicurazione paga in virtù di quella polizza. Si tratta tuttavia di cifre indicative in quanto, operando entro un mercato nel quale vi è libera concorrenza, ogni compagnia decide il proprio premio (ossia il proprio prezzo).

4. Si veda al sito www.the-mdu.com

Ancora, per quanto concerne la posizione del medico accusato si possono fare varie considerazioni. Difatti, al danno patrimoniale derivante dai costi del procedimento, dalla prevedibile diminuzione della capacità lavorativa e dagli esiti economici della condanna – qualora venga riconosciuta una responsabilità civile od anche penale negli eventi, va aggiunto il patimento originato dall'affrontare un *iter* processuale penoso sotto il profilo personale e morale, oltre che dannoso per quanto concerne l'immagine sociale e la reputazione professionale. Come evidenziava uno studio pubblicato alcuni anni or sono sul *British Medical Journal* (Ashok, 1999), il divenire destinatari di una denuncia per *malpractice* provoca nel medico accusato una serie di reazioni ricorsive⁵. Già la ricezione della notifica dell'atto giudiziario determina più spesso un grave stress, in genere accompagnato da sentimenti di indignazione verso colui che ha intentato la causa. Successivamente tale sentimento si tramuta in rabbia e aggressività, aprendo ad una dimensione nettamente conflittuale destinata ad acuirsi tanto più diminuisce l'autostima del soggetto. Le conseguenze sul piano personale, socio-relazionale e professionale non tardano a farsi sentire, così che di recente ci si è spinti a porre a confronto tale sintomatologia con quella configurata nel disturbo post-traumatico da stress (PTSD), riscontrando elementi di comunanza. Infine, la decisione di intraprendere un percorso – qualunque ne sia la natura – volto alla risoluzione della controversia, coincide con l'assunzione, più o meno consapevole, di atteggiamenti professionali descrivibili come difensivi, diretti verso

tutti i pazienti. In casi estremi si può giungere all'abbandono della professione, qualora si considerino l'immagine professionale e quella sociale inevitabilmente compromesse dalla vicenda processuale e dalla sua esposizione mediatica. Va altresì notato come l'adozione di un atteggiamento difensivo non rappresenti una strategia impiegata soltanto dai medici direttamente coinvolti in procedimenti giudiziari, oppure fatti oggetto di segnalazione, potendosi piuttosto estendere a tutta la categoria, complice un diffuso senso di insicurezza e – simmetricamente a quanto avviene nei pazienti – maggiore vulnerabilità. Per tali motivazioni il medico appartenente ad una determinata categoria, avvertendo la messa in discussione del proprio sapere e del proprio ruolo, può decidere di porre in essere atteggiamenti di chiusura atti a comunicare un'esplicita presa di distanza al paziente, in modo da rimarcare la propria "specificità". Oppure può scegliere consapevolmente di impiegare strategie di medicina difensiva. Quest'ultimo "rimedio", tuttavia, deve essere guardato con preoccupazione potendosi riflettere sulla scelta delle terapie da intraprendere. Difatti gli atti di medicina difensiva sembrerebbero maggiormente costruiti sulla tutela dal rischio per il sanitario, piuttosto che sulle effettive necessità di cura del paziente; con ciò aprendo a forme di larvata deresponsabilizzazione da parte del medico – ad esempio quando prescrive esami invasivi ma non strettamente necessari, o somministri farmaci non indispensabili, oppure impiegando in modo distorto il consenso informato. Tutti atteggiamenti destinati, in un secondo momento, ad alimentare il senso

5. Si confrontino su questo punto anche le riflessioni proposte da insigni relatori intervenuti al dibattito in tema di "*Il danno cagionato al medico quando l'accusa è infondata*" e disponibili sul sito dell'*Associazione Medici Accusati di Malpractice Ingiustamente* (AMAMI), www.associazioneamami.it

di sfiducia del cittadino oltre che ad incrementare le tensioni e la conflittualità verso il sistema.

Da questo punto di vista, anche la costituzione nel 2002 dell'Associazione *Medici Accusati di Malpractice Ingiustamente* (AMAMI) può essere intesa come un indicatore di malessere; un malessere generale e trasversale alle categorie qui considerate che, di frequente, si nutre anche di un'informazione non sempre corretta. Il clima di diffusa sfiducia che ha investito negli ultimi tempi il servizio sanitario e, più in particolare, la professione medica, è oggetto di contrasto tramite un'azione capillare di controinformazione sulle denunce infondate verso i medici (le c.d. *frivolous lawsuit*): queste, infatti, poggeranno su presupposti più che instabili in almeno due casi su tre, rappresentando l'esito di quel processo di accresciuta visibilità degli errori medici che ha portato come (inevitabile?) conseguenza al loro moltiplicarsi entro lo spazio mediatico. Nonché alla tendenza, ormai sempre più diffusa, a processarli su pubbliche piazze virtuali, affollate di un'opinione pubblica belligerante, assai prima che nelle aule dei tribunali (complici, forse, i tempi invero troppo lunghi del nostro sistema di giustizia).

D'altra parte, i (seppur non numerosi) dati di cui disponiamo sul tema del contenzioso in sanità, oltre che le notizie concernenti casi di malasanità *tout*

court, raccontano storie destinate a produrre nel cittadino più di una preoccupazione⁶. E certo occorre riconoscere l'importanza delle analisi effettuate da *Cittadinanzattiva – Tribunale per i diritti del malato*, in particolare di quelle relative alle segnalazioni spontanee effettuate dai pazienti sulla qualità delle pratiche e dei servizi sanitari. Pur se da alcuni descritti come sorta di “contenitori di malumori”, tali report annuali contengono interessanti elementi di riflessione. In particolare, vale la pena di gettare uno sguardo ai dati dall'ultimo Report, il PiT Salute 2010⁷, pubblicato in occasione del trentennale del Tribunale per i diritti del malato. Esso propone alcune considerazioni più ampie a partire dalle segnalazioni ricevute dal servizio di consulenza, informazione e tutela PiT Salute dal 1996 (primo anno di attività) al 2009. In questo lasso temporale, sono state raccolte circa 228.000 segnalazioni in tema di sanità, in media 16.000 l'anno, le stesse riflettendo una ovvia, differente distribuzione tra sede nazionale e sedi locali. Le segnalazioni oggetto dell'indagine qui in sintesi richiamata, tuttavia, riguardano esclusivamente quelle gestite dal PiT Salute nazionale, pari a 66.712, le quali sono state interpretate con riferimento a cinque diritti fondamentali in ambito medico-sanitario: ossia il diritto alla sicurezza, il diritto all'informazione, il diritto all'accesso, il diritto al tempo e il diritto all'uma-

6. A questo proposito va sottolineato come ad oggi non si disponga di un sistema informativo nazionale in grado di raccogliere ed elaborare dati più attendibili e precisi «sul numero di eventi avversi che colpiscono i pazienti nel corso del processo assistenziale o almeno del ricovero ospedaliero, sul numero di eventi avversi “evitabili”, ovvero attribuibili ad errore professionale od organizzativo, sul numero di eventi avversi che danno vita a casi di contenzioso sanitario e sulle caratteristiche dei pazienti che intentano (o non intentano pure a fronte di un evento avvero evitabile) una causa per il risarcimento del danno» (Porcu, 2010, p. 14). Pertanto, in assenza di tali fonti, il ricorso a fonti “alternative” appare inevitabile, pur dovendone riconoscere la parzialità del punto di vista adottato.

7. Il Rapporto PiT Salute 2010 “*Diritti: non solo sulla carta*”, è disponibile al sito www.cittadinanzattiva.it

nizzazione⁸. Va subito osservato come nel periodo preso in considerazione, ben il 28% delle segnalazioni attenga al tema della sicurezza dei servizi sanitari; segue quello dell'informazione (così nel 25%), da intendersi essenzialmente come mancanza di informazioni. E ancora, il 20% di esse riguarda problemi di accesso alle prestazioni sanitarie ed assistenziali, mentre il 10% concerne il mancato rispetto del diritto al tempo. Infine, l'8% delle segnalazioni attiene alla questione dell'umanizzazione, facendosi qui assai significativo il riferimento al comportamento di medici e personale sanitario verso i pazienti. Entrando nel merito dell'indagine, la sicurezza dei servizi sanitari vede in costante crescita le segnalazioni di *malpractice* soprattutto per quanto riguarda l'ambito oncologico e l'ortopedia. Gli errori segnalati sono principalmente di tipo terapeutico e diagnostico⁹, e il cittadino che si attiva è soprattutto esasperato dalla mancanza di attenzione e comunicazione esperita presso le strutture, oltre che nel rapporto diretto col medico. Giocano altresì un ruolo importante in questo senso la constatazione di lacune e carenze nella

pratica del consenso informato; e, ancora, le "leggerezze" colte durante la compilazione della documentazione clinica da parte dei sanitari. Ciò che emerge, dunque, e che ritornerà nei dati successivi, è la netta percezione del paziente di non essere tenuto in considerazione né quanto alle richieste avanzate, né – ed anzi tantomeno – come persona. Così nel senso di impotenza e di frustrazione esperiti, si radica la decisione di segnalare allo scopo di realizzare un accertamento (e una sanzione...) circa le eventuali responsabilità. Il fatto poi che la pratica del consenso informato possa ridursi a mera prassi volta all'acquisizione, da parte del sanitario, del "pezzo di carta" firmato dal paziente (ad esempio quando già si trovi in sala operatoria, ossia in una condizione di evidente vulnerabilità), configura una condotta difficilmente comprensibile¹⁰, se non come tentativo di estrema deresponsabilizzazione rispetto ad eventuali rischi futuri. Anche le infezioni contratte entro le strutture sanitarie sono oggetto di frequenti segnalazioni – in modo significativo quelle relative a trasfusioni effettuate con sangue infetto – mentre i reparti più a ri-

8. Mentre i primi quattro ambiti trovano riscontro esplicito nella *Carta Europea dei Diritti del Malato*, l'ultimo costituisce un sunto di vari altri punti richiamati nella medesima, quali, ad esempio, il diritto alla libera scelta, il diritto ad evitare le sofferenze e il dolore non necessari, il diritto ad un trattamento personalizzato, il diritto alla *privacy* e alla confidenzialità, il diritto a ricevere standard di qualità.

9. Nel 2009 le sospette errate diagnosi hanno riguardato prevalentemente l'ambito oncologico: va da sé che nel caso di un malato di tumore una diagnosi non tempestiva, o errata, può essere fatale.

10. Tuttavia, va specificato che tale è essenzialmente il punto di vista del paziente. Dal confronto informale avuto con alcuni medici ospedalieri emerge come ciò sia soprattutto l'esito di carenze organizzative estremamente diffuse. Ad esempio, non avendo il medico materialmente il tempo di fornire spiegazioni al paziente, questo incarico può essere delegato ad altro personale, come gli infermieri, oppure sbrigato frettolosamente, talvolta su moduli prestampati dall'ospedale e non pienamente corrispondenti alla fattispecie. Resta, è evidente, il problema di come comportarsi nei casi di urgenza. Non va inoltre dimenticato che, sempre dal punto di vista del medico, la compilazione della modulistica relativa al consenso informato può rivestire un'importanza secondaria trattandosi di un momento non direttamente finalizzato alla cura.

schio appaiono essere quelli di terapia intensiva e dei trapianti, cioè reparti nei quali vengono ricoverate persone già molto provate ed in stato di debolezza. Un secondo ambito che merita attenzione è quello del diritto all'informazione, costituendo – negli anni considerati dal rapporto – circa un quarto delle segnalazioni ricevute. Si parla qui di carenza di informazioni relative, ad esempio, alle prestazioni socio-sanitarie, (non)fornite dai medici di base o dagli operatori dell'area della salute mentale; secondariamente, si lamentano carenze rispetto alle prestazioni assistenziali per l'invalidità civile oltre che il diritto all'esenzione dal pagamento del ticket. Si tratta di ambiti i cui riflessi, prevalentemente di natura economica, ricadono più spesso sulle fasce più svantaggiate della popolazione, costituite da anziani, disabili e invalidi. Ancora, un quinto delle segnalazioni ricevute riguarda l'accesso alle cure; e qui il problema più consistente è quello delle dimissioni improprie dagli ospedali. Va anzi osservato come all'aumento delle rette sia corrisposta, abbastanza paradossalmente, una riduzione dei tempi di degenza – così che pazienti non del tutto stabilizzati rischiano di essere dimessi prematuramente – mancando le strutture in grado di gestire soggetti con quadri clinici complessi. È questo un “nuovo” tipo di errore, imputabile forse ai recenti cambiamenti di un sistema sanitario colpito da numerosissimi tagli economici. Gli anglosassoni, con ironia tagliente, indicano un meccanismo improntato alla logica del “*quicker and sicker*”, così descrivendo la condizione di un paziente che venendo dimesso dalla struttura in tempi troppo rapidi, si trova a dover “fare i conti” coll'inevitabile peggioramento delle proprie condizioni di salute. Molte le segnalazioni relative ai rifiuti di ricovero, particolarmente in quelle regioni che non dispongono di

strutture specializzate. Anche il diritto al tempo, inteso come tempi (lunghi!) di attesa nelle liste per visite specialistiche, esami clinici ed interventi chirurgici, è causa di lamentele. Lo sconcerto, e l'irritazione, sono però destinati a lievitare quando il cittadino scopra che i sei mesi di attesa in media previsti contattando il CUP di una struttura possono diminuire considerevolmente procedendo, sempre entro la medesima struttura, a pagamento. Attese infinite sono quelle per il riconoscimento delle invalidità civili e dell'handicap. Infine l'umanizzazione delle cure, vero punto dolente, e trasversale, del Rapporto di ricerca. Sebbene le segnalazioni in questo ambito rappresentino circa l'8% del totale, occorre riconoscere che le conseguenze delle condotte (siano queste azioni, omissioni o atti di insensibilità) registrate sotto tale voce sono destinate a lasciare profonde ferite nei pazienti, e – non va trascurato – in coloro che li assistono. Ferite sì invisibili, perché immateriali, ma non per questo meno dolorose o più facili da dimenticare. I casi riferiti riguardano personale medico e sanitario che nomina il paziente con il numero di letto (anziché col nome proprio); che rivolge frasi poco garbate o si mostra impaziente quando interrogato; che ignora le sofferenze – magari perché di fretta, o preso da questioni burocratiche, o per “abitudine” alle stesse – facendosi incapace di un gesto di conforto e speranza. Si parla di trascuratezza e incuria del personale, ma anche di maltrattamenti, di inflizione di inutili sofferenze e di violazioni della *privacy*. In ciascuna delle condotte considerate appare centrale la mancanza di attenzione e di “cura” verso i pazienti, ciò contribuendo ad acuire quello stato di esasperazione e di afflizione che già segna i tempi della malattia. La mancanza di rispetto per la dignità della persona, per il suo stato di manifesta debolezza

e fragilità, per i vissuti di sofferenza destinati anche a perdurare nel tempo, sono condizioni che alimentano, giorno dopo giorno, patimento dopo patimento, la conflittualità entro il sistema sanitario, divenendo più facile, rispetto al passato, reagire ad una condizione sentita come ingiusta.

In tale prospettiva, ulteriori riflessioni emergono dai dati riferiti dalla *Commissione Parlamentare d'inchiesta sugli errori in campo sanitario e i disavanzi sanitari regionali*¹¹, presieduta dall'on. Leoluca Orlando. Gli stessi, relativi ad un periodo di poco inferiore ai due anni (fine aprile 2009 – inizio aprile 2011), riferiscono di 409 casi di malasania; di questi, 276 hanno condotto alla morte del paziente in ragione di carenze strutturali, disservizi o per errore diretto del personale medico e sanitario. La concentrazione geografica degli episodi mostra inoltre alcune preoccupanti criticità: difatti, ben 89 casi sul totale sono accaduti in Calabria (regione purtroppo in cima pure alla triste classifica dei decessi), mentre 81 sono avvenuti in Sicilia. Altre regioni presentano numerose problematiche, e sebbene al Nord possa sembrare che la situazione sia migliore, non va dimenticato che presenziano in questa graduatoria – non certo di merito – anche Lombardia, Emilia Romagna e Toscana, la cui sanità è più spesso indicata come modello. Così come affermato dall'on. G.M.S. Burtone durante una seduta alla Camera dei Deputati, «troppi e tanti errori sono stati commessi e hanno determinato anche la morte di pazienti. Dire ciò non significa voler bollare negativamente la nostra sanità e dare un marchio negativo, tutt'altro. (...) Tuttavia, appare chiara l'esigenza di capire, di conoscere al

meglio e di svolgere un'indagine rispetto allo stato della sanità in Italia (...). Non vi è dubbio, infatti, che molto spesso gli errori non sono causati soltanto dagli uomini, ma sono determinati dalle strutture. Ricordo che abbiamo strutture fatiscanti soprattutto nel Mezzogiorno» (Ibidem).

2. Una questione di fiducia

A cosa si deve, dunque, la recente attenzione – e soprattutto la maggiore reattività – verso gli errori in sanità e gli episodi di malasania? Quali i fattori d'influenza più significativi rispetto a tali dinamiche, destinate a riflettersi pesantemente sulla relazione medico-paziente? Principalmente, a parere di chi scrive, è possibile fare riferimento a due ordini di motivi. Innanzitutto l'aumento davvero senza precedenti dell'informazione sanitaria, in quest'epoca facilmente accessibile anche ai “non addetti ai lavori”. Il paziente odierno è più informato, consapevole e perciò deciso nel reclamare un ruolo attivo e partecipe all'interno del sistema di cura che lo riguarda; i saperi più tecnici possono essere agevolmente avvicinati grazie alla *web*, la cui offerta di notizie in questo settore è assai ampia – oltre che dettagliata – in funzione delle richieste poste dall'utente. Se tale è lo sfondo, appare inevitabile che i tradizionali meccanismi di riconoscimento dell'autorevolezza del medico nello specifico, e più in generale del mondo della sanità, entrino in crisi, venendo investiti da trasformazioni non semplici da gestire – come rivela la figura del *challenging patient*. D'altro canto, gli enormi progressi fatti dalla medicina negli ultimi anni hanno accresciuto le aspettative

11. Si veda la documentazione disponibile sul sito del Parlamento Italiano, Camera dei Deputati: www.camera.it

nei confronti delle sue possibilità, e del suo potere considerato illimitato; ma va da sé che qualora si ritenga la medicina «teoricamente onnipotente, o quasi, il problema o è del tecnico che la applica male, perché non è aggiornato, non conosce o non sa applicare gli ultimi ritrovati e le ultime tecniche, oppure è del sistema che non è in grado di ricostruire quell'unità e unicità del paziente predisponendo per tutti un percorso clinico individualizzato e di eccellenza» (Vaccaro, 2011, p. 41). Più nello specifico, sono molteplici le ragioni che possono favorire o sospingere il paziente verso la rivendicazione dei diritti violati da qualche forma di errore sanitario, proponendo un complesso intreccio di dimensioni soggettive, sociali e relazionali, come correttamente sottolineato da C. Cipolla (2004):

maggior attenzione e consapevolezza dei cittadini al tema; maggior visibilità o gravità (percepita) del danno patito; maggior forza delle reti primarie, minori disponibilità economiche; maggior cultura giuridica ed associativa circostante; miglior qualità delle strutture che erogano i servizi (è paradossale ma è così); minor fiducia o empatia nel rapporto medico-paziente; maggior pressione o disponibilità dei media rispetto all'argomento; più consistente presenza di un sistema assicurativo e legale; minor qualità nella comunicazione personale e ambientale; minor governo anticipato (segnalazioni, reclamo, ecc.) del percorso di protesta del cittadino (e del suo *entourage*); maggiori aspettative sociali di guarigione riguardo alla difficoltà dell'intervento (pp. 20-21).

E dunque, l'aumento della litigiosità, ovvero della conflittualità in ambito sanitario, è con ogni evidenza riconducibile (anche) ad una questione di fiducia. O meglio, alla progressiva erosione di quel più generale sentimento di fiducia sul quale dovrebbe poggiare la collettività; e, in particolare, di quel più antico rapporto fiduciario che un

tempo legava medico e paziente, così come istituzioni sanitarie e cittadini. Un rapporto imperniato sul *con-fidare* reciproco, ossia su una fiducia vicendevolmente attribuita a partire dal riconoscimento sostanziale della centralità della dimensione informativa-empatica. Quest'ultima, assegnando al sanitario competenze specifiche – perciò difficilmente giudicabili dai “profani” – ne attestava e rimarcava l'autorevolezza, coniugandosi altresì ad un sentimento di umana partecipazione alle vicende del malato che aiutava a rendere più accettabili gli esiti della malattia persino quando letali. Tale il senso del termine “umanizzazione delle cure”: aver presente, innanzi a tutto, la persona, fastello di carni e sentimenti, sofferenze reali e speranze impalpabili; così che l'atto del “prendersi cura” dell'essere umano oltrepassava quello del “prendere in cura” il sintomo o la malattia. La questione dello sgretolamento della fiducia, del suo venire meno oggi anche in ambito sanitario, emerge appieno nell'interessante ricerca di taglio prevalentemente qualitativo effettuata di recente da C. Cipolla e dai suoi collaboratori (2010). Infatti, quel che sembra spingere i soggetti coinvolti dall'indagine ad attivarsi per veder riconosciuto il danno patito, è soprattutto – al di là della serietà e della gravità del danno medesimo – l'aver esperito un senso di abbandono, di mancanza di interesse, di profonda disattenzione verso quanto lamentato, e proprio da parte del professionista o della struttura sanitaria deputati alla cura. Gli aspetti relazionali, dunque, sembrano avere un peso centrale rispetto alle decisioni successive, pur nella consapevolezza delle difficoltà che contrassegneranno l'*iter* giudiziario. È questo sentimento di fiducia tradita, di mancato rispetto, di offesa e umiliazione alla dignità che funge da detonatore alla sofferenza, innescando una spirale di conflittualità

destinata a riflettersi non soltanto su “quella” specifica relazione medico-paziente, bensì sulle numerose relazioni che connotano e strutturano il sistema sanitario.

E dunque, cosa è la fiducia? Quali le dimensioni intaccate dalla sua perdita, dal suo venir meno? Ed ancora, quali le conseguenze di tale erosione per il soggetto e la collettività? Nella prospettiva sociologica, il concetto di fiducia afferisce sostanzialmente a tre dimensioni centrali per l’edificazione e la strutturazione dell’identità personale e sociale (Misztal, 1996). Tali sono la fiducia di base (o familiarità), aspetto latente e concernente quelle “aspettative costitutive” della vita di ogni giorno capaci di garantire un certo grado di prevedibilità e di affidabilità all’esistenza del soggetto; in secondo luogo, la fiducia personale (o interpersonale), concessa volontariamente dall’individuo a tutti coloro con i quali intrattiene rapporti affettivi o, per altri versi, confidenziali e di intimità; ed infine la fiducia istituzionale (o sistemica), consistente nelle aspettative di segno positivo rispetto al funzionamento “normale” (perché giusto, equo) delle istituzioni sociali e dei sottosistemi che operano a tutela della persona e delle sue molteplici relazioni. Il primo tipo di fiducia permette dunque all’ordine sociale di essere avvertito come stabile, dando luogo ad un terreno comune generato da pratiche *routinarie*. Queste ultime rappresentano lo sfondo sul quale muovono le interazioni quotidiane, i cui requisiti di prevedibilità, intelligibilità e affidabilità costituiscono, da un lato, l’elemento capace di sostenere l’ordine sociale e, dall’altro lato, il fattore in grado di ridurre la percezione soggettiva di complessità e incertezza provenienti dall’ambiente circostante (Luhmann, 1989). In tale prospettiva, la minaccia a questo primo tipo di fiducia comporta il far fronte – coi limitati

mezzi cognitivi di cui dispone l’essere umano – al senso di contingenza ora non più evitabile, causa di spaesamento per il soggetto chiamato a misurarsi con dinamiche non familiari in quanto governate da precarietà. A questo livello di realtà, quindi, l’atto del fidarsi va inteso come qualcosa di necessario e inevitabile (Giddens, 1994; Turnaturi, 2003), pena l’immobilismo più completo; e difatti già G. Simmel agli inizi del secolo scorso, riflettendo sull’impossibilità di non fidarsi nella modernità, ricordava come lo sfidare quotidianamente il rischio di essere ingannati diventi modalità necessaria per garantire la continuità delle relazioni, pur nella consapevolezza che i rapporti con gli altri – spesso improntati a superficiale conoscenza – ammettono soltanto atti fiduciari paradossalmente intrisi di diffidenza (1989). La seconda dimensione della fiducia, ossia quella interpersonale, si costruisce a partire da un insieme di pratiche sociali che hanno luogo entro la famiglia, nei rapporti affettivi o amicali, in quelli professionali e di servizio, nelle relazioni comunitarie. Tali pratiche svolgono una funzione di rinforzo del sentimento di inviolabilità della persona, grazie alla creazione di relazioni fra l’individuo e gli altri significativi. E dunque si tratta di una tipologia di fiducia fortemente influenzata dalle aspettative relative alle future azioni altrui, nonché dal senso di autenticità sprigionato dai legami interpersonali. Come sostenuto da H. Garfinkel (2004), nella quotidianità il soggetto tende a considerare i propri interlocutori quali membri *bona fide* del gruppo, presupponendone un agire orientato da correttezza e dalla capacità di gestire l’interazione in termini cognitivi. Pertanto, quando la relatività del dato per scontato diviene manifesta, la scelta per il soggetto diviene quella fra re-definizione della situazione e ritiro dalla scena sociale. Le con-

sequenze di tale decisione sono fondamentali, implicando una nuova lettura della situazione medesima; e tuttavia non va dimenticato come una simile scelta possa avere, in casi estremi, risvolti anche drammatici, quali l'isolamento del soggetto, il ricorso all'autorità giudiziaria per l'irrogazione di una sanzione o, talora, la fuga nella vendetta privata. Infine la solidità del terzo tipo di fiducia, quella istituzionale, è posta in discussione tutte le volte che le agenzie deputate alla cura del soggetto, alla sua tutela e protezione, ne tradiscono le aspettative, così ponendo in discussione i contenuti stessi del (tacito) contratto sociale sul quale poggia la relazione fra governati e governanti ancora oggi. In questo modo la fiducia istituzionale viene erosa ogni qualvolta il soggetto che ha patito un danno conosce un processo di disconoscimento, ossia di negazione della condizione in cui versa, ad opera delle istituzioni medesime, ciò causandogli ulteriore sofferenza. Tanto che in altri ambiti di studio si parla, a questo proposito, di un processo "vittimizzazione secondaria" (Vezzadini, 2006).

3. Mediazione e riconoscimento: l'introduzione del D.Lgs. 28/2010

Se è possibile affermare che quanto sopra descritto attiene anche alle dinamiche di cura e sanitarie, la questione centrale riguarda allora il ripristino – se non totale almeno parziale – dei nessi fiduciarî fra medico, paziente e sistema sanitario; ciò allo scopo di evitare, da un lato, un pericoloso e difficilmente gestibile *impasse* del sistema, ma anche, dall'altro lato, la chiusura intransigente, rancorosa e infine impotente dei soggetti diversamente coinvolti dalla controversia. Presupposto per la ricostruzione delle aspettative fiduciarie violate è il riconoscimento re-

ciproco fra le parti: un riconoscimento che ben prima di concernere aspetti economici e finanziari (quali il risarcimento dei danni, appunto), guarda ai sentimenti e ai vissuti emozionali esperiti dagli attori sociali. Parliamo di sentimenti di fragilità e debolezza, impotenza ed umiliazione; ma anche di vergogna e disonore, senso di colpa e fallimento personale. E ancora rabbia, frustrazione, tormento. Emozioni che, seppure esperite in tempi differenti, finiscono più spesso coll'accumulare i percorsi esistenziali delle parti in conflitto, configurando un "terreno emozionale" condiviso sul quale iniziare un confronto ed una riflessione. Ciò allo scopo di individuare, insieme, soluzioni non distruttive (in termini materiali ma anche simbolici) dell'altro; un "altro-nemico" al quale viene imputato tutto il malessere esperito. Proprio P. Ricoeur (2005), in una delle ultime opere scritte poco prima della morte, sottolineava come tale reciproco riconoscimento si nutra di un approccio dialettico, incentrandosi su un'idea di mutualità che trova il proprio fondamento non già nell'identità formale, ma nella dissimmetria dell'esistere concreto. Così l'elemento dialettico conferma l'irriducibilità della dimensione del riconoscere a quella del conoscere, poiché la prima trascende la seconda; dando origine ad una struttura aperta in cui l'agire, pur collegato alle dimensioni identitarie dai processi conoscitivi, si pone in costante relazione con l'altro in una dimensione pervasa dallo scambio costante e ricambiato.

Ora parlare di riconoscimento mutuale come dialogo, ascolto dell'altro, confronto dialettico, è esattamente quanto proposto dalla pratica della mediazione-conciliazione, mirante a sostenere e guidare i soggetti coinvolti entro un conflitto verso una risoluzione che tenga conto dei differenti punti di vista, anche quando contrastanti. La media-

zione-conciliazione, oggi prevista anche in Italia entro la materia sanitaria in seguito all'entrata in vigore (nel marzo 2011) del D.Lgs. 4 marzo 2010 n. 28 attuativo della riforma del processo civile, rappresenta finalmente – dopo anni di richieste – una forma di risoluzione stragiudiziale delle controversie in tale ambito. Difatti il decreto prevede la sua applicazione obbligatoria con riferimento al risarcimento dei danni derivanti da responsabilità medica, divenendo la stessa una modalità alternativa di riconoscimento e gestione dei conflitti entro la complessa relazione medico – paziente – struttura sanitaria. Con ciò rappresentando una risorsa fondamentale sia quanto alla realizzazione del principio di centralità partecipata del cittadino, sia nell'elaborazione di politiche migliorative del contesto socio-sanitario. Il merito principale della mediazione-conciliazione,

a parere di chi scrive, è quello di promuovere nuove logiche comunicative, aprendo ad un processo nel quale due o più soggetti si rivolgono ad un terzo neutrale, il mediatore¹², nel tentativo di rendere maggiormente fronteggiabili le cause e gli effetti del conflitto, permettendo così la riapertura di quei canali comunicativi rimasti in precedenza bloccati (Bonafé Schmitt, 1992; Ceretti, 2001; Morrone, 2011). Sebbene fin da subito, sul fronte operativo, siano state avanzate alcune obiezioni verso tale pratica – critiche riguardanti essenzialmente le modalità di intervento, va detto¹³ – è possibile tuttavia affermare una certa soddisfazione per l'inserimento della mediazione nel contesto sanitario. Difatti, pur essendo assolutamente ovvio come la stessa non possa fungere da panacea ai (numerosi) mali che affliggono il sistema sanitario nel nostro Paese¹⁴, nondimeno essa costi-

12. Sulla figura del mediatore molto è stato scritto. Per uno sguardo maggiormente approfondito sull'argomento, che in questa sede non ci possiamo permettere, si rimanda a J.P. Bonafé Schmitt (1992), *La médiation: une justice douce* (Paris: Syros Alternatives); J. Faget (1997), *La médiation. Essai de politique pénale* (Ramonville Saint-Agne: Erès); J. Morineau (2000), *Lo spirito della mediazione* (Milano: FrancoAngeli); M. Esposito e S. Vezzadini, a cura di, (2011). *La mediazione interculturale come intervento sociale* (Milano: FrancoAngeli).

13. Fra le critiche subito mosse a tale strumento, vanno ricordate le perplessità circa l'obbligatorietà prevista nella sua applicazione, aspetto che contraddice quelli che possono essere definiti i principi ispiratori della pratica medesima (volontarietà e libera partecipazione, anzitutto). Particolare attenzione è stata poi rivolta alla formazione del mediatore, il quale, per definizione, non è giudice né arbitro, e dunque necessita di un bagaglio di conoscenze e competenze *ad hoc*. Sulla base di quest'ultima osservazione, va segnalato come in tempi davvero brevi siano fioriti, nel nostro Paese, molteplici corsi volti a dotare di strumenti adeguati questa nuova figura professionale: non va trascurato il fatto che tale soggetto è chiamato ad operare in un contesto estremamente delicato quale quello sanitario. Infine, un questione importante riguarda i soggetti da coinvolgere nel processo mediativo vero e proprio: quale il ruolo degli avvocati difensori, ad esempio, e quale quello delle compagnie assicurative (che, come è facile intuire, avrebbero più di un interesse a presenziare)? E qualora il medico appartenga ad una struttura ospedaliera, chi dovrà intervenire? In realtà, ampliando eccessivamente la partecipazione, il rischio di snaturare il processo di mediazione-conciliazione sembra essere piuttosto concreto.

14. In effetti, anche nei differenti contesti che vedono l'applicazione della mediazione da più tempo dell'ambito sanitario (si pensi all'ambito giudiziario penale, scolastico, giustizioristico, sociale e dei conflitti, multiculturale) permangono ad oggi alcune criticità, contribuendo ciò al dibattito circa gli effettivi esiti di tale pratica.

tuisce l'occasione per favorire un significativo cambiamento di mentalità. In tale prospettiva, favorire la gestione e il superamento dei conflitti attraverso il rafforzamento del dialogo appare di fondamentale importanza, incentrandosi tale approccio sul concetto di apertura all'altro, di disponibilità verso l'altro. E forse proprio qui si cela l'opportunità di riscatto per un sistema sanitario in affanno, e al contempo per un paziente sempre più sfiduciato e perciò destinato a ripiegare su un sapere fintamente esaustivo quale è quello che si incontra sul *web*. In un'epoca in cui abbiamo in parte dimenticato come il lessico della cura comporti l'idea del riconoscimento dell'altro (del suo patimento e delle sue paure, ma anche della sua impossibilità di fronte all'imponderabile e della sua umana fragilità), la riscoperta di tale valore potrà – forse – dar vita a nuove relazioni, capaci di eludere le minacce future aprendo a nuovi orizzonti di significato.

Bibliografia di riferimento

- Ashok J. *et al.* (1999). General practitioners' experiences of patients' complaints: qualitative study, *British Medical Journal*, 318:1596
- Bonafè Schmitt J.P. (1992). *La médiation: une justice douce*. Paris: Syros Alternatives
- Cipolla C., a cura di (2004). *Il contenzioso socio-sanitario. Un'indagine nazionale*. Milano: FrancoAngeli
- Cipolla C., a cura di (2010). *Il contenzioso sanitario visto dai pazienti*. Milano: FrancoAngeli
- Esposito M., Vezzadini S., a cura di (2011). *La mediazione interculturale come intervento sociale*. Milano: FrancoAngeli
- Faget J. (1997). *La médiation. Essai de politique pénale*. Ramonville Saint-Agne: Erès
- Garfinkel H. (1963). A Conception of, and Experiments with, 'Trust' as a Condition of Stable Concerted Actions. In: Harvey O.J. (edited by), *Motivation and Social Interaction*. New York: Ronald Press (trad. it.: *La fiducia. Una risorsa per coordinare l'interazione*. Roma: Armando Editore, 2004)
- Giddens A. (1990). *The Consequences of Modernity*. Cambridge: Polity Press (trad. it.: *Le conseguenze della modernità. Fiducia e rischio, sicurezza e pericolo*. Bologna: il Mulino, 1994)
- Lomaglio B., a cura di (2011). *La conciliazione. Un'alleanza rinnovata tra medico e cittadino. Atti del Convegno*. Roma: Ethos
- Luhmann N. (1989). Familiarità, confidare e fiducia: problemi e alternative. In Gambetta D., a cura di, *Le strategie della fiducia. Indagini sulla razionalità della cooperazione*. Torino: Einaudi
- Manzato R. (2011). L'assicurazione RC sanitaria: stato dell'arte e possibili varianti. In: Lomaglio B., a cura di, *La conciliazione. Un'alleanza rinnovata tra medico e cittadino. Atti del Convegno*. Roma: Ethos
- Misztal B. (1996). *Trust in modern societies*. Cambridge, UK: Policy Press
- Morrone A. (2011). Servizi socio-sanitari e mediazione transculturale. In: Esposito M. e Vezzadini S., a cura di, *La mediazione interculturale come intervento sociale*. Milano: FrancoAngeli
- Mosca G. (2011), Presentazione. In: Lomaglio B., a cura di, *La conciliazione. Un'alleanza rinnovata tra medico e cittadino. Atti del Convegno*. Roma: Ethos
- Morineau J. (1998). *L'Esprit de la médiation*. Paris: Eres Trajacts (trad. it.: *Lo spirito della mediazione*. Milano: FrancoAngeli, 2000)

- Paltrinieri A. (2004). Dall'errore medico al contenzioso. Temi ed ipotesi della ricerca. In: Cipolla C., a cura di, *Il contenzioso socio-sanitario. Un'indagine nazionale*. Milano: FrancoAngeli.
- Porcu E. (2010). Introduzione. In: Cipolla C., a cura di, *Il contenzioso socio-sanitario. Un'indagine nazionale*. Milano: FrancoAngeli.
- Porcu E. (2010). Il contenzioso dal lato dei pazienti. In: Cipolla C., a cura di, *Il contenzioso socio-sanitario. Un'indagine nazionale*. Milano: FrancoAngeli.
- Simmel G. (1908). *Soziologie. Untersuchungen über die Formen der Verge-sellschaftung*. Berlin: Duncker & Humblot (trad. it.: *Sociologia*. Milano: Edizioni di Comunità, 1989).
- Rapporto PiT Salute 2010 "Diritti: non solo sulla carta", disponibile al sito www.cittadinanzattiva.it
- Ricoeur P. (2004). *Parcours de la reconnaissance. Trois études*. Paris: Stock (trad. it.: *Percorsi del riconoscimento*. Milano: Raffaello Cortina, 2004).
- Turnaturi G. (2003). *Tradimenti. L'imprevedibilità nelle relazioni umane*, Milano: Feltrinelli.
- Vaccaro K. (2011). L'ars medica ieri e oggi. In: Lomaglio B., a cura di, *La conciliazione. Un'alleanza rinnovata tra medico e cittadino. Atti del Convegno*. Roma: Ethos.
- Vezzadini S. (2006). *La vittima di reato tra negazione e riconoscimento*. Bologna: Clueb.

Sitografia

www.the-mdu.com
www.camera.it
www.associazioneamami.it
www.cittadinanzattiva.it

In memoriam

In memoriam di Harold Garfinkel (1917-2011): riflessioni sul suo contributo alla Sociologia della salute

di Barbara Sena*

Il 21 aprile 2011 si è spento alla veneranda età di 93 anni uno dei più controversi sociologi del Novecento, Harold Garfinkel, noto come il padre dell'etnometodologia, una corrente sociologica sviluppatasi a partire dagli anni Sessanta negli Stati Uniti ed estesi in diversi paesi, soprattutto dell'area anglosassone.

In Italia, i suoi scritti, ma soprattutto l'approccio da lui creato, non sono molto conosciuti e diffusi tra l'establishment sociologico e i tentativi di avvicinamento da parte di alcuni studiosi sono stati sinora sporadici e perlopiù di carattere teorico¹. Nonostante ciò, il

* European Ph.D. in *Socio-economic and statistical studies*. Attualmente insegna *Sociologia generale* presso l'Università degli studi dell'Aquila e *Metodologia e tecniche della ricerca sociale* presso l'Università S. Tommaso di Roma. barbarasena@tiscali.it

1. Come è noto, gli studi etnometodologici analizzano i metodi che i membri di una società utilizzano per rendere comprensibili e ordinate le proprie attività quotidiane (Garfinkel, 1967). Per coloro che volessero approfondire i principi teorici esiste ormai una vasta letteratura, soprattutto in inglese. Tra i contributi sull'etnometodologia in Italia si vedano quelli di Fele (2002), Giglioli e Dal Lago (1984), Muzzetto (1997), Muzzetto e Segre, (2005), Ruggerone (2000) e Sena (2011).

contributo di Garfinkel alla sociologia contemporanea è ormai riconosciuto a livello internazionale e merita, pertanto, vista la sua recente scomparsa, di essere ricordato in questa sede.

Il mio intento nelle pagine che seguono sarà, tuttavia, finalizzato a presentare brevemente solo alcuni aspetti della vita e del lavoro di questo sociologo, che possono essere considerati significativi per ricordare il suo percorso intellettuale e, più specificatamente, il suo interesse per i temi della sociologia della salute.

Innanzitutto, vale la pena riportare alcune tappe della formazione intellettuale di Garfinkel.

Dopo il *Master* in sociologia all'Università del North Carolina, dove aveva avuto modo di approfondire la fenomenologia di Husserl, Schutz e Gurwitsch, e dopo aver partecipato alla Seconda Guerra Mondiale, nel 1946 Garfinkel approda ad Harvard dove, sotto la supervisione di Talcott Parsons, consegue nel 1952 il Ph.D. con una tesi che affronta il tema dell'ordine sociale, criticando la teoria dell'azione parsoniana e contrapponendovi alcune elaborazioni della fenomenologia di Schutz.

A partire dalla critica a Parsons si può dire che si struttura la "protoetnometodologia" (Lynch, 1993), che influirà anche sulle sue ricerche sul tema medico-sanitario².

Dopo il periodo ad Harvard, Garfinkel intraprende la sua carriera di sociologo. Nel 1954 comincia ad insegnare presso il dipartimento di sociologia e antropologia dell'università di

Los Angeles in California, in cui rimarrà di fatto per tutta la sua vita accademica, rimanendovi attivo come professore emerito dal 1987 (anno in cui si è ritirato formalmente) fino alla sua morte.

Pur essendo stato un sociologo longevo e lucido fino alla morte, non si può dire che Garfinkel abbia prodotto molte pubblicazioni. Per anni l'unico volume scritto da questo autore, che peraltro raccoglieva alcuni contributi già precedentemente pubblicati, è stato *Studies in Ethnomethodology*. Uscito nel 1967, rappresenta una sorta di "bibbia" per gli etnometodologi, dato che rimane ancora oggi il principale testo di riferimento per tutte le indagini etnometodologiche.

Nel 2002 Garfinkel ha pubblicato un ulteriore libro, dal titolo *Ethnomethodology's Program. Working out Durkheim's Aphorism*, che raccoglie e amplia i contenuti di alcuni saggi scritti tra gli anni Ottanta e Novanta. Questo volume segna il passaggio dalla "etnometodologia radicale", che aveva caratterizzato gli studi degli anni Sessanta e Settanta, alla "neoetnometodologia", basata sul programma di ri-specificazione dei temi della sociologia e delle scienze in generale. Non a caso, questa fase è coincisa con il definitivo passaggio dell'etnometodologia da movimento sovversivo delle scienze sociali a movimento sociologico formalmente riconosciuto dal mondo accademico³.

Negli ultimi anni, grazie al lavoro di curatela di Anne Rawls, sono usciti altri due volumi di Garfinkel scritti, però,

2. Come è noto, Parsons è considerato uno dei primi sociologi ad essersi interessato del rapporto medico-paziente sin dagli anni Cinquanta, dedicandovi un capitolo de *Il Sistema sociale* (1951) (cfr. Carricaburu e Ménolet, 2007). Di questo Garfinkel, che certamente aveva una conoscenza profonda sia di Parsons che della sua opera, ne avrà tenuto in considerazione nei suoi studi sui contesti medici, anche se non risultano riferimenti espliciti a questo.

3. Per un approfondimento della vita di Garfinkel e della evoluzione dell'etnometodologia sin dalla sua nascita si vedano, tra gli altri, Rawls (2000), Lynch (1993) e Ruggione (2000).

tra gli anni Quaranta e Cinquanta e sino ad allora mai pubblicati: il primo si intitola *Seeing Sociologically. The Routine Grounds of Social Action* (2006) e risale al 1948, mentre il secondo si intitola *Toward a Sociological Theory of Information* (2008), e riporta alcuni scritti di Garfinkel del 1951-1952.

A parte questi e qualche breve saggio scritto con altri etnometodologi non rimane molto altro del suo lavoro di ricerca e di studio.

Nonostante le sue opere non siano molte, gli studi di Garfinkel hanno toccato molti temi della sociologia contemporanea, tra cui anche quello medico e sanitario.

Tra gli anni Cinquanta e Sessanta, Garfinkel partecipa per diversi anni ad una ricerca svolta presso l'ambulatorio psichiatrico del Medical Center dell'Università di Los Angeles (UCLA). I risultati di tale indagine costituiscono in particolare due capitoli di *Studies in Ethnomethodology* (da adesso in poi solo *Studies*) che qui riportiamo brevemente.

Nel primo, che rappresenta il capitolo 6 di *Studies*, scritto in collaborazione con Egon Bittner, il principale tema a cui si interessa Garfinkel, tipico della ricerca etnometodologica, riguarda il fatto che il lavoro di un membro competente di un certo campo di attività, come ad esempio quello di un medico o di un infermiere in un ospedale, dipende in vari modi da competenze locali e "non ufficiali", nel senso di non formalizzate a livello generale e istituzionale. Non a caso il titolo che Garfinkel dà a questo capitolo è "*Good organizational reasons for "bad" clinic records*". In esso viene messo in evidenza il contrasto tra i criteri esterni del ricercatore e quelli interni del personale medico (ovvero il noto problema delle scienze sociali della distinzione *etic-emic*) in merito alla interpretazione, da un lato, e alla compilazione, dall'altro, delle cartelle cliniche dei pa-

zienti visitati. Garfinkel osserva come «le cartelle consistono di procedure e conseguenze di attività cliniche come parte di un'impresa medico-legale» (Garfinkel, 1967, p. 198). Nel definire le cartelle cliniche come *bad* e le ragioni organizzative come *good* Garfinkel intendeva far notare come i problemi che i ricercatori hanno nel leggere e interpretare correttamente le cartelle cliniche compilate dal personale medico in realtà deriva da un problema "normale e naturale". Questa espressione si riferisce al fatto che i modi che il personale utilizza per riportare nei vari documenti clinici le attività effettuate sui pazienti, vengono messi in pratica riflessivamente e in modo routinizzato, spesso senza seguire delle regole o delle procedure formalizzate (ibidem, p. 191).

Analizzando le cartelle cliniche prodotte nell'ambulatorio psichiatrico, inoltre, Garfinkel sottolinea come esse possano essere lette in due distinte modalità: da un lato come cartelle "attuariali" (nel senso matematico), dall'altro come cartelle indicanti una sorta di "contratto terapeutico" tra il personale medico-sanitario e il paziente. Per contratto, qui, si intende il fatto che «i contenuti delle cartelle cliniche sono assemblati con riguardo alla possibilità che il rapporto possa essere ritratto come in accordo con le aspettative di prestazioni sanzionabili da parte di medici e pazienti» (ibidem, p. 199).

Contrariamente alle cartelle attuariali, come quelle che costituiscono i conti bancari, le cartelle cliniche non presuppongono una lettura "standard", in quanto contengono del materiale con cui può essere costruita una "rappresentazione documentata", che dipende perlopiù dalle considerazioni pratiche del lettore, piuttosto che dalle caratteristiche oggettive della situazione in cui la cartella è stata scritta.

Tali considerazioni contrattuali non sono certo le uniche praticate da chi

compila le cartelle cliniche, ma secondo Garfinkel esse hanno una priorità sulle altre, poiché coinvolgono la responsabilità medico-legale che nella maggior parte dei casi finisce con il prevalere su considerazioni di carattere diverso.

Da queste e altre osservazioni, Garfinkel arriva ad affermare che «i contenuti delle cartelle più che rivelare un ordine di interazione, presuppongono (da parte del ricercatore) una comprensione di quell'ordine per una corretta lettura» (ibidem, p. 201).

Purtroppo, nonostante una certa originalità con cui viene affrontato il tema del rapporto medico-paziente e della costruzione e comprensione dei documenti clinici, oggetti di studio della moderna sociologia della salute (cfr. Cipolla, 2004), non si può dire che questo lavoro di Garfinkel sia ben documentato a livello metodologico. Sembra, infatti, che le osservazioni di Garfinkel riguardino i problemi incontrati da lui stesso nel leggere le cartelle cliniche, piuttosto che uno studio empirico esplicitamente rivolto a documentare le attività di un ospedale (Have, 1995). In ogni caso, esso è ricco di spunti interessanti tipici delle indagini etnometodologiche, come la *membership*, ovvero l'appartenenza competente ai contesti professionali che determina pratiche *routinizzate* e date per scontate dai membri, ma anche la riflessività tra le attività e gli *accounts* utilizzati dai membri per descriverle e renderle comprensibili a se stessi e agli altri (cfr. Sena, 2011).

Vi è poi un altro capitolo di *Studies* (il capitolo 8) in cui Garfinkel continua e amplia le considerazioni iniziate nel capitolo precedente, e che ha come titolo

Methodological adequacy in the quantitative study of selection criteria and selection activities in psychiatric outpatient clinics. Anche qui, Garfinkel riprende i risultati dell'indagine svolta presso l'ambulatorio psichiatrico dell'università di Los Angeles, cercando di comprendere quali siano i criteri in base ai quali i pazienti sono selezionati per il trattamento terapeutico.

Analizzando la letteratura esistente sull'influenza dei fattori socio-economici nella selezione e discriminazione dei pazienti nelle cliniche psichiatriche, Garfinkel osserva come in realtà il ricercatore, dai risultati pubblicati dalle varie indagini statistiche, non possa decidere in base a quali parametri i pazienti vengono selezionati, se non presupponendo una conoscenza diretta delle varie strutture sociali in cui operano i medici che praticano queste selezioni (Garfinkel, 1967, p. 211). In questo studio Garfinkel critica i vari parametri che gli studiosi prendono in considerazione per le proprie valutazioni sui criteri di selezione, sottolineando, anche in questo caso, come non si possono generalizzare le caratteristiche delle "popolazioni" di pazienti che appartengono ad ospedali diversi. Per l'autore, infatti, non si può prescindere dalle condizioni specifiche dei pazienti che afferiscono ad una struttura sanitaria e dai modi in cui vengono gestiti dal personale medico in un processo "situato" e "legittimato" in modo differente da clinica a clinica⁴.

Questi, come altri spunti, presenti nelle pagine di *Studies* hanno costituito la base per la creazione di un filone di studi di *medical ethnomethodology* (Have, 1995) che si interessa di diversi aspetti della sociologia della salute, co-

4. L'analisi di Garfinkel è molto articolata e complessa e si avvale sia di formule matematico-statistiche, sia di tabelle e documenti clinici, raccolti sul campo al fine di criticare i metodi utilizzati sino a quel momento dai ricercatori. In questa sede, tuttavia, non si approfondirà tale analisi, ma ci si limiterà a riportare solo questi pochi contenuti.

me l'interazione dottore-paziente, l'organizzazione del lavoro medico, il linguaggio internazionale utilizzato dal personale medico-sanitario, il vissuto di malattie come la disabilità fisica o mentale, i trattamenti terapeutici così come le pratiche legate alle politiche sanitarie⁵.

Certamente anche in questo campo, come in molti altri in cui gli studi etnometodologici si sono estesi, gli scritti di Garfinkel hanno costituito un punto di riferimento da cui partire per le proprie analisi, ma non una guida teorica e pratica prescrittiva, vista la generalità dei principi espressi in *Studies*.

In altre parole, come Garfinkel stesso ha ribadito più volte quando è stato definito il padre dell'etnometodologia, la sua paternità ha generato una comunità di figli "bastardi", ad indicare la libertà con cui gli etnometodologi applicano e interpretano i principi da lui espressi, pur non rinnegando mai la loro appartenenza al movimento etnometodologico.

Riferimenti bibliografici

- Carricaburu D., Ménoret M. (2007). *Sociologia della salute*. Bologna: il Mulino (ed orig.: *Sociologie de la santé*. Paris: Armand Colin, 2005).
- Cipolla C., a cura di (2004). *Manuale di sociologia della salute* (3 voll.). Milano: FrancoAngeli.
- Fele G. (2002). *Etnometodologia. Introduzione allo studio delle attività ordinarie*. Carocci, Roma.
- Garfinkel H. (1967). *Studies in ethnomethodology*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

- Garfinkel H. (2002). *Ethnomethodology's program: Working out Durkheim's aphorism*. Lanham: Rowman & Littlefield.
- Garfinkel H. (2006). *Seeing sociologically. The routine grounds of social action*. Boulder: Paradigm Publishers.
- Garfinkel H. (2008). *Toward a sociological theory of Information*. Boulder: Paradigm Publishers.
- Giglioli P.P., Dal Lago A., a cura di (1983). *Etnometodologia*. Bologna: il Mulino.
- Have P. ten (1995). Medical Ethnomethodology: an overview. *Human studies*, 18, 2-3: 245-261.
- Lynch M. (1993). *Scientific practice and ordinary action*. New York: Cambridge University Press.
- Muzzetto L. (1997). *Fenomenologia, etnometodologia. Percorsi della teoria dell'azione*. Milano: FrancoAngeli.
- Muzzetto L., Segre S. (2005). *Prospettive sul mondo della vita. Sociologia fenomenologica ed etnometodologia: materiali per un confronto*. Milano: FrancoAngeli.
- Parsons T. (1951). *The social system*. New York: Free Press (trad. it.: *Il sistema sociale*. Comunità: Milano, 1965).
- Rawls A.W. (2000). Harold Garfinkel. In: Ritzer G., a cura di, *Companion to major sociological theory*. Boston: Basil Blackwell, pp. 545-576.
- Ruggerone L. (2000). *Parlare per vivere. Linguaggio ed esperienza nell'etnometodologia*. Milano: FrancoAngeli.
- Sena B. (2011). *Etnometodologia e sociologia in Garfinkel. L'indicabilità inevitabile*. Milano: FrancoAngeli.

5. La letteratura etnometodologica nel campo della medicina e della salute conta ormai centinaia di riferimenti bibliografici che non è possibile riportare in questa sede per ragioni di brevità. Per una rassegna abbastanza completa si rinvia al sito sull'etnometodologia e l'analisi della conversazione curato da Paul ten Have, che contiene anche una sezione specifica dedicata alla bibliografia etnometodologica nel campo della medicina e della psicoterapia (cfr. www.paultenhave.nl/medbib.htm).

*La cultura sociale
dei bisogni di salute.
La lettura
di Filippo Barbano*

di Donatella Simon*

Filippo Barbano, mancato lo scorso luglio a Torino all'età di 88 anni, è stato tra i protagonisti della rinascita della sociologia in Italia nel secondo dopoguerra, la cosiddetta da Lui "seconda sociologia" dopo la prima fase storica in epoca positivista, tra Ottocento e Novecento. A tali fasi della sociologia ha dedicato numerosi studi, così come alla sociologia politica, già negli anni Cinquanta. Negli Anni Sessanta ha promosso nel nostro Paese l'opera sociologica di Robert K. Merton, rappresentante di un funzionalismo critico e di 'medio raggio' oltreché studioso di sociologia della scienza, interesse anche questo coltivato dal Nostro. Barbano ha insegnato Sociologia e Storia del pensiero sociologico sia a Trento che da sempre a Torino, città dove molto viva è stata la sua presenza culturale, aperta a molteplici rapporti e curiosità intellettuali, orientate in più direzioni. Su una di queste voglio in questo *In memoriam* soffermarmi.

Tra il 1977 ed il 1980 Filippo Barbano sviluppò alcune fruttuose intuizioni in tema di *cultura dei bisogni* assistenziali e sanitari, inquadrandoli anche in una prospettiva non solo di sostegno terapeutico, bensì di più ampio respiro esistenziale, come 'bisogni – oggi si direbbe – di *care* (il 'prenderci cura') e dunque di *esistenza*, e ciò non solo al livello dell'oggetto-Soggetto

dell'intervento (l'assistito-il malato) ma anche e direi soprattutto al livello della *formazione degli operatori* socio-assistenziali e medico-sanitari, nel quadro di organizzazioni complesse.

L'occasione materiale che diede il la a queste considerazioni fu un Convegno ("Università e Territorio") incentrato su più fronti, tra cui quello della *salute*. Tant'è che preliminarmente a quella sezione fu la bozza *Il bisogno di salute*, stesa da Barbano ma emersa da discussioni interne ad un gruppo di lavoro dell'allora Istituto di Scienze Politiche dell'Università di Torino (1977).

Si trattò degli anni del trasferimento alle Regioni e agli enti territoriali di compiti e funzioni per l'attuazione del servizio sanitario nazionale: un'occasione di alta rilevanza per la riflessione sociologica chiamata a confrontarsi tra dimensioni funzionali-organizzative, *modus operandi* sanitario e ristrutturazione di entrambi gli ambiti nel quadro del processo di territorializzazione (Unità sanitarie locali).

In gioco era sostanzialmente la contro-parcellizzazione degli interventi e la loro ricomposizione, includente il problema della formazione e della partecipazione, intorno al Soggetto-persona che altri non è se non *il degente* (in ospedale), *il paziente*, o *il malato*. Giaché tra queste due ultime dizioni vi è da considerare lo 'status' (la condizione già conclamata, oggettiva) e la 'percezione soggettiva' di chi 'non si sente bene' o, appunto, 'non in salute'.

Più che di organizzazione, e pur sottolineando gli effetti positivi della 'dipartimentalizzazione', quanto anche a risultati di ricerca scientifica, Barbano sembrò più preoccupato del 'lavoro medico', in ciò facendo ampi riferimenti a quella 'cultura del territorio'

* Donatella Simon è professore associato presso la Facoltà di Scienze Politiche, Università di Torino. donatella.simon@unito.it

già sviluppata e ben presente ai medici condotti, nell'Ottocento in primo piano impegnati sul terreno della cultura sanitaria preventiva, soprattutto in termini di educazione fisica ed igienica, essendo in quest'ultima complice la rivoluzione batteriologica.

Qui Barbano – con finezza sociologica – toccava il tema della 'crisi di identificazione' del ruolo del medico, legata non solo all'evoluzione assai rapida delle conoscenze scientifiche e tecniche, ma anche al significato generale, cioè *sociale e culturale*, del suo operare: esperienza della malattia (le capacità diagnostiche tattili), della sanità come, appunto, insieme di organizzazione e di funzioni (divisione del lavoro), dei bisogni – in genere – di sicurezza e naturalmente in riferimento al 'cosa' sia 'salute'.

A *latere* si toccava anche la questione del personale 'paramedico' e relativi bisogni, nonché nessi col personale medico, da un punto di vista gerarchico, funzionale, e del 'significato del servizio', non solo a livello di organizzazione ma di coscienza professionale. Barbano sottolineava come il personale medico e quello non medico fossero entrambi pensabili e agenti in quanto *operatori sociali*. A questa nozione sono sottese molteplici considerazioni di natura storica, scientifica, tecnologica, economica, sociologica.

Inoltre la *relazione* che lega entrambi i tipi di operatori assume tre aspetti: a) la 'separazione' (derivante anche dalla divisione del lavoro); b) la 'subalternità' (rapporti di potere); c) l'unificazione come 'tendenza' al 'ruolo unico' o comunque in stretta complementarietà.

La 'formazione' è poi professionale, ma anche 'sociale', anche nel senso del lavoro di *équipe*.

Barbano notava in quella Bozza come l'espressione 'operatore sociale' richiamasse due significati: una funzione

socializzatrice, nel senso dell'aiuto umano al malato e una funzione di partecipazione, nel senso di condivisione di scelte di politica sanitaria, le quali oltrepassavano i ruoli 'tecnici'.

Quanto alla *formazione* Barbano notava la nascente 'cultura della prevenzione', per cui se la malattia non era più un 'incidente sociale', allora il medico, ma anche un operatore ausiliario ben preparato, dovevano interessarsi anche degli aspetti sociali e psicologici nell'esercizio funzionale del loro ruolo.

Di fatto, Barbano sottolineava, la 'medicalizzazione' della malattia (la sua appropriazione da parte della cultura tecnico-scientifica), non andava disgiunta dalla sua 'socializzazione': cioè dalla diffusione di una 'cultura della salute, processo in corso sin dalla penetrazione nel nostro Paese della cultura sanitaria di stampo positivistico (fine Ottocento-inizio Novecento).

A tutto ciò si doveva aggiungere, per Barbano, il crescente terreno socializzatore del lavoro di *équipe*, che veramente trasformava gli operatori 'tecnici' (medici, infermieri, personale ausiliario) in 'operatori sociali' e sotto un altro punto di vista ancora in 'operatori collettivi'.

Questo – storicamente – si lega alla nascita della clinica (i grandi dibattiti ottocenteschi nelle scuole mediche, francesi soprattutto), la quale rappresenta un soggetto collettivo operante nella pratica delle istituzioni ospedaliere, venendo a integrare la competenza personalistica e carismatica del 'maestro'. In altre parole: l'*équipe* clinica socializza le competenze sia scientifiche sia terapeutico-assistenziali.

Certamente tutta la questione generale è quella del *bisogno di salute* in rapporto al *modello istituzionale*. Già in quel tempo Barbano rimarcava la necessità di verificare l'efficacia dei servizi: cioè chiamare in causa i mezzi di cui la cultura medica (nel senso tec-

nico-professionale) disponeva per valutare il proprio stato e i risultati e la validità delle proprie operazioni e tener conto altresì delle procedure, delle esigenze che si manifestano nel sociale affinché tale validità sia sottoposta a controllo. Si tratta dunque di un problema generale di ‘qualità’ dei servizi socio-sanitari, oggi più che mai di attualità in presenza di contrazioni forti dei finanziamenti e della spesa.

Nei termini di quegli anni, in cui la cultura della prevenzione veniva diffondendosi e veniva colta anche a livello normativo, Barbano scriveva della acquisizione necessaria di una consapevolezza: quella della polarità (deleteria?) tra la ‘dimensione territoriale’ dei ‘fabbisogni’ (senso quantitativo) sociosanitari e la ‘dimensione istituzionale’ dei servizi destinati a soddisfarli. Allora, il problema che si poneva – avvertitamente in maniera distorta – erano l’ospedale, con le sue cliniche, il suo personale, le sue funzioni e i suoi ruoli (divisione anche gerarchica del lavoro) e l’immagine sociale della malattia, per cui tutto ciò che era percepibile come ‘morboso’ vi finiva dentro secondo aree di competenza tecnica. E lo stesso dicasi per le istituzioni assistenziali che sempre secondo aree di competenza questa volta anche giuridiche, circoscrivevano i bisogni per categorie: handicap, minorità, emarginazione e così via. Logica dell’isolamento, dunque, anziché di quella ‘territorialità’ dei bisogni di cui Barbano perorava in quello scritto la causa.

Infatti *la territorialità* veniva da lui considerata la variabile prioritaria per quanto concerneva la programmazione, la gestione e la verifica di qualità dei servizi stessi.

Il territorio – perorava Barbano – non era un contenitore di fabbisogni, né solo un insieme di aree geografiche destinate ad essere ‘sorvegliate’ e monitorate dalle istituzioni. Il territorio – scriveva – è

in primo luogo il ‘soggetto’ dei bisogni sociali di salute. Non rapporti di mercato dunque – pura logica del costo/beneficio – né meramente burocratici: ma storico-culturali (livello delle competenze scientifiche) e politico-sociali (livello delle scelte e delle priorità).

Nella riflessione di Barbano entrava dunque potentemente in causa il ‘fattore sociale’. Nel quadro di una crescente tendenza a tener conto delle interazioni reciproche fra condizioni e cause, per cui, ad es., si pongono fattori epidemiologici accanto a fattori patogeni, situazioni ‘sociali’ accanto a situazioni individuali, occorre secondo lui chiedersi: “situazioni sociali”, cosa significa per l’appunto? Non si trattava solo di una ‘sommatoria’ di fattori presenti in un ambiente determinato, nell’ambito di una concezione ‘tecnica’ della medicina preventiva: dati generalizzanti, per non dire generici, e quindi potenzialmente improduttivi.

Il ‘sociale’ – al contrario, per Barbano – andava inteso in senso forte, come ‘territorialità: sede di trasformazione dei bisogni’, compresi quelli della salute, entro una dimensione spaziale che superasse i termini di una ‘comunità locale’, intesa quale mera residenzialità statistico-demografica.

Si tratta anche del problema della ‘rete dei servizi’, capace di ‘catturare’ concentrazioni di fattori di malattia pur in presenza di una possibile ‘dispersione’ dei soggetti colpiti oltre le dimensioni di zona. Allora ciò richiede strumenti di informazione e di analisi e conseguente articolazione delle strutture di intervento. Era il momento legislativamente innovativo delle USL, Unità sanitarie locali.

Quindi, per Barbano, il problema non era solo statistico-morfologico (territorio come ‘contenitore’ di bisogni) ma anche politico-partecipativo (territorio come ‘espressione’ di bisogni, percepiti e denunciati dagli stessi soggetti ‘porta-

tori'). In altre parole: partecipazione come 'riappropriazione consapevole del ciclo salute-malattia', al di là dei puri specialismi e tecnicismi (anche burocratici) in campo.

Di nuovo allora e in modo differente: il ruolo degli operatori e della loro formazione, che non avrebbe dovuto essere solo tecnica, ma anche comprendere una ridefinizione 'culturale' della loro pratica. Una integrazione – questa – fra 'tecnica' specialistica e 'cultura' professionale, che doveva – nelle intenzioni di Barbano – superare l'effetto cumulativo risultante dall'intreccio fra l'operatività – a vari livelli – e l'altrettanto diversificato prestigio e potere ad essi connesso.

Ovviamente, sul terreno della formazione, entravano in gioco il campo universitario (riforma delle facoltà e programmazione) e quello extra-universitario (territorializzazione e relativi collegamenti oltretché tematica dell'aggiornamento in relazione ai mutamenti scientifici, ma anche sociali e culturali, nel senso esplicito di consapevolezza 'della gente').

Riguardo a questi problemi, secondo Barbano si stava entrando in una terza fase delle grandi strategie di formazione.

Una prima fase corrispondeva al libero mercato delle competenze, nell'incontro-rapporto fra una domanda, di singoli o gruppi, e un'offerta fondamentalmente privatistica e socialmente elitaria.

Una seconda fase puntava a dar risposte funzionali 'ad hoc', con operatori corrispondenti a profili definiti burocraticamente 'a monte', in base a 'blocchi di bisogni', a precisi sbocchi già preventivati dai futuri utilizzatori, sia privati che pubblici.

La terza fase – secondo Barbano – doveva invece prevedere una programmazione pubblica e dunque anche politica: ciò appunto chiamava in causa gli Enti territoriali, 'in primis', le Regioni, conformemente agli indirizzi della nuova riforma sanitaria (L-833).

Si trattava di poter assicurare un livello adeguato di sapere e di aggiornamento permanente degli operatori riguardo al territorio, senza peraltro ritenere che problemi politico-tecnici (come la prevenzione) fossero risolvibili con il solo aumento delle strumentazioni.

In un successivo intervento del 1980 Barbano veniva sviluppando l'idea e insistendo sul fatto che l'educazione e la coscienza sanitaria non sono solo legate all'apprendimento e alla formazione, ma anche a tutto un genere di interessi e di pratiche costituenti *cultura sociale della salute*.

Contesto storico e strutture sociali (istituzioni, famiglie, gruppi e strati sociali) sono parti costitutive di essa.

Si tratta di un taglio antropologico-storico-sociologico in cui diverse epoche e culture possono essere comparate e di cui, a proposito in questo caso della 'salute', si possono cogliere le *trasformazioni*.

E in quel momento storico Barbano notava la volontà diffusa ed il bisogno dunque, di riappropriarsi della salute, tanto a livello di partecipazione alle scelte politiche, tanto a livello di consapevolezza di quali fossero i problemi e di come affrontarli.

Emergeva allora per Lui la stretta connessione fra 'integrazione' dei servizi socio-sanitari, professionalità e formazione della coscienza culturale degli operatori, realmente divenienti 'sociali', unità degli interventi (prevenzione e cura), autonomia partecipativa (nel senso non solo dell' 'essere parte' ma e soprattutto dell' 'avere parte') ed infine territorialità.

E al centro di tutto il 'paziente', o 'malato' come Persona: il malato come problema identitario, sociale e culturale, di autodeterminazione, non solo come 'fatto di specializzazione medica' subordinante.

In questo intervento Barbano proponeva un'accezione 'sociologica' della

‘igiene mentale’: un problema di ‘immaginazione’, non psichica, ma sociologica, appunto, come ‘capacità’ di pensare e progettare il cambiamento, alla luce di questa nuova e diffusa consapevolezza sociale. Allora l’uso delle ‘tecniche’ si sarebbe piegato alla nuova cultura emergente: quella della trasformazione e della territorialità, come si è detto.

Allora anche la dimensione istituzionale del lavoro medico doveva venire assumendo una caratterizzazione più pienamente sociale: il rapporto medico-personale ausiliario-malato è una *relazione sociale* e in tale senso andava riorientata anche la formazione specialistica. Non si tratta, per l’ospedale, di assolvere, più o meno pienamente, a bisogni di ‘collettività’, ma anche a bisogni, più diffusi, di ‘comunità’, senza peraltro pensare in questo a connotazioni affettive, nel senso parsoniano.

La relazione sociale del malato alla struttura e al suo personale è: di ‘dipendenza involontaria’, di ‘costrizione volontaria’ (nel senso di farsi ricoverare), scientifica (in quanto oggetto di osservazione), terapeutica e sociale, insieme, in una parola.

Barbano scriveva che la produzione di salute è produzione di servizi a mezzo di rapporti sociali: si tratta di relazioni – potrei dire io weberianamente – orientate razionalmente rispetto allo ‘scopo’ (prevenzione e cura) e rispetto al ‘valore’ (le Persone, allora: etica della cura e il ‘care’, il ‘prendersi cura’). Oltre dunque la mera razionalità istituzionale e amministrativo-burocratico-funzionale (o disfunzionale, se non si tiene conto della prima, sopra menzionata).

E attraverso le ‘relazioni’ passano bisogni altrettanto urgenti di *comunicazione*, che si incrociano con le dimensioni istituzionale e territoriale.

E poi il ‘tempo’: degli operatori, certamente, spesso sovraccaricati, ma anche quelle della ‘malattia’ (oggettivo) e quello del ‘malato’ (soggettivo), secondo un modo di intendere il percorso della cura quasi fenomenologicamente.

E ancora, in questa ultima direzione, accennata da Barbano, l’esperienza del ‘dolore’: fisico e psichico, oggettivo, quasi misurabile, e soggettivo, interiore, trasformativo anch’esso.

Quindi il percorso di Barbano sottolinea percorsi storici (la scientificizzazione delle malattie e la medicalizzazione), istituzionali e organizzativi, conoscitivi e formativi, comunicativi, esperienziali.

Il tutto con grande sintesi che è però spesso accenno, notazione non sviluppata poi in altri scritti, tipica di un intellettuale poliedrico e curioso, di grande umanità perché attento ai bisogni della gente, ma che trascorre poi ad altri interessi, esplora incessantemente campi nuovi, semina spunti di immaginazione sociologica, la qualità che più sicuramente Gli si addice.

Bibliografia di riferimento

- Barbano F., a cura di (1977). *Sanità, salute e servizi sociali*. Torino: Stampatori Università.
- Barbano F. et al. (1980). *Salute e cultura sociale. Elementi di sociologia per operatori sociosanitari*. Torino: Stampatori Università.