

Guido Giarelli,
Eleonora Venneri

Sociologia della salute e della medicina

Manuale per le professioni
mediche, sanitarie e sociali



TEORIA
METODOLOGIA

*S*alute e
società



FrancoAngeli

Salute e Società

collana diretta da Costantino Cipolla

La Collana *Salute e Società* si inserisce in una rete di natura più vasta, collegata operativamente da un logo comune e concettualmente da un *Manifesto* programmatico (pubblicato sul n. 1, a. I, 2002 della Rivista omonima), che contempla le seguenti iniziative, qui segnalate con i rappresentanti che ne compongono il *Consiglio di direzione*:

- Laurea Specialistica in *Sociologia, Politiche Sociali e Sanitarie* (con curriculum in *Sociologia della Salute*): Costantino Cipolla, Università di Bologna;
- Rivista *Salute e Società*, quadrimestrale edito da FrancoAngeli: Antonio Maturò, Università di Bologna;
- Delegato SISS (*Società Italiana di Sociologia della Salute*): Tullia Saccheri, Università di Salerno;
- Master Universitario di II livello in *Valutazione della qualità dei servizi socio-sanitari dal punto di vista del cittadino*: Leonardo Altieri, Università di Bologna;
- Centro di Ricerca Interdipartimentale sui *Sistemi Sanitari e le Politiche di Welfare* (C.R.I.S.P.): Guido Giarelli, Università della Magna Graecia (Catanzaro);
- Master Universitario di I livello in *Il coordinamento, la progettazione e la gestione dei servizi di educazione, comunicazione e promozione della salute*: Sebastiano Porcu, Università di Macerata;
- Centro di Studi Avanzati sull'*Umanizzazione delle Cure e sulla Salute Sociale* (Ce.Um.S): Francesca Cremonini, Università di Bologna;
- Master Universitario di I livello in *Funzioni Specialistiche e Gestione del coordinamento nelle Professioni Sanitarie*: Anna Coluccia, Università di Siena;
- Storico per la *Croce Rossa Internazionale*: Paolo Vanni, Università di Firenze.

Attività di Alta Formazione:

- Corso di Alta Formazione in *Welfare State e cittadinanza: gay, lesbiche, bisex, trans* (Università di Bologna): Tutor Agnese Accorsi, agnese.accorsi@libero.it.
- Corso di Alta Formazione in *Metodologia della ricerca sociale ed epidemiologica applicata alle sostanze psicoattive* (Università di Bologna): Tutor Alessia Bertolazzi, alessia.bertolazzi@libero.it.
- Corso di Alta Formazione in *Sociologia della salute e Medicine non convenzionali* (Università di Bologna): Tutor Veronica Agnoletti, agnoletti.veronica@libero.it

Ognuna delle attività citate fa capo a reti singole e collettive nazionali ed internazionali, accademiche e professionali, sociologiche e di altre discipline che concorrono complessivamente, a vario titolo, alla presente iniziativa editoriale.

La Collana, che prevede, per ogni testo, la valutazione di almeno due *referee anonimi*, esperti o studiosi dello specifico tema, si articola in tre sezioni:

Confronti

In questa sezione sono pubblicati testi che fanno della comparazione geografico-istituzionale, storica, epistemologica il senso della propria elaborazione nell'ottica della tolleranza, del pluralismo competitivo e delle soluzioni, o decisioni, migliori per la qualità della vita socio-sanitaria dei cittadini. La continuità e la coerenza di tale approccio è garantita dalla Rivista *Salute e Società*.

Teoria e metodologia

In questa sezione compaiono testi teorici o di riflessione metodologica sulle dimensioni sociali della medicina di impianto anche interdisciplinare e, comunque, inerenti le scienze umane concepite in senso lato.

Ricerca e spendibilità

In questa sezione sono presentati volumi che riprendono indagini, più o meno ampie, di natura empirica o che investono in un'ottica applicativa e spendibile sia lungo il percorso culturale e co-educativo della divulgazione e della vasta diffusione, sia nella prospettiva dell'incidenza sulla realtà socio-sanitaria o, più in generale, dell'influenza sulla salute/malattia.

Responsabile redazionale: Ilaria Iseppato, ilaria.iseppato@libero.it

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio “informazioni” per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità o scrivere, inviando il loro indirizzo, a: “FrancoAngeli, viale Monza 106, 20127 Milano”.

Guido Giarelli,
Eleonora Venneri

Sociologia della salute e della medicina

Manuale per le professioni
mediche, sanitarie e sociali

FrancoAngeli

Il presente volume è frutto di un intenso lavoro di progettazione e di confronto sulla base della reciproca esperienza didattica da parte degli autori, che trova espressione congiunta nell'ambito dell'Introduzione e del Cap. 5; mentre i Capp. 1, 2, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 17 e 19 sono da attribuirsi a Guido Giarelli ed i Capp. 3, 11, 15, 16 e 18 a Eleonora Venneri.

L'apparato di allegati online è disponibile all'indirizzo www.francoangeli.it → Area Università → Elenco dei libri con allegato materiale didattico.

La cura redazionale ed editoriale del volume è stata realizzata da Francesca Fagioli

Copyright © 2009 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni specificate sul sito www.francoangeli.it

Indice

Prefazione , di <i>Costantino Cipolla</i>	pag.	9
Introduzione. Quale sociologia della salute per le professioni mediche, sanitarie e sociali?	»	13
I. Fondamenti epistemologici, teorici e metodologici		
1. Scienze sociali e scienze naturali: per una nuova epistemologia connessionista	»	25
1.1. La sociologia come scienza del sociale	»	25
1.2. Al di là del dualismo cartesiano: i paradigmi cibernetico-cognitivista e sistemico	»	29
1.3. La sfida della complessità: l'emergere del paradigma connessionista	»	35
1.4. Un modello connessionista dei livelli di realtà	»	44
2. Microsociologia: persona e vita quotidiana tra soggettività e struttura sociale	»	49
2.1. Ambivalenza del sociale e livelli di osservazione sociologica	»	49
2.2. Individuo o persona? Il problema della soggettività nelle società umane	»	53
2.3. Identità personale e identità sociale nella molteplicità del Sé	»	56
2.4. La socializzazione tra persona e società	»	60
2.5. La vita quotidiana come luogo dell'esistenza intersoggettiva	»	63
2.6. Azione, relazione e interazione sociale	»	67
2.7. Alle origini della struttura sociale: status e ruolo	»	73

3. Mesosociologia: la trama della vita sociale	pag.	78
3.1. Le reti sociali	»	78
3.2. I gruppi sociali	»	83
3.3. Le organizzazioni sociali	»	88
3.4. La comunità	»	93
4. Macrosociologia: processi sociali e sistemi societari	»	97
4.1. I processi sociali tra riproduzione e mutamento	»	97
4.2. Forme dell'agire collettivo: comportamenti collettivi e movimenti sociali	»	101
4.3. Sottosistemi e istituzioni sociali	»	107
4.4. Evoluzione sociale e differenziazione: tipi di sistemi societari	»	114
4.5. Disuguaglianze e stratificazione sociale	»	119
5. Ricerca sociale e ricerca clinica: un approccio integrato	»	127
5.1. Ricerca clinica e Medicina basata sulle evidenze	»	127
5.2. La ricerca sociale: metodologie e tecniche	»	134
5.3. Oltre la gerarchia delle evidenze: strategie di integrazione metodologica	»	144

II. Lineamenti di sociologia della salute e della medicina

6. Corpo, salute e ambiente nella società somatica	»	157
6.1. Il quadrilatero della salute	»	157
6.2. Reincorporare la mente: la sociologia del corpo	»	162
6.3. Rappresentazioni sociali e culture della salute	»	165
6.4. "Società somatica" e controllo del corpo	»	169
6.5. Salute e ambiente: dalla prevenzione del rischio all'ecologia sociale	»	173
7. Età, stili di vita, benessere e promozione della salute	»	180
7.1. Età, salute e corso della vita	»	180
7.2. Imperativi salutisti e stili di vita nella società somatica	»	183
7.3. Dall'educazione sanitaria alla promozione della salute	»	189
7.4. Il benessere sociale nell'era della globalizzazione	»	196
8. Il comportamento sanitario: la pluralità dei percorsi di cura	»	201
8.1. Da persona a paziente: il malato tra identità e ruolo	»	201
8.2. L'iceberg dei bisogni di salute	»	205

8.3. Comportamento sanitario e rappresentazioni della malattia	pag.	208
8.4. Modelli esplicativi del comportamento sanitario	»	211
8.5. Reti sociali e pluralismo terapeutico	»	223
9. La malattia tra persona, medicina, e società	»	232
9.1. Il triangolo terapeutico: <i>illness, disease e sickness</i>	»	232
9.2. La costruzione medica della malattia e i suoi paradigmi	»	238
9.3. La costruzione societaria della malattia: paradigmi macro-sociologici	»	250
9.4. La costruzione personale della malattia: paradigmi micro-sociologici	»	258
10. La clinica da discorso biomedico a dialogo ermeneutico	»	264
10.1. Archeologia della clinica	»	264
10.2. La diagnosi secondo il modello empirista di ragionamento clinico	»	267
10.3. Un modello ermeneutico-culturale di pratica clinica	»	271
10.4. La prognosi tra errore, responsabilità e profezia	»	280
10.5. Efficacia terapeutica, effetto placebo ed aderenza del paziente	»	288
11. La relazione medico-paziente	»	295
11.1. Il problema della natura della relazione medico-paziente	»	295
11.2. Modelli di analisi della relazione medico-paziente	»	301
11.3. Oltre il paternalismo medico: l' <i>empowerment</i> del paziente	»	307
12. Malattie cronico-degenerative, disabilità e salute mentale	»	312
12.1. L'esperienza della malattia cronico-degenerativa	»	312
12.2. Disabilità ed handicap come costruzioni sociali	»	318
12.3. Malattia mentale, condizioni sociali e salute psichica	»	324
13. Dolore, terminalità e cura del morire	»	331
13.1. L'esperienza del dolore tra neurobiologia e significati culturali	»	331
13.2. Dolore cronico e medicina del dolore	»	339
13.3. Terminalità e cure palliative	»	344
14. Il lavoro di cura nella famiglia e nella comunità	»	354
14.1. La <i>community care</i>	»	354

14.2. La famiglia come luogo di <i>self-care</i> e <i>home care</i>	pag. 356
14.3. <i>Community care</i> : il ruolo delle reti sociali	» 363
14.4. Le cure primarie, il distretto e il problema dell'integrazione socio-sanitaria	» 369
15. L'ospedale come organizzazione complessa	» 375
15.1. L'evoluzione storica dell'ospedale	» 375
15.2. L'ospedale come organizzazione complessa	» 381
15.3. L'ospedale come subcultura	» 385
16. Le professioni nelle organizzazioni sanitarie	» 389
16.1. Professione e professionalizzazione	» 389
16.2. La professione medica dalla dominanza alla managerializzazione	» 395
16.3. Le professioni sanitarie emergenti	» 400
17. Le disuguaglianze di salute nell'era della globalizzazione	» 405
17.1. Il gradiente sociale di salute-malattia	» 405
17.2. Modelli esplicativi delle disuguaglianze di salute	» 411
17.3. Le strategie di riduzione delle disuguaglianze e di promozione della salute	» 420
17.4. La salute delle nazioni: disuguaglianze e cooperazione internazionale	» 424
18. Società multietnica, differenze culturali e servizi sanitari	» 432
18.1. Etnie e salute nella società multietnica	» 432
18.2. I servizi sanitari di fronte alle differenze culturali	» 437
18.3. Donne immigrate, gravidanza e parto tra dimensione socioculturale e accessibilità ai servizi	» 440
19. Sistemi sanitari e politiche di riforma	» 445
19.1. Sistema sanitario e sistema di salute	» 445
19.2. Una tipologia dei sistemi sanitari nelle società industriali	» 448
19.3. Dalla crisi dei sistemi sanitari alle politiche di riforma	» 452
19.4. L'evoluzione del sistema sanitario italiano	» 460
Bibliografia di riferimento	» 471
Riviste di riferimento	» 506

Prefazione

di *Costantino Cipolla**

Forse mai come in questo momento storico la salute-malattia e la medicina costituiscono snodi critici di osservazione privilegiata della società e delle sue trasformazioni, come pure della condizione umana più generale. Se, come afferma Parsons, “l’uomo stesso è insieme organismo vivente e attore umano, vale a dire una personalità ed un essere sociale e culturale allo stesso tempo, così la salute e la malattia vanno considerati, quali fenomeni umani, come insieme organici e socioculturali” [1978:81], allora siamo qui di fronte ad una vera e propria “sfida di civiltà” con la quale la medicina ed i sistemi sanitari delle società postindustriali del XXI secolo non potranno rifiutare di misurarsi. È la sfida della ricomposizione di quella frattura secolare che, da Cartesio in poi, ha segnato profondamente la cultura e la scienza occidentale – *unicum* rispetto a tutte le altre civiltà – marcandone la separatezza sulla base di quel dualismo mente-corpo, che si è poi trasformato nel fossato scavato a separare le scienze dell’uomo dalle scienze della natura per impedirne ogni possibilità di dialogo e di interconnessione feconda sulla base di una presunta diversità epistemologica mai realmente dimostrata.

La biomedicina occidentale è figlia di questa frattura e dell’illusione positivistica di riuscire a sostituire al potere terapeutico della relazione di cura la potenza tutta materiale di una *téchnē* fredda e artificiale. Un’illusione che l’ha condannata a lungo a quella forma di “superstizione scientifica”, come l’ha definita Karl Jaspers [1991], che riduce il corpo a mero organismo, corpo fisico (*Körper*), corpo-macchina che non trascende il meccanismo fisico-chimico, impedendosi così di comprendere l’ambivalenza del corpo vivente (*Leib*) dotato di intenzionalità soggettiva, con tutte le implicazioni che questo comporta nella costruzione sociale di quei fenomeni

* Professore ordinario di Sociologia della salute presso l’Università di Bologna, Direttore scientifico della rivista *Salute e Società*, Coordinatore della Sezione di Sociologia della salute e della medicina dell’Associazione Italiana di Sociologia (AIS).

complessi che definiamo salute-malattia. È così che nell'età della tecnica, il medico stesso è divenuto un "tecnico", allorché "la diagnostica avviene mediante apparecchiature e indagini di laboratorio che si fanno sempre più numerose. La terapia diviene un'applicazione, calcolabile e sempre più complicata, di strumenti al caso già sviscerato attraverso i suddetti dati diagnostici. Il malato vede se stesso in un mondo di apparecchiature che lo analizzano senza che egli comprenda il senso di procedure che passano sopra la sua testa" [ivi:51].

Ma la tecnica richiede un'organizzazione scientifica del lavoro sempre più specialistica e, a poco a poco, la medicina, da attività artigianale è divenuta industria, azienda, mercato, burocrazia, *corporation* quotata in borsa: è così che la trasformazione in senso manageriale della medicina ha finito col divorare la medicina stessa, segnando il declino della professionalità medica ridotta a mera attività produttiva proletarizzata sotto il controllo manageriale [Light 2000]. Nonostante i successi terapeutici indubbiamente conseguiti e a fronte della disponibilità di un armamentario farmaceutico e tecnologico sempre più sofisticato¹, nel corso degli ultimi decenni medici, personale sanitario e pazienti sono così sempre più insoddisfatti, sfiduciati, demotivati.

Oggi siamo giunti alla fine di un ciclo, di un'epoca: quell'"epoca d'oro della biomedicina" [Pescosolido e Kronenfeld 1995] che ha segnato con le sue speranze e le sue conquiste tanta parte del Novecento. Nel momento in cui "lo sfruttamento tecnologico del patrimonio naturale e la trasformazione artificiale del nostro ambiente hanno raggiunto un livello così esteso e sistematico che le loro conseguenze compromettono il ciclo naturale delle cose e introducono su vasta scala sviluppi irreversibili [Gadamer 1994:11], anche la biomedicina è chiamata a ripensare se stessa e a superarsi dialetticamente per dimostrarsi all'altezza della sfida epocale che ha di fronte. Evitando di cadere nella tentazione delle scorciatoie riduzionistiche nelle quali le sirene sempre in agguato delle generose sovvenzioni finanziarie per la ricerca biomedica o gli ultimi inattendibili imbonitori di un paradigma positivisticò sempre più screditato vorrebbero cacciarla: quelle che promettono come soluzione del problema un rimedio peggiore del male, un improbabile supermarket nel quale le nuove tecnologie dell'ingegneria genetica permettano di scegliere e di manipolare a piacimento le forme di un genoma umano libere dalla malattia" [Habermas 2002]².

Ricomporre la frattura cartesiana è la sola strada aperta e percorribile da tutti coloro che credono che "l'arte esercitata dalla medicina... è un'arte che non corrisponde pienamente a ciò che i Greci chiamavano *téchnē*"

1. Sulle conseguenze dei "successi" della medicina si veda Conrad e Maturo [2009].

2. Per una fondazione epistemologica generale di impianto connessionista, rimando a Cipolla [1997].

[Gadamer 1994:39]: un'arte dunque innanzitutto, sia pure fondata sulla scienza – o, meglio, sulle *scienze* in un'accezione plurale di discipline e di paradigmi – un'arte della guarigione [Voltaggio 1992] intesa come sentiero terapeutico lungo il quale medico e malato camminano insieme giocando ciascuno la sua parte nel riconoscimento della diversa competenza come della comune umanità.

Su questa strada si colloca questo contributo, significativamente inteso e costruito come un tentativo di dialogo interdisciplinare tra scienze biomediche e scienze sociali. L'accezione di sociologia della salute come una "subdisciplina orientata interdisciplinarmente" fondata su di un nuovo paradigma connessionista emergente quale quella qui proposta va in questa direzione ed è il frutto, oltre che della consolidata esperienza didattica e di ricerca degli autori, di una particolare situazione accademica che, per la prima volta in Italia, ha visto l'inserimento organico della disciplina sociologica in una Facoltà di Medicina come quella dell'Università "Magna Græcia" di Catanzaro. Non possiamo che augurarci che essa non resti una condizione isolata ma possa costituire l'avvio di un processo generalizzato di incontro fecondo fra tradizioni disciplinari un tempo assai lontane³.

Del resto, le nuove linee guida ministeriali per l'istituzione dei Corsi di Laurea triennali e dei Corsi di Laurea Magistrali aprono spazi di riprogettazione – sia per quanto riguarda il Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, sia per quanto riguarda i diversi Corsi di Laurea triennali e Magistrali in Professioni sanitarie (infermieristiche e ostetriche, della riabilitazione, tecnico-sanitarie, della prevenzione) – per l'istituzione di corsi di insegnamento integrati in scienze sociali nell'ambito delle discipline di base, caratterizzanti, affini o integrative che, se comprensivamente applicati, possono costituire l'avvio di un ripensamento davvero radicale della formazione di base delle professioni mediche e sanitarie.

Dall'altra parte, l'inserimento di una subdisciplina come la sociologia della salute nell'ambito della formazione delle professioni sociali (psicologo, assistente sociale, educatore, operatore socio-sanitario, manager sanitario) può rappresentare una ulteriore occasione per avviare finalmente quei processi di integrazione socio-sanitaria che, lungi dal costituire un mero problema d'ingegneria istituzionale, rappresentano una risposta ormai indilazionabile all'eziologia e alla fenomenologia multidimensionali⁴ che caratterizzano le malattie cronico-degenerative e psicosociali oggi prevalenti.

Università di Bologna, gennaio 2009

3. Lungo una prospettiva integrativa e multidimensionale sono stati concepiti i volumi curati da chi scrive: Cipolla [2004a, 2004c, 2005].

4. Un esempio eminente di multidimensionalità riguarda le dipendenze: dove comincia il sanitario e dove finisce il sociale? Cfr. Cipolla [2007]. Sui confini della malattia si veda anche il recente Maturo [2007].

Introduzione. Quale sociologia della salute per le professioni mediche, sanitarie e sociali?

Questo manuale di sociologia della salute e della medicina non si rivolge tanto ai sociologi quanto a medici, infermieri, ostetriche, terapisti della riabilitazione, tecnici sanitari, tecnici della prevenzione, psicologi, assistenti sociali, educatori, operatori socio-sanitari, amministrativi e manager sanitari interessati ad una prospettiva interdisciplinare e comprensiva sui temi della salute-malattia, dei servizi sociali e sanitari e della loro integrazione. Come tale, esso ha l'ambizione di essere il primo del suo genere nel nostro paese, stante il fatto che i pochi manuali italiani pubblicati in Italia su questo ambito subdisciplinare nel corso degli ultimi poco più di due decenni [Donati 1987; Ardigò 1997; Vignera 2005; Bucchi e Neresini 2001; Maturo 2007], con un'unica eccezione più articolata [Cipolla 2004a, 2004c e 2005] sono stati scritti per lo più – se non esclusivamente – per un pubblico di sociologi, come si evince dal loro impianto costruito a partire dalla storia e dalle teorie della subdisciplina, dai suoi nuclei concettuali fondamentali e dal suo linguaggio specialistico.

Per poter ambire a dialogare con successo con altre discipline e professioni, una subdisciplina necessita, crediamo, di rispettare almeno **tre pre-condizioni** fondamentali. La **prima** è la **rilevanza cognitiva**: deve mostrare, cioè, la sua significatività in termini di riconcettualizzazione di nodi teorici e metodologici sin qui pensati secondo altre prospettive scientifiche, la sua capacità di offrire una prospettiva nuova ed euristicamente migliore alla ridefinizione di ambiti ancora non adeguatamente problematizzati e categorizzati. L'idea alla base di questo manuale è che occorresse partire non tanto dalla storia e dalle scuole di pensiero proprie della subdisciplina sociologica, quanto dai problemi ancora largamente irrisolti delle discipline e delle professioni mediche e sanitarie, dagli spazi ancora aperti che le loro giurisdizioni scientifiche e professionali – nel senso proposto da Abbott [1988] – non hanno saputo o potuto occupare con sufficiente autorevolezza. L'impianto di questo manuale è costruito conseguentemente in questa prospettiva: esso si articola in due parti. La prima

intende offrire i fondamenti epistemologici, teorici e metodologici della sociologia della salute e della medicina a chi generalmente non ha ricevuto una formazione sociologica di base: come tale, essa non è tanto un manuale di sociologia generale (per il quale si rinvia ad altre opere ben più complete e significative ormai disponibili anche sul mercato editoriale italiano), quanto una selezione di quei nuclei concettuali della disciplina sociologica generale che ci sono sembrati essenziali per una fondazione adeguata delle prospettive più specificatamente proprie della subdisciplina offerte nella seconda parte. Tali nuclei concettuali sono stati selezionati non casualmente, ma secondo una precisa prospettiva che informa tutto l'impianto del volume e che viene definita **connessionista**: essa intende rappresentare un contributo nella direzione di un superamento, sia pure ai suoi albori e ancora tutto da sviluppare, di quella storica frattura di cartesiana origine tra cultura umanistica e cultura scientifica, scienze umane e scienze naturali, mente e corpo che ha caratterizzato tutta la cultura e la scienza occidentale moderna.

Forse nessun ambito come quello della salute-malattia offre la possibilità di ripensare tale frattura a partire da una nuova categorizzazione **multidimensionale** della realtà come quella offerta a conclusione del Cap. 1: costruito a partire da una disamina dei diversi tentativi succedutisi nel corso dell'ultimo secolo – nell'ambito sia delle scienze sociali che di quelle naturali – di superamento della storica frattura tra le cosiddette “due culture” e di integrazione reciproca di fronte alle problematiche poste dalla complessità, tale modello di riferimento intende costituire, in una prospettiva connessionista, il fondamento epistemologico di **una subdisciplina orientata interdisciplinarmente** quale la sociologia della salute e della medicina dovrebbe, crediamo, aspirare ad essere. Una prospettiva epistemologica che viene poi articolata, a livello teorico, in un secondo modello di natura disciplinare **multilivelli micro-meso-macro** nei successivi tre capitoli (Capp. 2, 3, 4) della Parte I; che si conclude con un tentativo di elaborazione di un approccio metodologico integrato alla ricerca sociale rispetto alla ricerca clinica oggi sempre più indispensabile per aprire nuovi orizzonti alla ricerca scientifica in questo ambito (Cap. 5).

Lasciamo al lettore di valutare in che misura l'applicazione di tali due modelli di riferimento nella II parte del volume sia riuscita effettivamente a delineare i nuclei tematici affrontati cogliendo la loro valenza interdisciplinare e multidimensionale in maniera adeguata. La logica e il filo conduttore che ci ha guidati sono stati quelli di partire da un discorso generale sulla salute secondo il modello di approccio connessionista (il **sistema di salute**: Cap. 6), per passare poi ad affrontare prima le problematiche della persona sana (corso della vita, stili di vita, promozione della salute: Cap. 7) e poi di quella malata (comportamento sanitario, malattia, clinica, relazione operatore-paziente: Capp. 8, 9, 10, 11).

Nei due capitoli successivi (Capp. 12 e 13) si è scelto di approfondire alcuni ambiti tematici specifici della malattia per la loro rilevanza crescente nell'ambito delle società tardo-industriali: la malattia cronico-degenerativa, la disabilità, la malattia mentale, il dolore, la terminalità e la cura del morire. Seguono tre capitoli (Capp. 14, 15, 16) dedicati al lavoro sanitario e alle sue caratteristiche nei diversi contesti sociali e organizzativi dei servizi sanitari: la famiglia, la comunità e l'ospedale. Una particolare attenzione viene dedicata all'evoluzione delle professioni mediche e sanitarie nell'ambito delle trasformazioni delle organizzazioni sanitarie.

Non potevano quindi mancare due classiche tematiche di interesse sociologico: disuguaglianze sociali e differenze culturali in relazione alla salute-malattia. Le prime vengono affrontate sia all'interno delle società singolarmente considerate che a livello internazionale nello scenario planetario della salute globale (Cap. 17); mentre le seconde vengono considerate nel quadro della sfida che la multiculturalità pone ai servizi sanitari in una società multi-etnica (Cap. 18).

Infine, il Cap. 19 si incentra sul concetto di sistema sanitario, sulla sua tipologia e sull'evoluzione dei diversi modelli di sistema sanitario nelle società tardo-industriali.

Gli autori sono ben consapevoli dei limiti e della parzialità dei risultati: ma anche convinti che la validità del percorso seguito, una volta maggiormente consolidato, possa consentire di produrre nei prossimi anni miglioramenti e integrazioni sempre necessari. A cominciare da quei temi che – ne siamo ben consapevoli – qui mancano o sono solamente accennati, nonostante la loro attualità: come le nuove tecnologie sanitarie della vita e della morte, i problemi di natura bioetica da esse aperti, l'*e-care*, le specificità di genere connesse alla salute-malattia e alla medicina, la medicalizzazione della vita sociale e del cyberspazio, gli sviluppi della medicina genica, l'invenzione di nuove malattie da parte dell'industria farmaceutica e altri ancora. Ma un manuale deve necessariamente selezionare, per ragioni di economia di spazio, i temi da affrontare in ragione del loro carattere basilare per la subdisciplina: rinviando ad altri strumenti (riviste, siti web, ecc.) come quelli citati in appendice di ogni capitolo per ulteriori approfondimenti di attualità. Ciò non esclude, comunque, la possibilità di aggiungere altri capitoli su questi temi nel momento in cui la loro rilevanza li rendesse tali da considerarli indispensabili, in revisioni sempre possibili nel prossimo futuro.

La **seconda preconditione** per un dialogo interprofessionale e interdisciplinare fecondo è rappresentata dalla **comprensibilità**: essa si sostanzia nell'utilizzo di un linguaggio chiaro, non esoterico, non eccessivamente specialistico: è quello che abbiamo cercato qui di adottare, evitando inutili tecnicismi ma anche mantenendo un rigore concettuale con le necessarie spiegazioni laddove queste fossero condizione di comprensibilità. Lo stes-

so **apparato didattico** di cui è corredato il volume, al di là degli aspetti meramente linguistici, è orientato a stimolare un apprendimento non meramente mnemonico ma per nuclei concettuali chiave:

1. **obiettivi formativi**: al termine di ogni capitolo sono esplicitati in un box gli obiettivi formativi specifici relativi ai vari paragrafi che lo compongono per creare un percorso di studio guidato;
2. **parole-chiave**: nel corpo del testo sono sottolineate in grassetto tutte le parole-chiave del capitolo, in modo da creare una sorta di *fil rouge*, di percorso cognitivo di supporto allo studente nell'individuazione dei nuclei concettuali rilevanti;
3. **box esplicativi**: in ogni capitolo sono inserite delle tabelle esplicative di tali nuclei concettuali laddove questi non venissero affrontati direttamente nel corpo del testo;
4. **percorsi di approfondimento**: al termine di ogni capitolo si trovano dei percorsi tematici e di ricerca sui temi più interessanti e di attualità, con riferimenti bibliografici prevalentemente a testi italiani che rinviano alla bibliografia finale;
5. **esercitazioni**: al fine di facilitare un apprendimento attivo e orientato all'operatività, al termine di ogni capitolo si trovano esercitazioni sia di natura teorica che applicativa da svolgersi individualmente o in gruppi di studio;
6. **bibliografia di riferimento**: nella bibliografia finale i testi stranieri sono citati nella edizione italiana (laddove esistente) e quando l'edizione originale straniera è molto lontana nel tempo viene indicata la data tra parentesi;
7. **schede didattiche**: sul sito web della casa editrice FrancoAngeli (www.francoangeli.it → Area Università → Elenco dei Libri con allegato materiale didattico) sono disponibili le schede didattiche per ciascuna professione medica, sanitaria e sociale con l'indicazione del fabbisogno formativo specifico di sapere sociologico sulla base degli obiettivi formativi qualificanti indicati nelle nuove classi di lauree triennali e magistrali (d.interm. 2 aprile 2001 e d.m. 16 marzo 2007);
8. **materiali didattici**: sul medesimo sito web saranno resi progressivamente disponibili materiali di approfondimento, di ricerca, aggiornamenti bibliografici, nuove esercitazioni, ecc. inerenti i diversi capitoli del volume;
9. **forum dei lettori**: all'indirizzo e-mail crisp@unicz.it, è possibile per docenti e studenti interagire direttamente con gli autori esprimendo osservazioni, commenti, critiche, suggerimenti, proposte, richieste di nuovi capitoli, ecc. al fine di costruire assieme una sorta di laboratorio virtuale in previsione delle prossime revisioni del volume.

La **terza condizione** per un dialogo interprofessionale e interdisciplinare efficace è costituita dalla **operatività**: ovvero, dalla capacità della subdisciplina di offrire degli strumenti cognitivi e applicativi spendibili nei

diversi ambiti organizzativi in cui operano le professioni medico-sanitarie e sociali. Le esercitazioni inserite al termine di ciascun capitolo costituiscono lo strumento principale di traduzione operativa del sapere sociologico proposto, al fine di evidenziarne la valenza applicativa diretta rispetto a problematiche sociosanitarie specifiche.

Al di là di tali strumenti, tuttavia, l'intero impianto del manuale è pensato a partire dall'individuazione delle problematiche più rilevanti che le professioni medico-sanitarie e sociali si trovano oggi ad affrontare: in questo senso, tutti i temi dei capitoli della seconda parte del volume sono stati selezionati sulla base della possibile spendibilità e del contributo operativo che il sapere sociologico avrebbe potuto offrire ad essi. Tale selezione ha due fonti: anzitutto, una attenta analisi dell'impianto seguito dai principali manuali di sociologia della salute statunitensi, britannici e francesi al fine di coglierne i punti di forza e di debolezza. In secondo luogo, l'esperienza pluridecennale degli autori nell'insegnamento della subdisciplina nell'ambito sia dei corsi di formazione prima regionale e poi universitaria delle professioni sanitarie (specie infermieristiche), sia del corso di Medicina in quello che è stato il primo inserimento sperimentale della subdisciplina nell'ambito del II anno di formazione di base dei medici nella Facoltà di Medicina dell'Università "Magna Græcia" di Catanzaro. Un'esperienza che ha trovato un primo momento di elaborazione scientifica e di confronto interdisciplinare nell'ambito del convegno internazionale organizzato dal Centro di Ricerca Interdipartimentale sui Sistemi sanitari e le Politiche di welfare (C.R.I.S.P.) presso il campus "Salvatore Venuta" di Germaneto (CZ) dell'Università "Magna Græcia" il 15 aprile 2008 su "L'insegnamento delle Scienze umane nelle Facoltà di Medicina": nel corso del quale si è cercato di fare il punto sullo stato dell'arte dell'insegnamento delle discipline afferenti alle scienze sociali nelle Facoltà di Medicina in Italia dopo il D.M. del 16-3-2007 che ha dettato le nuove linee guida per l'istituzione dei Corsi di Laurea triennali e dei Corsi di Laurea magistrali dando il via alla loro riprogettazione integrale, che dovrà concludersi con l'A.A. 2009-2010. Tale decreto prevede tra l'altro che, sia per quanto riguarda il Corso di Laurea magistrale in Medicina e Chirurgia, sia per quanto riguarda i diversi Corsi di Laurea triennali e magistrali in Professioni sanitarie (infermieristiche e ostetriche, della riabilitazione, tecnico-sanitarie, della prevenzione), vengano istituiti corsi di insegnamento integrati in scienze sociali nell'ambito delle discipline di base, caratterizzanti, affini o integrative.

Si tratta di un riconoscimento importante della indispensabile funzione formativa che la sociologia della salute e le altre scienze sociali inerenti l'ambito medico-sanitario (antropologia medica, psicologia della salute, economia sanitaria, storia della medicina) assumono nell'ambito di un percorso curricolare delle professioni mediche e sanitarie sempre più caratterizzato da un approccio olistico ai problemi della salute e da una visione

unitaria della salute-malattia e della medicina estesa anche alla dimensione socioculturale, di genere, storica, epistemologica, economica ed etica; nonché della rilevanza sempre maggiori che, nelle società complesse contemporanea, assumono per i servizi sanitari l'acquisizione di competenze relative alla comunicazione con il paziente e con i familiari, alla collaborazione multidisciplinare tra diverse figure professionali nell'ambito delle attività sanitarie di équipe interprofessionale, alla capacità di lettura e interpretazione dei problemi di salute della comunità, alla conoscenza e alla gestione degli aspetti caratterizzanti la differenza culturale anche in ambito sanitario in una società multi-etnica.

A questi nuovi spazi che il rinnovamento dei *curricula* accademici delle professioni medico-sanitarie – in aggiunta a quelli già esistenti nell'ambito dei corsi delle professioni sociali (psicologo, educatore, assistente sociale, ecc.) – apre alla sociologia della salute e della medicina, questo manuale intende offrire una serie di strumenti operativi scientificamente fondati, insieme teoricamente innovativi e praticamente applicabili. Con ciò tentando di andare oltre la classica distinzione tra una “**sociologia della medicina**” di tipo accademico ed una “**sociologia nella medicina**” di tipo applicativo nei servizi sanitari suggerita da Robert Straus [1957]¹: del resto, lo stesso Straus, nel riesaminare la questione a distanza di oltre 40 anni [Straus 1999], ammette che «è ora abbastanza possibile per i sociologi sanitari avere un ruolo di insegnamento e di ricerca all'interno della medicina e, allo stesso tempo, studiare alcuni aspetti della medicina. Il sociologo può persino giocare il ruolo di avvocato del diavolo, particolarmente se il ruolo critico è percepito come costruttivo, obiettivo e non apertamente antagonista» [Straus 1999:109].

Come ha ben rilevato la sociologa inglese Margot Jefferys nel suo paper dedicato allo sviluppo della sociologia della salute in Europa dal 1950 al 1990, si è ormai instaurata da tempo «una relazione essenzialmente simbiotica e di sostegno reciproco» [Jefferys 1996:97] tra sociologi operanti all'interno di istituzioni dominate dalla biomedicina come facoltà mediche, ospedali e cliniche (sociologia *nella* medicina) e sociologi interessati a studiare la medicina come un'istituzione tra le altre, con i suoi valori, la sua struttura organizzativa, le sue relazioni di ruolo (sociologia *della* medici-

1. Laddove la seconda avrebbe carattere essenzialmente applicativo, essendo relativa all'utilizzo della conoscenza sociologica e delle sue metodologie di ricerca nel contesto dei servizi sanitari, al fine di fornire informazioni utili agli operatori sanitari e all'organizzazione di tali servizi, nonché a manager e amministratori per lo sviluppo di programmi e politiche sanitarie in grado di rispondere ai bisogni sanitari della società; mentre la prima avrebbe carattere essenzialmente teoretico, in quanto non destinata tanto a finalità pratiche quanto allo sviluppo di un sapere accademico volto a generalizzare, spiegare e predire il comportamento umano in relazione alla salute-malattia al fine di contribuire allo sviluppo di un sapere generale sulla materia.

na). Già Sol Levine [1987], riprendendo un suggerimento di Bury [1986] riteneva che, quando si sposta il focus sul paziente e la sua qualità della vita, gli interessi della medicina e quelli della sociologia tendano a convergere, così che diviene possibile parlare di una “**sociologia con la medicina**” e le altre professioni sanitarie come di una alleanza volta a sviluppare le reciproche potenzialità.

Del resto, a oltre mezzo secolo dalla sua fondazione accademica nel corso degli anni '50 negli Stati Uniti, quella che all'epoca si autodefiniva *Medical Sociology* e che da tempo preferisce ridefinirsi a livello internazionale come *Sociology of Health*² sembra ormai aver raggiunto lo stadio della maturità. Lo stesso cambio del nome va al di là di una semplice questione nominalistica per indicare l'avvenuta acquisizione di un autonomo statuto subdisciplinare e scientifico in grado di dialogare alla pari con le discipline medico-sanitarie secondo una propria pluralità di prospettive peculiari. Anche in Europa³ e in Italia, dove si preferisce utilizzare la denominazione di “**Sociologia della salute e della medicina**” nell'intento di coniugare lo studio dei servizi, delle professioni, delle organizzazioni e dei sistemi sanitari con una prospettiva più ampia sulle problematiche sociali di salute-malattia, la diffusione della subdisciplina, sia pure in maniera non omogenea e a livelli non così istituzionalizzati come nel Nordamerica ed in Oceania, dopo una fase di iniziale difficile decollo [Giarelli 1998:22-29] appare ormai soddisfacente ed in continua crescita quasi ovunque.

In Italia, in particolare, la **sociologia sanitaria**⁴ arriva alla fine degli anni '70 a Milano, nell'ambito degli stimoli interdisciplinari sviluppati in contesto medico da Giulio Maccacaro [Abbatecola e Melocchi 1977; Maccacaro e Martinelli 1977]; a Bologna, grazie soprattutto all'opera di Achille Ardigò e del gruppo di sociologi costituitosi presso la Scuola di Specializzazione in Sociologia Sanitaria dell'Università di Bologna da lui creata [Ardigò 1997:83]; e ad Ancona, dove la scuola sociologica di Massimo Paci affronta le problematiche delle professioni e dei servizi sanitari nel contesto dell'evoluzione del welfare state “all'italiana” [Ascoli 1984].

Possiamo schematicamente distinguere **tre fasi** principali del successivo sviluppo della subdisciplina nel nostro paese per quanto riguarda, in particolare, la scuola bolognese. La prima è la fase “**pionieristica**”, nella quale vengono definiti i fondamenti teorici e le coordinate concettuali che caratterizzeranno l'applicazione del sapere sociologico alle tematiche della salute-malattia e della medicina in Italia: attraverso l'esplorazione di para-

2. Significativo, da questo punto di vista, che questo sia precisamente il nome del Comitato di Ricerca n.15 dell'International Sociological Association (ISA).

3. Dove esiste la European Society for Health and Medical Sociology (ESHMS) della quale uno dei due autori (Giarelli) è stato eletto presidente per il quadriennio 2007-2010.

4. Come all'epoca venne denominata [Donati 1983].