

La salute come indicatore del benessere sociale

La salute, se considerata secondo la più recente definizione dell'Oms, non è che una lente con cui osservare i processi sociali e relazionali. Comprendere l'evoluzione del mondo della salute e della malattia richiede perciò di considerare il contesto sociale più generale, dunque cultura collettiva, trasformazioni della domanda di benessere, acquisizioni disciplinari e scientifiche, evoluzione dei modelli organizzativi. Mentre viviamo una crisi lunga e di cui non si intravede la fine, conviene anche sollevare un momento lo sguardo dalle questioni quotidiane legate ai problemi economici e finanziari specie se si è impegnati in attività di gestione e coordinamento di settori complessi come la sanità. Per essere consapevoli di dove si andrà a parare mentre si taglia e non si sa sempre come e con quali conseguenze. Nel suo recente libro "La salute come processo sociale, sanità e ricerca sociologica" pub-

blicato da **Franco Angelini**, **Carla Collicelli** offre un contributo all'analisi dei temi di sociologia della salute e di politica sanitaria, a partire dalla definizione dei più importanti modelli interpretativi di settore. Attualmente sono tre i filoni che caratterizzano la riflessione sociologica sulla salute e la sanità: quello della sociologia della medicina, centrata sui contenuti delle professioni sanitarie; la sociologia della sanità, interessata soprattutto alle politiche pubbliche ed alla organizzazione dei servizi; la sociologia della salute, più legata ai temi cardine della disciplina sociologica, ed in modo particolare al ruolo degli individui nel rapporto terapeutico, agli aspetti culturali ed informativi, ed a quelli psico-ambientali. La ricerca empirica degli ultimi 20 anni ha dato vita ad un approccio integrato, con contemporanea attenzione per gli aspetti organici e psichici, somatici ed ambientali, antropologici ed economici, bio-

logici e politici del settore.

Inoltre, i modelli di welfare nei quali la sanità si iscrive oggi si fondano su nuovi principi, come il valore della differenza contro la massificazione, quello della sussidiarietà e dell'autotutela contro l'assistenzialismo, il superamento dei confini tra settori differenti di intervento a favore di un approccio integrato, il peso della reciprocità e della comunità rispetto al fiscalismo burocratico.

Le ricerche mostrano che l'integrazione dovrebbe realizzarsi all'interno della disciplina medica. Gli italiani infatti preferirebbero un medico che abbia ottime capacità professionali ed esperienza (58%), ma soprattutto capacità di rapporto umano con il paziente (35%), amore per la professione (30%), attenzione per la prevenzione (15%), reperibilità (15%), impegno nell'aggiornamento (11%). L'integrazione dovrebbe attuarsi anche nella revisione dei rapporti tra istitu-

zioni e livelli di governo differenti, dove dovrebbe realizzarsi in maniera congiunta vera integrazione insieme a vera autonomia funzionale, parità e reciprocità. Integrazione dovrebbe significare riconoscimento delle responsabilità dei diversi soggetti coinvolti, rapporto di scambio a due vie (verso l'alto e verso il basso), referenzialità rivolta ai destinatari dei servizi e definizione degli obiettivi e dei criteri di offerta in maniera congiunta.

Risulta così evidente che il lavoro sulla valutazione delle performance in sanità risponde ad una esigenza fortemente sentita, sia dagli utenti che dagli addetti ai lavori. Tutte le analisi più recenti convergono infatti nel mettere in luce la richiesta di "più qualità" e di maggiori investimenti nella valutazione della qualità da parte degli stessi operatori e dirigenti sanitari, sia all'interno della propria regione che nel dialogo con le altre regioni e con il governo centrale.

Isabella Nuboloni

