



Sempre più cruciali le riflessioni sociologiche sui compiti della medicina e sul concetto di salute

# Sociologia "amica" dei pazienti

I cittadini chiedono un approccio integrato sulle cure e non solo tecnicismi

DI CARLA COLLICELLI \*

**D**ifficilmente si riesce a sollevare lo sguardo dalle questioni quotidiane, e soprattutto dai problemi economici e finanziari, quando si è impegnati in attività di gestione e coordinamento di settori complessi, come la Sanità. Eppure sarebbe necessario farlo, per riflettere in termini di lungo periodo e maggiore profondità sugli obiettivi e i modelli cui fare riferimento per le scelte da compiere. Un contributo alla riflessione e all'approfondimento, nel senso detto, può venire dal lavoro svolto dai ricercatori sociali e dai sociologi attorno alle tematiche della domanda e dell'offerta di salute, ormai decisamente rilevante nel panorama degli studi sociali.

Vi è dunque un ritardo sociologico sulla Sanità. Ma il ritardo è ormai ampiamente superato, anche a causa dell'interesse che i temi del benessere suscitano nei cittadini del terzo millennio, almeno in Occidente. Basti pensare al fatto che gli elettori indicano la Sanità ai primi posti tra i settori in cui si rende opportuna una riforma radicale e urgente e vorrebbero vedere maggiore innovazione e maggiori investimenti nelle politiche sociali. Tre filoni caratterizzano la riflessione sociologica sulla salute e la Sanità oggi: quello della sociologia della medicina, centrata sui contenuti delle professioni sanitarie; la sociologia della Sanità, interessata soprattutto alle politiche pubbliche e alla organizzazione dei servizi; e la sociologia della salute, più squisitamente legata ai temi cardine della disciplina sociologica, e in modo particolare al ruolo degli individui nel rapporto terapeutico, agli aspetti culturali e informativi, a quelli psico-ambientali. La ricerca empirica degli ultimi 20 anni ha dato vita a un approccio integrato, con contemporanea attenzione per gli aspetti organici e psichici, somatici e ambientali, antropologici ed economici, biologici e politici del settore. Si può dire che tutta la produzione empirica e teorica di

studi e analisi in questo campo si muova negli ultimi anni tra queste polarità, i cui intrecci e rapporti si presentano di volta in volta come nuovi, complessi e interessanti da studiare. Ne risulta un punto di vista particolarmente utile per la riflessione strategica, secondo il quale la salute è una lente attraverso cui osservare il sociale, e al tempo stesso il sociale è il brodo di coltura dei processi che riguardano la salute.

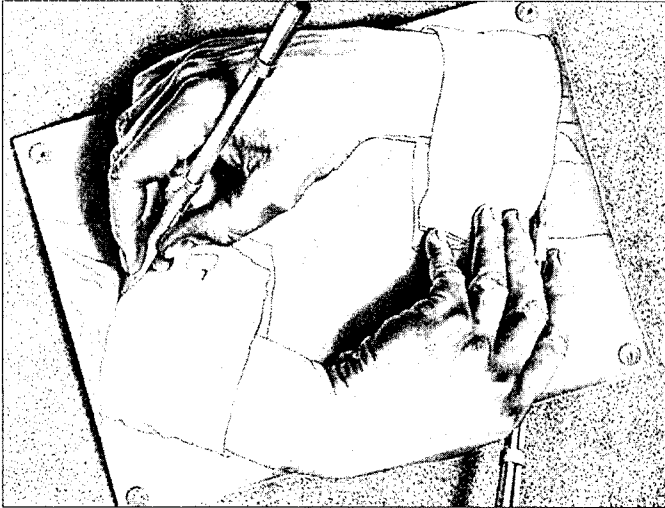
È così per quanto riguarda i modelli di welfare nei quali la Sanità si iscrive, animati oggi da principi decisamente diversi da quelli del passato, come il valore della differenza (contro la massificazione), quello della sussidiarietà e dell'autotutela (contro l'assistenzialismo), il superamento dei confini tra settori differenti di intervento (a favore di un approccio integrato), il peso della reciprocità e della comunità (rispetto al fiscalismo burocratico). È così per il rapporto medico-paziente, sempre più basato su una nuova parità e su modalità di scambio e interazione ricche e complesse, che richiedono una attenzione e una capacità di analisi solitamente estranee alla cultura dei tecnici della salute. Le ricerche mostrano a esempio che, tra medici-scienziati, medici-ingegneri, medici-psicologi, medici-amministratori, medici-imprenditori, e altri operatori sanitari, forte è ancora oggi la frammentazione all'interno della disciplina medica, mentre gli italiani 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 peraltro dovrebbe attuarsi anche nella revisione dei rapporti tra istituzioni e livelli di governo differenti, dove dovrebbe realizzarsi in maniera congiunta vera integrazione insieme a vera autonomia funzionale, parità e reciprocità. Innanzitutto per quanto riguarda il rapporto tra pubblico e privato, visto che la

spesa privata dei cittadini per la salute continua a crescere, e che principi gestionali tipici del settore privato dei servizi vengono proposti sempre più spesso a livello di normative, di regolamenti e di controlli di qualità anche nel settore pubblico, che va pertanto anch'esso in qualche modo "privatizzandosi". In secondo luogo l'integrazione a livello istituzionale dovrebbe attuarsi nell'ambito dei rapporti tra diversi piani di governo e di responsabilità. Si pensi al decentramento regionale e locale, alla partecipazione degli utenti, alla autonomia funzionale delle aziende e dei servizi territoriali, alla sussidiarietà, al rapporto paritetico e funzionalmente coerente tra diversi pilastri di offerta (pubblico, mutualistico e individuale), alla valutazione della soddisfazione globale. 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.

Alla luce di simili elementi, è evidente che il lavoro sulla valutazione delle performance in Sanità risponde a 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 del proprio contesto regionale che nel dialogo con le altre Regioni e con il governo centrale. Ci si aspetta soprattutto che la nuova fase di gestione e valutazione sia in grado di offrire qualcosa di più e di nuovo rispetto ai risultati prodotti dai tradizionali controlli di gestione e dalle tante indagini di soddisfazione degli utenti. Ma troppo spesso le sorti di uno sviluppo migliorativo della Sanità sembrano risiedere prevalentemente nelle scelte di bilancio e di cassa. Il rischio evidente è che le

contraddizioni di fondo non vengano portate completamente a galla e non ci siano il tempo né la forza politica di elaborare i necessari nuovi modelli di intervento, sulla base di un processo di concertazione e di riforma partecipata. In particolare occorrerebbe che: le parti sociali abbracciassero un'ottica di responsabilità concertative decentrate, di poliarchia, di ridefinizione continuata dei modi della rappresentanza, di attenzione alle nuove forme di bisogno e ai soggetti tradizionalmente non rappresentati; gli individui, le famiglie e le imprese elaborassero una cultura del rischio e della sussidiarietà sociale di tipo attivo e promozionale, abbandonando la "cultura del welfare dovuto", il garantismo e il corporativismo; lo Stato si predisponesse a sgonfiarsi nel livello gestionale, a cedere il passo ad altri soggetti, e ad assumere un ruolo di coordinamento più forte in un assetto di servizi e di prestazioni articolato e pluralistico, dove il centralismo lasci il posto alla collaborazione tra funzioni distinte tra loro; si lavorasse seriamente a progetti di welfare locale e territoriale autogestiti dal basso, contro le logiche piramidali e contro i conflitti interistituzionali con empowerment di tutti i soggetti validi e attivi.

\* Vice-direttore del Censis



M.C. Escher - Drawing Hands (1948)

www.ecostampa.it

Carla Collicelli

**La salute come processo sociale**

Sanità e ricerca sociologica

Ricerca Spesso  
**Salute. Società**

FrancoAngeli

**I**l testo "La salute come processo sociale, sanità e ricerca sociologica" di Carla Collicelli, recentemente pubblicato da **Franco Angeli** (luglio 2011), offre un contributo all'analisi di questi e altri temi di sociologia della salute e di politica sanitaria, a partire dalla definizione dei più importanti modelli interpretativi di settore; per proseguire con la discussione di alcuni significativi risultati di ricerca empirica recente, in particolare per quanto riguarda i processi di addensamento sociale e la percezione del benessere, le questioni relative alla trasformazione e revisione del modello italiano di welfare state, la sussidiarietà e il ruolo della famiglia, la domanda di salute, i consumi sanitari, le modificazioni del sistema di offerta, il ruolo della prevenzione e degli stili di vita, la funzione degli stakeholders del settore, la relazione medico-paziente, la comunicazione sanitaria, la valutazione della qualità e dell'efficienza, l'equità, la governance di settore; e per chiudersi con la indicazione dei risvolti etici e politici delle scelte di gestione e riforma.



003600