

EDITORIALE/MANIFESTO

Scrivere le prime parole che vogliono suggerire il percorso verso il futuro di una nuova rivista credo sia soprattutto un problema di emozione. È ovvio che una rivista è lavoro, fatica, coinvolgimento collettivo, rete, razionalità, scelte politiche, economia, ma essa è anche, appunto, affettività, sentimenti, umanità. Per questo parlo di emozione mia e di tutti quelli che hanno lavorato, stanno lavorando e lavoreranno per il buon esito dell'impresa e delle sue conseguenze (almeno sperate) per una miglior qualità della vita dei cittadini.

Non a caso, è proprio da questi che partiamo ed è proprio a questi che ci rivolgiamo nel senso di rendere rilevante il loro punto di vista, la loro sensibilità, la loro partecipazione nei complessi meandri che connotano oggi la sanità¹. Certo, la rivista, in quanto tale, si rivolge ad una *élite* dirigenziale, manageriale professionale, politica, intellettuale e vuole porsi a cavallo tra teoria e sua spendibilità, ma il suo fine (tra gli altri) è quello di far accomodare (senza esagerare) nella casa della salute il cittadino ed i suoi mondi primari, la società civile (se c'è), l'umanità delle cure e del prendersi cura.

Vedere la salute da "fuori" rispetto al sistema sanitario non significa, ovviamente, rinunciare a ciò che vi è dentro e, tanto meno, perdere di vista le componenti organizzative e professionali che lo qualificano in modo ineludibile. Sarebbe, in un'ottica sociologica (anche se interdisciplinare), un errore inconcepibile ed imperdonabile. Significa etero-riferirsi (cittadino) per auto-riferirsi (struttura) e, viceversa, auto-riferirsi (sistema sanitario) per etero-riferirsi (società civile). In questa sorta di circolo virtuoso, consiste la prospettiva scientifica e politica di questa nostra impresa intellettuale e pratica nello stesso tempo.

Una ri-vista che dovrà dar conto di se stessa

Ovviamente, stiamo parlando di parole e scrivendo di futuro. Una rivista è per sua definizione etimologica e sostantiva una pubblicazione

1. Per uno spaccato, a valenza internazionale, cfr. C. Cipolla (a cura di), *Trasformazione dei sistemi sanitari e sapere sociologico*, Angeli, Milano 2002.

periodica specializzata in qualche campo del sapere (per noi, quello della salute nella sua accezione più lata escluse le componenti più tecnico-scientifiche dell'atto medico) che si qualifica per la sua snellezza, la sua capacità diffusiva, la sua vocazione al confronto ed al dibattito. Ma una rivista, che non è una banale rassegna, è in sé continuità e di-scontinuità. Essa non può limitarsi alla ripetizione, all'iterazione, alla replica, al ripasso. Il suo ri-vedere, il suo ri² è una sorta di conservazione mai uguale a se stessa; è metodologia che separa produzione, quale prevalenza dell'innovazione, da ri-produzione quale priorità del mantenimento; è necessità per ogni sapere scientifico che non voglia mettere continuamente in discussione i propri risultati e le proprie strategie e che, nello stesso tempo, voglia e possa ritrattare o mettere di nuovo in gioco le proprie premesse e basi fondative. Questo dire e ridire, fare e rifare, acquistare e riacquistare, bollire e ribollire, provare e riprovare, questo ribattere lo stesso chiodo, che non equivale mai a compiere la medesima azione, è, al fondo, il significato epistemologico e la garanzia metodologica di ogni rivista che, nel suo essere in modo necessario aperta al nuovo non si scorda del passato e non si concede facilmente a sbandamenti metodologici o sostantivi. In quest'ottica, una rivista seria e competente persegue un'epistemologia concreta che non sguazza mai due volte nello stesso ruscello e che co-istituisce col mondo la propria identità cognitiva, sia tramite repliche che contemplano quasi sempre delle modifiche interne, sia attraverso innovazioni che non escludono quasi mai da se stesse delle ripetizioni sufficientemente note e consolidate.

Tale epistemologia dell'equilibrio e della tolleranza non può e non deve, in ogni caso, restare una mera petizione di principio, deve dar prova di sé come si conviene ad ogni seria avventura scientifica. Perciò, anche se non solo per questo, la nostra rivista non può e non potrà che appellarsi al proprio futuro, a ciò che farà concretamente, ai temi che affronterà, alle modalità del suo articolarsi, all'onestà ed al coraggio civile che saprà palesare, al rigore scientifico che saprà reggere, alla continuità che saprà dimostrare, all'apertura internazionale che sarà in grado di mantenere.

Solo tale "dar conto" di sé e/o solo tale "onere della prova"³ permetteranno, fra qualche numero, di capire meglio per il lettore (ma anche per noi) quale strada avremo intrapreso e quale credibilità ci saremo conquistati verso il futuro.

Una genesi che vuole essere un progetto

Salute e società non nasce nel vuoto, ovviamente. Essa è il prodotto di vari mesi di lavoro diretto e di qualche anno di lavoro indiretto. Il lavoro

2. Vedi C. Cipolla, *Epistemologia della tolleranza*, Angeli, Milano 1997, voce *Ri*, pp. 2454 ss. del IV volume.

3. Ivi, voce *Onere (della prova)*, pp. 1960 ss. del IV volume.

“diretto” è naturalmente quello di chi scrive con tutto il Comitato Direttivo e la Segreteria Tecnico-Scientifica che si è concentrato soprattutto nel corso dell’ultimo anno (2001) e che non ha avuto molti precedenti⁴, anche se si è aperto a raggiera, come vedremo subito sotto. Il lavoro “indiretto” è quello derivato o *intrinseco* della Scuola di Specializzazione in Sociologia Sanitaria, che ho avuto (ed ho) l’onore e l’onere di dirigere, essendo succeduto al suo fondatore: prof. Achille Ardigò, Presidente del Comitato Scientifico della Rivista.

In un certo senso, dunque, anche la presente rivista è figlia di quella Scuola e dei suoi insegnamenti pionieristici, pur se essa mira ad andare oltre e ad inglobare altre dimensioni concettuali ed istituzionali.

Sulla base della attuale legislazione universitaria, infatti, la Scuola in questione dovrebbe essere costretta a chiudere entro breve tempo. Ma dopo essa, accanto ad essa, quasi come sua filiazione sono già nati (o stanno sicuramente nascendo) un Master Universitario di II livello (60 crediti) su *La valutazione della qualità dei servizi socio-sanitari*, una Laurea Specialistica in *Sociologia della salute*, mentre è in atto di progettazione-trasformazione un *Centro sul mutamento socio-sanitario* e una Società Italiana di Sociologia della salute (SISS), che avvicinerrebbe la nostra disciplina alle tradizionali società medico-scientifiche⁵, integrando in modo esplicito, tra l’altro, sociologi accademici e sociologi professionali.

La stessa struttura direzionale, organizzativa, redazionale e scientifica della rivista muove da questa corralità e da questi principi operativi. Essa, come si può vedere in modo analitico nelle pagine di servizio a ciò dedicate, è composta da un Comitato Scientifico, un Comitato Direttivo, una Segreteria Tecnico-Scientifica, una Redazione, una fitta rete di preziose Redazioni Scientifiche “Locali”, con un Coordinatore ed un Segretario, oltre che degli autorevoli membri di quel Comitato Scientifico⁶, una serie di Corrispondenti Internazionali, sparsi in varie nazioni del globo.

Questa disponibilità al confronto ed al dialogo, ad attivare concretamente una logica di rete è anche un invito alla collaborazione, all’apertura-

4. Sul piano teorico e di ricerca, posso segnalare: G. Giarelli, *Sistemi sanitari*, Angeli, Milano 1998; C. Cipolla, A. Paltrinieri (a cura di), *I CUP in Italia*, Angeli, Milano 1999; T. Saccheri, *L’equivoco terapeutico*, Angeli, Milano 2001; C. Cipolla, A. Maturo, *La farmacia dei servizi*, Angeli, Milano 2001. Da ultimo, quale coevo della presente iniziativa (e qui ben recensito da M. Palumbo), vedi C. Cipolla, G. Giarelli, L. Altieri (a cura di), *Valutare la qualità in sanità*, Angeli, Milano 2002.

5. Altre idee sono in cantiere, tra cui mi limito a segnalare un Master Universitario di I livello su *Salute e Gestione delle Relazioni Umane*.

6. Ovviamente, non abbiamo potuto segnalare tutto su questo primo numero, soprattutto per quanto attiene alla struttura delle Redazioni Scientifiche “Locali”, situazione che per altro è in movimento e di cui sarà dato conto nei numeri successivi. In ogni caso, si può utilmente consultare il Sito della rivista www.salutesocieta.it.

ra, al dibattito. Essa vuole essere una strategia euristica ed operativa a cavallo tra dimensione accademica e dimensione professionale⁷.

La prima pagina

La prima pagina del primo numero di *Salute e Società* si presenta con un'impostazione grafica che continuerà nel tempo e con un tema che, invece, muterà, com'è ovvio, nel corso dei prossimi numeri.

La componente iconica o visuale della copertina non è casuale né metodologicamente, né sostantivamente. Per quanto concerne il primo punto, essa vuole sottolineare l'umanità della medicina, la sua imprescindibile esigenza del curare per "prendersi cura", dell'assistere per personalizzare, dell'esistenza di un malato che porta dentro di sé la malattia, senza il quale essa stessa non esisterebbe. Ancora, essa vuole evidenziare che la sanità non può essere ridotta a misura, a numeri, a calcoli. In essa, la componente visiva⁸ e relazionale non deve essere ignorata. Al contrario, non può che essere valorizzata e posta al centro dell'attenzione.

Per quanto attiene al secondo punto, va precisato che il logo della copertina (e della rivista) riproduce il mito greco di Asclepio, tradotto in Esculapio in lingua latina. Siamo in presenza di un mito⁹ che rimanda all'arte di guarire, sia per via chirurgica, sia per via farmaceutica (erbe medicinali). Asclepio può essere considerato, sotto questa forma "originaria e fantastica", il padre della medicina. Lo scettro (caduceo) che egli regge, con la mano destra, avvolto da un serpente guaritore, è l'emblema di ciò. Nella foggia da noi rappresentata, ben più tarda, esso diventa il simbolo della nascita della medicina a base scientifica. Per quanto concerne il tema di questo primo numero, non posso in questa sede editoriale andare molto oltre¹⁰. Porre il problema del superamento possibile e parziale dei processi monodirezionali di aziendalizzazione significa, per lo meno, passare da una concezione di *government* sanitario ad una di *governance* delle reti istituzionali (e non) che avvolgono e reggono la salute/malattia. Oltre il modello diretto di governo politico del sistema, entrano in campo

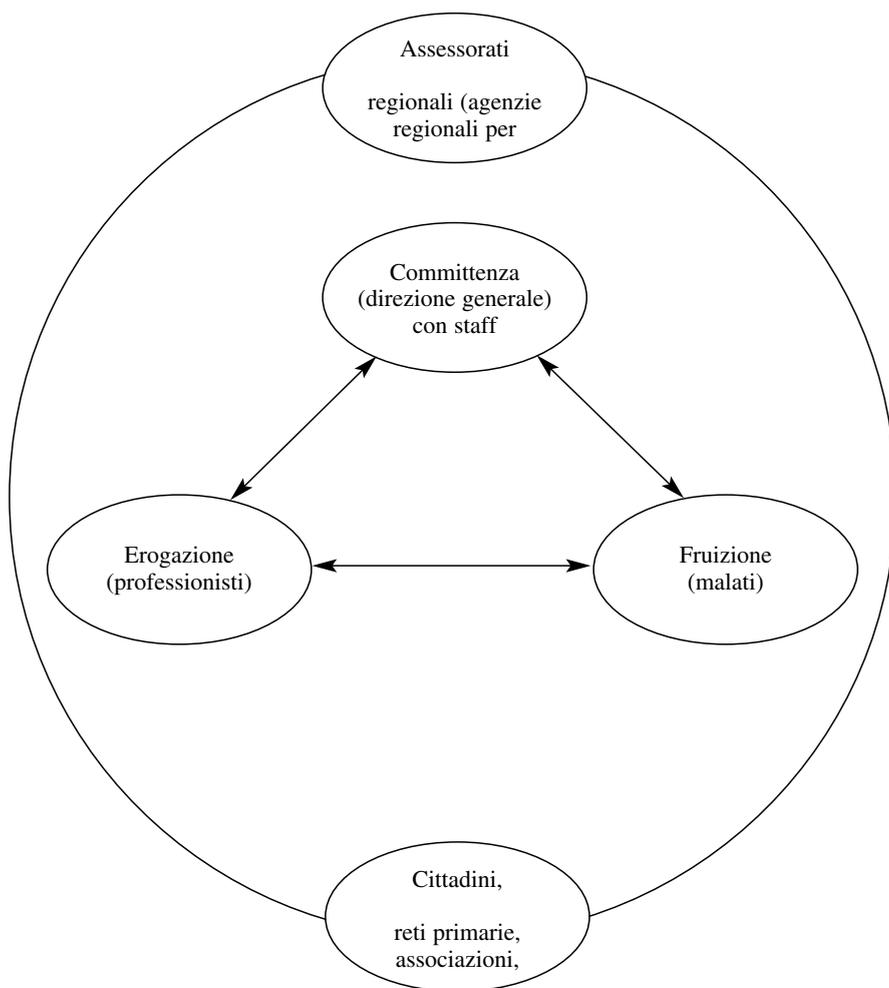
7. Senza esclusione di sorta per quanto attiene a tutti coloro che concorrono alla *governance* sanitaria. Per un'analisi trasversale delle varie componenti di quello che, dopo essere stato sveltamente definito terzo settore o privato sociale, può denominarsi come *co-settore*, cfr. C. Cipolla (a cura di), *Il co-settore in Italia*, Angeli, Milano 2000.

8. Cfr. C. Cipolla, *Epistemologia della tolleranza*, *op. cit.*, voce *Visuale*, pp. 3106 ss. del V volume e, da ultimo, P. Faccioli (a cura di), *In altre parole. Idee per una sociologia della comunicazione visuale*, Angeli, Milano 2001.

9. Rimando a R. Graves, *I miti greci*, Longanesi, Milano 1995, pp. 155-157.

10. Nella divisione del lavoro e dell'articolazione della rivista, questo compito non spetta, per altro, all'*Editoriale/Manifesto*, ma all'*Introduzione*, in questo numero redatta da G. Giarelli.

Schema 1 - La governance del complesso sanitario



molti attori reali del complesso sanitario¹¹ che, come si può intuire dallo schema 1, nel loro insieme concorrono a vario titolo alla compatibilità complessiva ed alla sopravvivenza del sistema¹². Secondo varie prospettive, a

11. Per un approfondimento di questo aspetto, oltre a tutto il presente numero della rivista, rimando all'opera da me curata e ripresa nella nota 1.

12. Cfr. M. Del Vecchio (a cura di), *Corporate Governance ed Aziende Sanitarie Pubbliche*, SDA, Milano 1997; R. Ruffini, G. Valotti (a cura di), *Assetti istituzionali e governo delle aziende pubbliche*, Egea, Milano 1994; E. Ferlie, L. Ashburner, L. Fitzgerald, A. Pattingrew, *The New Public Management in Action*, Oxford U.P., Oxford 1996.

cominciare da quella autorevolissima dell'attuale *Ministro della Salute* Girolamo Sirchia, tutti i saggi e tutti i contributi contenuti in questo primo numero si orientano, *dialetticamente*, lungo tale direzione, in accordo con una forma espositiva che vorrebbe restare il più possibile stabile nel tempo. Ciò per ragioni di rigore, di vivacità, di connessione con l'evolversi degli accadimenti di questo mondo ed anche per un utile orientamento pratico alla lettura. In tal senso Editoriale, Introduzione, Saggi, Confronti, Esperienze, Prospettive Internazionali, Recensioni e Note (Lettere, Attualità, Commenti, In Memoria, Sanità *on line*) dovrebbero diventare e restare appuntamenti fissi della rivista o, almeno, questo vuol essere il nostro patto fiduciario¹³.

Un Manifesto epistemologico e programmatico

Il nostro sforzo in questo periodo si è concentrato, al di là di impellenti impegni organizzativi, nella stesura di quello che possiamo definire il Manifesto della rivista, rispetto al quale aggregare studiosi, professionisti, istituzioni, trasferendoli consapevolmente nella condivisione (di larga massima) del progetto comune. Riportiamo qui di seguito la versione finale di tale Manifesto, che è stato il prodotto comune di tutti coloro che, con vari ruoli, hanno contribuito alla nascita della rivista.

Salute e Società si pone lo scopo prioritario dell'umanizzazione del "prender cura" e della qualità della salute/malattia. Essa, detto altrimenti, intende contribuire ad affrontare, in un'ottica che non sia né strettamente medica né di stampo puramente economico-sanitario, le tematiche che ruotano attorno al rapporto fra salute e società, con particolare riguardo alle nuove "culture della salute", al ritorno a forme di pluralismo sanitario come conseguenza della diffusione delle medicine alternative, all'emergere di stili inediti di partecipazione dei cittadini al miglioramento della qualità dei servizi sanitari, ai percorsi di umanizzazione e personalizzazione delle cure e del "prendersi cura" in senso lato che si vanno delineando, ai processi di riforma dei sistemi sanitari attualmente in atto, soprattutto nelle società industriali avanzate, nel contesto del più generale processo di globalizzazione operante anche in campo sanitario.

Descrivere, analizzare, comprendere e cercare di spiegare tali problematiche nella loro complessità, al di là di ogni riduzionismo tecnico-professionale o efficientistico, costituisce un tentativo di risposta a quella domanda di sapere e di una prassi "umanistica" che emerge con sempre maggiore evidenza dagli operatori sanitari e sociali, dagli studiosi e dalla

13. Ho già fatto riferimento al Sito della rivista che, ovviamente, possiede anche un suo indirizzo e-mail (salutesocieta@spbo.unibo.it), a cui sollecito a scrivere per ogni suggerimento o per ogni apporto-idea o per ogni critica rispetto al nostro lavoro.

società italiana ed internazionale nel suo insieme.

Si tratta di un'operazione di politica culturale di ampio respiro, che cercheremo di perseguire a partire da alcuni quadri di riferimento contestuale ed epistemologico che possiamo sintetizzare nel modo che segue.

Scenari di riferimento

La salute come *public issue* si è affermata nell'agenda sociale e politica a partire dalla ormai lontana Dichiarazione di Alma Ata nel 1978, quando l'Organizzazione Mondiale della Sanità ne dava per la prima volta una definizione comprensiva come "stato di completo benessere fisico, psichico e sociale". Tale nuova accezione costituiva il punto di approdo di un lungo periodo di crescita economica iniziato dopo la II Guerra mondiale, che aveva consentito un vasto processo di sviluppo del *welfare state* in Occidente e dei sistemi sanitari in particolare, sia nei paesi che avevano adottato sistemi basati sulle assicurazioni sociali obbligatorie (modello Bismarck) come la Germania, la Francia, il Giappone e il Canada, sia nei paesi che avevano istituito servizi sanitari nazionali finanziati attraverso la fiscalità generale (modello Beveridge) come la Gran Bretagna, l'Irlanda, i paesi scandinavi e, più tardi, l'Italia, la Spagna e il Portogallo. Anche negli USA, dove il sistema era basato sul finanziamento privato su base volontaria, a metà degli anni '60 venivano istituiti programmi statali di copertura sanitaria a favore dei poveri (MEDICAID) e degli anziani e dei disabili (MEDICARE).

Tale trend positivo, che aveva spinto l'OMS a promettere la "Salute per tutti entro l'anno 2000" quale diritto di ogni essere umano, ha conosciuto una decisa inversione di tendenza a partire dalla metà degli anni '80, quando il processo di crescita dei sistemi sanitari subisce una decisa frenata in concomitanza con le ormai periodiche recessioni economiche e la crisi del debito verificatasi a livello mondiale da parte delle economie più povere. L'ingresso in campo sanitario delle maggiori istituzioni finanziarie internazionali, come la Banca Mondiale e il Fondo Monetario Internazionale (che sostituiscono in buona parte l'OMS nella sua funzione di ruolo-guida), segna il passaggio ad un'idea di salute – di provenienza economica – come bene di consumo e investimento, risultato, più che della risposta a dei bisogni, di una scelta consapevole del consumatore che controlla la valutazione del suo capitale di salute e decide come incrementarlo. Tale deciso mutamento di valori e di linguaggio si riflette nelle nuove strategie di "riforma" dei sistemi sanitari che prevedono: l'iniezione di potenti dosi di mercato in sanità, la responsabilizzazione dei cittadini attraverso l'introduzione di forme di partecipazione alla spesa sanitaria, la modernizzazione del *management* sanitario sulla base di modelli di provenienza industriale (Qualità totale) e il decentramento dei livelli di governo della sanità.

Senza entrare nel merito di come tali strategie sono state implementate nello specifico dei diversi tipi di sistema sanitario, ciò che appare qui significativo rilevare sono gli effetti da esse prodotti. Nei paesi più poveri e nelle economie ex-socialiste in fase di transizione tali effetti sono stati spesso devastanti in assenza di un adeguato sviluppo economico e di un potere regolatore dello Stato: il ritorno massiccio delle malattie infettive, e in particolare dell'AIDS, con le loro tragiche conseguenze in termini di aumento della mortalità e della morbilità generale e infantile in particolare, e il consistente abbassamento della speranza di vita ne sono una indubbia testimonianza. Gli effetti sullo stato di salute della popolazione dei

paesi industrializzati dell'Occidente sono stati meno evidenti, ma pur tuttavia presenti se i Ministri della Sanità della regione europea dell'OMS hanno sentito il bisogno di approvare, il 18 giugno 1996, la Carta di Lubiana sulle riforme dell'assistenza sanitaria, nella quale si afferma chiaramente come l'introduzione di varie forme di mercato si sia tradotta in un aumento dell'iniquità nella qualità e nella distribuzione delle cure per la salute. Temi a forte valenza etico-politica, come quelli dell'equità, del razionamento dell'assistenza sanitaria, delle implicazioni bioetiche conseguenti ai meccanismi di esclusione di determinate prestazioni considerate troppo costose, sono così entrati a pieno titolo nel dibattito pubblico sui problemi della salute anche nei paesi occidentali.

Ciò che appare in gioco, oggi, è lo stesso concetto di salute come *diritto* garantito ad ogni essere umano; ciò anche come conseguenza della crisi di quel "contratto sociale" che la moderna biomedicina aveva idealmente stipulato con la società industriale oltre un secolo fa: farsi carico della cura sociale della malattia in cambio del monopolio in campo sanitario. Se, è indubbio, la biomedicina, al proprio interno – nelle sue declinazioni afferenti la genetica, la protesica e le altre discipline e prassi bio-ingegneristiche come la farmacogenica e lo studio delle cellule germinali – è caratterizzata da successi sempre più rapidi e auto-esaltantisi, aperti dubbi permangono, anzi divengono più pressanti, riguardo agli effetti e alla ricezione "umana" di questi progressi scientifici.

La biomedicina, a causa dei suoi successi egemonizzanti, sembra infatti vacillare nel suo rapporto con il cittadino, inteso come persona dotata di corporeità e pensiero riflesso su se stesso, sulla malattia, sulla terapia e sulle connessioni tra queste dimensioni. In altri termini, si pone l'urgenza di indirizzare la biomedicina verso il riconoscimento della soggettività del cittadino. E quindi, in questo ambito, la rivista si prefigge lo scopo di sollecitare possibilità e capacità di risposte *sensate* al cittadino lungo l'ottica del riconoscimento della sua soggettività socio-sanitaria.

In quest'epoca di incertezze, si aprono, così, scenari inediti di riflessione e di azione per tutti coloro che intendono continuare a considerare la salute come un indicatore fondamentale per comprendere i nuovi paesaggi sociali che si vanno disegnando all'alba del XXI secolo.

Premesse epistemologiche

Salute e Società si propone nel panorama editoriale come una rivista quadrimestrale, monografica, interdisciplinare e policentrica. La *quadrimestralità* è, a nostro giudizio, il tempo necessario perché le riflessioni comuni possano sedimentare, le idee confrontarsi nel farsi, i progetti realizzarsi. *Monografica* perché la procedura stessa dell'indagine razionale prevede che i nodi tematici vengano dipanati ad uno ad uno. Ma sarà altresì articolata secondo una logica connettiva e quindi *interdisciplinare*, cercando di individuare attorno ai singoli temi le diverse forme prospettiche che ne consentano una visione d'insieme, mettendo in luce i punti oscuri, evidenziando i nessi interrelati e le reciproche possibilità di fertilizzazione. Infine, *policentrica*, nel senso di prevedere una pluralità di centri di riflessione, d'indagine e di produzione intellettuale, fra loro interconnessi secondo la logica del confronto e della messa in discussione delle diverse prospettive. Affermare una logica correlazionale comporta accettare più autonomie relative che concorrono a produrre conoscenze nella ricerca di una verità posta ad incrocio di più interdipendenze.

Salute e Società fa propri i connotati epistemologici del pluralismo, della mul-

tidimensionalità, della integrazione. Evidenzia, cioè, un'opzione pluralista posta a monte dello stesso progetto della *Rivista* che si esplicita in un policentrismo redazionale. *Équipes* articolate in più luoghi geografici e tematici affronteranno un argomento comune secondo proprie peculiarità culturali e mettendo in atto, sinergicamente, un confronto integrato. Ciò dovrebbe consentire di cogliere la *multidimensionalità* delle problematiche trattate in un'ottica di *integrazione*, sulla base di una rete di confronti in fieri che sarà la risorsa principale della rivista. Una integrazione culturale e metodologica grazie alla messa in atto di più fucine di ricerca, secondo una logica progettuale collettiva nell'accettazione responsabile dell'altrui punto di vista.

Dimensioni fondative

Ciò detto, alcune dimensioni più fondative della rivista possono essere così riassunte:

1. *Approccio correlazionale*: orientamento epistemologico che intende la salute come un incrocio a n dimensioni tra fenomenologia, prospettiva critica, modello interazionista e socio-sistemica.
2. *Ambivalenza tra sanitario e sociale*: assioma secondo cui ogni intervento sanitario ha conseguenze sociali e qualsiasi prospettiva volta allo studio della società implica una concettualizzazione della salute, se non personale, sociale.
3. *Qualità sociosanitaria*: intesa come più pervasiva della qualità dal lato dei meri "utenti", più profonda della superficiale qualità "percepita", meno commercializzante della soddisfazione dei "clienti", insomma aperta all'interpretazione del vissuto sanitario e alla penetrazione dell'esperienza.
4. *Centralità del cittadino*: concepita come oltre la passività del paziente, il grigiore burocratico dell'utente, il rampantismo del cliente, l'enfaticizzazione utopica sul consumatore, la riduzione a membro (di assicurazione) e l'eccessivo ottimismo dell'esigente.
5. *Principio connotativo*: inteso come sforzo conoscitivo volto ad illuminare le implicazioni sociali e intersoggettive della malattia e della salute, nonché le interpretazioni soggettive legate agli aspetti delle cure (dal curare al prendersi cura).
6. *Educazione socio-sanitaria*: letta come promozione di stili di vita sani, prevenzione di eventi perturbanti e fonte di risparmio per il *welfare state*.
7. *Valutazione ed Accredimento integrati*: ovvero concorrenza e concorsualità tra qualità organizzativa, relazionale e professionale per osmosi e sovrapposizioni virtuose, senza precedenze di sorta.
8. *Empatia*: salute intesa come co-produzione fra medico e cittadino, dove ogni auto si protende verso etero e parte da lui, soprattutto se in condizioni oggettive di superiorità culturale e situazionale.

In modo più mirato, possiamo ricondurre la qualità del "prendersi cura" in ambito sanitario alle seguenti dimensioni:

1. *Accessibilità*: consiste nella disponibilità effettiva del servizio per tutti i cittadini, con l'abbattimento o almeno la riduzione delle distanze e delle barriere, da quelle fisiche a quelle di tipo psicologico-culturale.
2. *Appropriatezza del servizio*: si tratta dell'onere di provare che il servizio ero-

- gato sia il più idoneo a risolvere una determinata situazione critica e per raggiungere determinati scopi, in un'accezione soprattutto tecnico-professionale.
3. *Adeguatezza*: concepita come la rispondenza alle reali esigenze del cittadino e come la capacità di un dato intervento di raggiungere l'obiettivo prefissato con il minimo costo temporale, relazionale ed umano, a parità di altre dimensioni.
 4. *Equità*: intesa come eguaglianza nell'accesso, nel trattamento terapeutico e nella dismissione, nonché come giusta ripartizione dei costi e dei benefici socio-sanitari.
 5. *Partnership*: può essere ricondotta alla riduzione della complessità socio-sanitaria grazie a migliori collegamenti tra i vari attori istituzionali e al rafforzamento degli scambi informativi.
 6. *Responsabilizzazione*: interpretabile nell'ottica del muoversi in un contesto di controlli incrociati in cui la delega acquista un senso orientato all'efficienza e non allo scansamento.
 7. *Trasversalità*: intesa come flessibilità e capacità di adattamento all'interno del complesso socio-sanitario, senza cadere nella limitatezza e nella contingenza e senza separare radicalmente il malato in più segmenti specialistici.
 8. *Personalizzazione*: traducibile in apertura al singolo cittadino per quello che è domanda, ricerca della *compliance*, riconoscimento della validità etica, nonché organizzativa, della partecipazione co-operativa.
 9. *Umanizzazione*: intesa come sforzo costante di ricezione delle aspettative dei cittadini malati e loro trasformazione in offerta di servizi orientati al *comfort* e alla riduzione dell'asimmetria relazionale di ogni contatto sociosanitario.
 10. *Informazione*: concepita quale riconoscimento dell'interlocutore come soggetto, e non oggetto, della comunicazione e di quest'ultima come un insieme e non una sommatoria di parti.
 11. *Partecipazione*: considerata lungo il livello del coinvolgimento del cittadino nelle decisioni che riguardano il servizio e lungo il livello, più generale, del controllo della qualità e del rispetto dei diritti da parte di coloro che sono i destinatari di "quel" servizio alla persona.

Dato ciò, lo scopo della rivista sarà quello di investire nell'ottica di una cura della salute/malattia che, a parità di altre condizioni, persegua gli obiettivi di qualità e di valore appena più sopra delineati, seppur per brevi cenni.

Ringraziamenti

Come ho già avuto modo di scrivere, la genesi di questa rivista è sicuramente un fatto collettivo che ha avuto molti apporti e che, ne sono sicuro, ne avrà molti altri in futuro. In tal senso, non so bene chi ringraziare se non tutti coloro che compaiono fin d'ora nell'impianto istituzionale della rivista e che potranno aumentare nel corso del tempo.

Ringrazio, poi, gli Autori che si sono resi disponibili velocemente e disinteressatamente a scrivere su questo primo numero.

Ringrazio ancora l'Editore Franco Angeli che ha accettato di investire,

seppur in un momento non particolarmente felice per le riviste intese in senso lato, in questa direzione.

Ringrazio tutti i giovani che hanno deciso di contribuire con entusiasmo e passione a questa iniziativa.

Un ringraziamento particolare va poi agli *sponsor* che hanno contribuito e stanno contribuendo, in modo libero e partecipe, all'evolversi dell'impresa, senza opporre condizionamenti di sorta. In particolare, intendo ringraziare: la *Bracco s.p.a.* e per essa il dott. Giorgio Marconi, Direttore della Divisione prodotti da banco; la *Fondazione Villa Maria* e per essa la sua Direttrice, dott.ssa Giovanna Baraldi.

Infine, un ringraziamento ed un ricordo partecipe che li accomuna senza alcuna distinzione va ai miei genitori nella forma che segue:

Ai miei genitori,
buoni, modesti e saggi,
che hanno vissuto la loro vita
per la mia vita,
senza che io possa ricambiare,
se non nel ricordo amorevole e nella nostalgia
struggente.

Bologna, 3/2/2002

Costantino Cipolla