

RECENSIONI

■
Bird C.E., Conrad P., Fremont A.M.
(Eds.)

Handbook of Medical Sociology
Prentice Hall, New Jersey 2000,
pp. 438, \$ 67.

L'*Handbook of Medical Sociology* rappresenta un'istituzione nel pensiero sociologico sulla salute americano. L'*Handbook of Medical Sociology* è infatti la pubblicazione sul tema più prestigiosa d'America. Di questo "manuale" – anche se la traduzione letterale è riduttiva – dal 1963 ad oggi, ne sono uscite cinque edizioni. Si tratta di edizioni sempre differenti, e non di ristampe. Le prime 4 edizioni (1963; 1972; 1979; 1989) furono curate da Howard Freeman, Sol Levine e Leo Reeder. La cura della quinta edizione, quella del 2000, fu solo cominciata da Sol Levine (l'ultimo sopravvissuto dei tre) per poi essere proseguita e svolta effettivamente da tre sui allievi: Cloe Bird della *Brown University*, Peter Conrad della *Brandeis University* e Allen Freemont della *Harvard Medical School*. Insomma, il "manuale" ha accompagnato la formazione intellettuale di quasi due generazioni di studenti impegnati nella analisi sociologica della salute. Tuttavia, come spiegano i curatori nell'*Introduzione*, quest'ultima edizione si differenzia da quelle precedenti per l'apertura a temi trattati solo tangenzialmente in passato. Nell'edizione

del 2000 si cercano di connettere, allo studio della salute e della malattia, ambiti empirici e analitici che si sono imposti con vigore in anni recenti: le medicine alternative, l'*ethnicity*, la differenza di genere, il territorio, la disabilità e la cronicità, il *managed care*, la medicalizzazione della vita quotidiana, le biotecnologie. In più, l'orientamento metodologico si apre alla ricerca dell'integrazione con altre discipline "sorelle" come l'antropologia medica, la psicologia sanitaria, l'epidemiologia sociale e la bioetica. Tutto ciò, però, svolto con la consapevolezza che un eclettismo radicale diluisce il rigore della ricerca. Come scrivono i curatori: "se dobbiamo tenere i nostri piedi saldamente piantati nella sociologia, le nostre braccia hanno bisogno di estendersi verso altre discipline" (p. viii).

Il volume raccoglie i contributi di 45 autori per un totale di 29 saggi. Le aree di cui si compone sono sei.

La prima area, piuttosto sintetica, è di carattere storico. Contiene un capitolo scritto dai curatori sulla sociologia della salute nel punto di svolta del nuovo millennio e un altro, di Samuel W. Bloom, sulla storia della sociologia della salute negli Stati Uniti. Bird, Conrad e Freemont individuano una serie di "dilemmi" per la sociologia della salute. Dilemmi nati, forse, proprio a causa del grande successo della sociologia della salute americana e della sua "crisi da crescita". Lungo una

prospettiva storica, scrivono gli autori, la sociologia della salute ha perso terreno rispetto ad altre discipline. Se un tempo il problema principale dei sistemi sanitari era l'accesso alle cure, tema nel quale la sociologia della salute era la scienza sociale più "ascoltata", negli anni settanta le aree di interesse si sono spostate sul contenimento dei costi. Questo slittamento ha visto diffondersi numerosi studi di economia sanitaria che hanno posto in secondo piano l'approccio sociologico. Successivamente è emerso il tema della qualità delle cure. La vastità dell'argomento ha fatto sì che questo ambito si sia letteralmente autonomizzato dando vita a un filone di ricerche, pubblicazioni e insegnamenti racchiusi sotto l'etichetta di *health services research*, "ricerca sui servizi sanitari". L'*health services research* dispone di proprie riviste e strutture, separate però dalla sociologia della salute. Sebbene vi siano sociologi che partecipino a tali ricerche, essi si identificano come "health services researchers" e raramente pubblicano i loro studi in riviste sociologiche. Come icasticamente ammettono gli autori: "la ricerca sui servizi sanitari è divenuta la principale fonte di ricerche *policy-relevant*. Questo, per la sociologia della salute, è una sconfitta" (p. 8). Insomma, il maggior dilemma, per la sociologia della salute consiste proprio nel suo grande successo, che ha dato vita a "migrazioni, competizioni e secessioni" (p. 8). Se questo, da un lato, indica una diminuzione dell'influenza della sociologia della salute, dall'altro, sostengono sempre i tre, può essere visto come l'istituzionalizzazione di specifiche branche della sociologia della salute in vere e proprie sub-discipline e ciò può essere di stimolo per i sociologi ad abbracciare prospettive di ricerca condotte in senso multidisciplinare con i colleghi di ambiti affini.

La seconda area tematica è intitolata: *Contesti sociali di salute e malattia*.

Si tratta dell'area che contiene più capitoli, otto, e che al proprio interno è più eterogenea. Si va infatti da temi classici come la valutazione delle teorie sugli effetti delle disparità sociali sulla salute (Bruce Link e Jo Phelan); i link tra "social status" e "health status" (John Mirowsky, Catherine Ross e John Reynolds) o, per rimanere in un ambito analogo, le ineguaglianze socioeconomiche e le possibilità di vita sana (Stephanie Robert e James House), fino a temi più specifici come la sociologia dello stress e della salute mentale (Robin Simon); le differenze di genere e il *wellbeing* (Patricia Rieker e James House); l'*ethnicity* come variabile sociale ed epidemiologica negli studi socio-sanitari (Chris Smaje); la connessione tra politiche economiche per la salute e costruzione sociale dell'invecchiamento (Carroll Estes, Steven Wallace e Karen Linkins); il binomio salute-territorio (Phil Brown), prospettiva, quest'ultima, adottata da vari "classici" (si pensi a Engels o Virchow), ma oggi poco di moda (anche se, si potrebbe obiettare, i *Piani per la Salute* della Regione Emilia Romagna riconoscono all'ambiente un'influenza determinante allo stato di benessere della popolazione).

Difficile trovare un filo rosso che unisca osservazioni così differenti. Si possono però segnalare due analogie tra questi saggi. Le due analogie, in realtà, possono essere considerate, usando una metafora usurata ma efficace, "le due facce della stessa medaglia". In breve:

- in tutti i saggi c'è un sincero tentativo di ancorare le argomentazioni proposte a teorie eminentemente sociologiche;
- tutti i saggi si concludono con la proposta di allargare, o rispecificare, lo spettro di analisi della sociologia della salute attraverso contaminazioni virtuose con altre discipline affini.

Sia la coerenza sociologica dello stile argomentativo sia la proposta integrativa testimoniano la forza che ha assunto questa disciplina oltre oceano e il grado di “sicurezza epistemologica” che la contraddistingue – delle debolezze parleremo nelle considerazioni finali.

La terza area semantica – *Salute e malattia, comportamento ed esperienza* – contiene tre saggi di orientamento fenomenologico. Sostenendosi sulle teorie di Weber, Giddens e Bordieu, William Cockerham si sofferma sulle possibilità che le persone hanno di “scegliere” stili di vita sanitari (*health lifestyles*) al di là dei condizionamenti sociali. Dopo avere citato alcune ricerche empiriche, Cockerham conclude mostrando la crescente importanza che i *lifestyle* assumono nel contesto della salute. Michael Bury si sofferma invece sulle malattie croniche e le disabilità in chiave anti-parsonsiana proponendo alcune considerazioni sull’esperienza e la percezione della cronicità dal lato del soggetto e sulla sua immagine sociale. Prospettiva, questa, che viene approfondita nel saggio seguente, di Susan Bell, che analizza proprio l’esperienza della malattia ponendo a confronto due approcci, quello *narrative* e quello della *grounded theory*, e risolvendolo a favore di un’integrazione di stampo vagamente costruttivista.

Questa sezione riveste una particolare importanza. Essa infatti, capovolgendo la prospettiva del *sick role* parsonsiano, mostra come l’*agency*, l’intenzionalità e le scelte del soggetto, sia esso “sano” o “malato”, possano incidere sul suo futuro sociale e sanitario. Inoltre, in termini di ricerca empirica, legittima tutte quelle pratiche, di derivazione ermeneutica e semiotica, che si soffermano sull’analisi del vissuto socio-sanitario del soggetto.

La quarta e la quinta sezione sono tematicamente molto contigue e omo-

genee. Infatti, la quarta sezione si intitola *Organizzazione dei servizi sanitari* mentre il titolo della quinta è *Medical Care*.

Nella quarta area si comincia con un saggio di Donald Light che si interroga sull’ascesa e crisi della professione medica, intesa come lobby di potere. Egli mostra come le tecnostrutture finanziarie – le HMOs (*Health Maintenance Organizations*) abbiano eroso larga parte di quella autonomia che caratterizza, per definizione, l’esercizio di una professione (e che per questo si differenzia dal lavoro salariato). Light dimostra come cambiamenti nel sistema di remunerazione del medico abbiano portato i cittadini a perdere fiducia nel suo operato. Nel capitolo successivo, Douglas Wholey e Lawton Burns forniscono lo scenario generale dell’evoluzione storica del *Managed Care*, un sistema congegnato per ridurre la spesa sanitaria e che invece l’ha fatta esplodere. Frederic Hafferty si interessa del “curriculum nascosto” richiesto agli studenti di medicina, ovvero quale spazio occupi, all’interno di un sistema sanitario mercantile, la trasmissione dei valori e non solo delle tecniche cliniche durante l’educazione medica. Bradford Gray e James O’Leary sostengono che il crescente impiego dei sociologi della salute nella programmazione delle politiche sanitarie è un segno di vitalità della disciplina, tuttavia, avvertono, la tensione esclusiva verso la soluzione di problemi pratici può rendere, alla lunga, la sociologia della salute un “empirismo senza teoria”.

La quinta area ha inizio con un saggio sugli effetti del *Managed Care* sulla relazione medico-paziente. Negli USA, infatti, spiega Howard Waitzkin, i medici vedono aumentare le loro retribuzioni in funzione della loro capacità di limitare le spese per i test diagnostici, le cure particolarmente costose, i consulti presso specialisti: ciò ov-

viamente pone il medico in una situazione eticamente conflittuale. Il capitolo successivo, di Michael Goldstein, fa il punto sulla diffusione della medicina alternativa negli USA (*Complementary and Alternative Medicine: CAM*). Goldstein cerca di trovare delle caratteristiche comuni nella sterminata messe della CAM in modo da fornirne una definizione sociologica, inoltre mostra come il crescente successo della CAM abbia fatto di essa un vero e proprio business economico, e come le HMOs cerchino di colonizzare questo fiorente mercato. Debra Lerner e Carolyn Schwartz cercano invece di incoraggiare i sociologi ad intensificare i loro studi nel campo della qualità della vita. A seguito della transizione epidemiologica, sempre più persone sono cronicamente in cura e spesso a domicilio. Essendo una tematica che si estende dall'intervento tecnico (operazioni mediche) alla filosofia (lo "star bene"), gli autori sostengono che la cultura sociologica possa fornire molte suggestioni di taglio unificante in questo ambito, in special modo attraverso la costruzione di indici di soddisfazione e altri strumenti metodologici. Lo scopo di Stefan Timmermans è invece quello di spiegare come la tecnologia medica modifichi la relazione tra l'operatore sanitario e il cittadino in cura. Egli cerca di ridimensionare due assunzioni sociologiche date per imm modificabili: le tecnologie mediche sono "meri strumenti"; le tecnologie mediche sono fonti di aumento dei costi e "de-umanizzano" la cura. Peter Conrad, infine, si proietta nel futuro e si chiede quali possibili effetti sociali possano avere le scoperte in ambito genetico.

Entrambe queste aree, la quarta e la quinta, come forse si può evincere dalla breve sintesi fornita, si concentrano su aspetti "di contorno" alla cura – ovvero l'ambiente economico; le professioni; le tecnologie; le culture alternati-

ve; le forme educative... – per mostrarne gli effetti sulle persone e sul contesto socio-sanitario in generale. Un sottile filo rosso che attraversa questi argomenti è che qualsiasi considerazione sociologica, in ambito medico, può essere riformulata come dilemma etico. Che merita una risposta.

Nell'ultima area vengono mostrate le possibili alleanze che la sociologia della salute può stringere con discipline "parallele". Così Allen Freemont e Cloe Bird si interrogano su come i fattori psicologici (ad es. lo stress) possano influenzare lo stato di salute; Debra Umberson, Kristi Williams e Susan Sharp si occupano delle interfacce tra psicologia medica e sociologia della salute; stessa cosa fanno Leonard Syme e Irene Yen indagando le connessioni tra sociologia della salute ed epidemiologia sociale; Mary-Jo Del Vecchio Good e Byron J. Good, già noti ai lettori italiani, trattano invece le "sorelle parallele" ovvero sociologia e antropologia della salute.

Infine, nei capitoli conclusivi: Eugene Gallagher, Thomas Stewart e Terry Stratton affrontano un tema "globale" ossia cosa può fare la sociologia della salute nei e per i paesi in via di sviluppo; Charles Bosk introduce il tema della "immaginazione sociologica e la bioetica"; Bernice Pescosolido, Jane Mcleod e Margarita Alegria tirano le somme e cercano di stabilire i confini della disciplina nel nuovo millennio dominato da un contesto di malattie croniche e di mercantilizzazione della salute.

Ora, dopo questa affannosa corsa attraverso il manuale, rimangono da mostrare altri aspetti molto importanti. Quelli mancanti. Principalmente, i temi che avrebbero potuto trovare degli spazi più netti, nel volume, sono quattro: la qualità socio-sanitaria; la partecipazione; la comunicazione e l'etica. A scanso di equivoci va detto che tutti

questi ambiti sono considerati nel manuale, tuttavia non vengono affrontati in modo diretto.

La qualità socio-sanitaria, almeno nella sua declinazione in “qualità percepita”, anche per l’importanza che riveste, negli USA, per il *rating* delle strutture erogatrici, avrebbe meritato un capitolo a sé. È vero che c’è un interessante saggio sulla qualità della vita, ma poco viene detto della qualità in ospedale (mentre risulta coperto l’ambito della relazione medico-cittadino).

Il lettore, americano o non, forse avrebbe potuto trovare interessante conoscere le modalità di partecipazione alle decisioni bio-mediche da parte di gruppi organizzati, specialmente in una realtà, quella americana, densa di associazioni di co-settore che si battono per i diritti dei cittadini in ambito sanitario.

Un capitolo a parte sarebbe potuto essere stato dedicato al tema della comunicazione socio-sanitaria, passi quella interpersonale da più parti trattata, ma quella istituzionale, o persino quella “privata”, svolta a favore di temi specifici o sulla prevenzione, comunque di stampo macro, è a mio avviso una tematica ineludibile. Ancor più se pensiamo all’importanza assunta negli USA dalla comunicazione strategica della salute.

L’etica. È vero che in più parti si trovano considerazioni etiche, soprattutto in relazione agli effetti delle misure di *cost-containment* richieste da un regime di *Managed Care*: ma proprio per questo forse sarebbe stato opportuno dare una forma omogenea a queste considerazioni relative all’equità, all’accesso alle cure, all’esclusione/inclusione sanitaria – così come è stato fatto per la bioetica.

Certo, è possibile che queste mancanze siano un effetto della particolare organizzazione accademica americana e della particolare evoluzione storica della sociologia della salute americana.

Ad esempio, si può pensare che il tema della comunicazione strategica della salute sia più affine a docenti di formazione comunicazionale o che il tema dell’equità possa essere affrontato da un filosofo della politica. Ancora, anche sulla scorta di quanto è scritto dai curatori, è probabile che della soddisfazione socio-sanitaria si occupino più gli studiosi di *health services research* che i sociologi “puri” della salute, tuttavia il risultato non cambia. Non ribadire la centralità che queste tematiche hanno per la sociologia della salute significa delegare la trattazione di argomenti topici per la sociologia della salute, perché è difficile sostenere il contrario, a esperti di formazione non sociologica a cui necessariamente sfuggono le connotazioni sociali di ogni discorso sulla salute. Inoltre, anche se poniamo queste aree in un’ottica di non pertinenza per la sociologia della salute il non trattarle contraddice quel principio integrativo e di interdisciplinarietà più volte sostenuto dagli autori e persino dai curatori.

Ora, queste critiche poco tolgono alla validità complessiva dell’opera che appare ben congegnata e scritta in modo coerente, chiaro e con una tensione continua all’argomentazione sociologica. Anzi, la lettura di un *Handbook* sifatto dovrebbe spingere gli studiosi italiani di sociologia della salute, e le persone professionalmente coinvolte nei servizi sanitari più sensibili a questi temi, ad auspicarne un’emulazione virtuosa nel nostro paese. Un *Manuale di sociologia della salute* che possa fornire le basi per la crescita intellettuale degli studiosi attratti da questa disciplina, in Italia praticata con sempre più vigore, ma poco riconosciuta accademicamente e quindi non “riflessa” quanto dovrebbe. Infine, un’annotazione che va oltre il suo apparente nominalismo. Nella *Prefazione* i curatori avvertono che la dizione *Medical Socio-*

logy è stata mantenuta per ragioni di fedeltà alle precedenti edizioni, tuttavia “i curatori credono che la nostra disciplina sia meglio definita come Sociologia della salute e della malattia” (p. viii). Almeno su questo, in Italia, siamo arrivati prima.

Antonio Maturò

Willem Tousijn

Il sistema delle occupazioni sanitarie

Il Mulino, Bologna 2000, € 17,56.

Nel percorso di ricerca che Willem Tousijn svolge da anni sulla sociologia delle professioni, il volume pubblicato da Il Mulino con il titolo *Il sistema delle occupazioni sanitarie* ci sembra segnare un passo avanti significativo in un progetto che pone al centro del proprio interesse le logiche di azione e di sistema delle professioni sanitarie in Italia. Se, nel 1979, con l'antologia *Sociologia delle professioni*, Tousijn aveva cercato di individuare le categorie interpretative tradizionali del pensiero sociologico anglosassone e se, nel 1987, curando il volume *Le libere professioni in Italia*, aveva proposto una panoramica della morfologia istituzionale e socio-demografica delle maggiori professioni italiane, con questo volume, concentrando l'attenzione sul solo ambito sanitario, porta l'analisi comparativa e concettuale su un piano più elevato in cui è la dimensione storica a dare significato al lavoro svolto.

A partire dalla considerazione che in poco meno di cento anni lo scenario sanitario del nostro paese è radicalmente cambiato, Tousijn si pone il non semplice obiettivo di proporre una analisi di tale mutamento sulla base di una letteratura specifica e di una ipotesi guida. La letteratura di riferimento è evidentemente quella di matrice anglo-

sassone sulle professioni, mentre l'ipotesi centrale è quella connessa allo sviluppo e al declino del potere medico, con un forte debito verso le teorie formulate da Eliot Freidson. In specifico due sono i concetti che dirigono l'analisi e cioè il “processo di professionalizzazione” da un lato e la “dominanza medica” dall'altro, concetti che, come scrive lo stesso Tousijn, gli permettono di non svolgere un resoconto generico delle varie e per certi versi interessanti vicende che costituiscono le singole storie occupazionali, bensì una ricostruzione mirata, fondata sulle vicende giudicate più significative in base all'apparato teorico discusso nel primo capitolo. È su questa base che l'autore ritiene di poter fornire una ricostruzione sintetica dell'evoluzione dell'esercizio della medicina fino all'Ottocento (II capitolo), per procedere, poi, allo studio delle trasformazioni radicali che si sono dimostrate tra la fine dell'Ottocento e l'inizio del Novecento (III e IV capitolo) sia in Italia sia in altri paesi europei. In questo periodo i medici raggiungono un assetto pressoché definitivo della loro posizione istituzionale e professionale che si consolida nei decenni successivi determinando un effetto imitativo da parte delle occupazioni paramediche (V e VI capitolo), soprattutto infermieristiche, che tentano di percorrere strade di professionalizzazione simili. Tuttavia, a partire dagli anni Sessanta si manifesterebbero i sintomi di un'ulteriore trasformazione connessa alla convergenza di numerosi fattori politico-sociali e culturali che sembrano minare la posizione consolidata e dominante della professione medica. Nasce da qui la tesi, sostenuta nell'ultimo capitolo del volume, secondo la quale i medici sarebbero interessati da un processo di declino parziale nella propria sfera di potere, con la conseguente ricerca di nuovi equilibri all'interno delle occupazioni sanitarie.

La chiarezza espositiva di Tousijn e la sua consueta linearità di analisi fanno, dunque, di questo lavoro un contributo significativo allo studio delle professioni sanitarie che, in Italia, hanno ottenuto, negli ultimissimi anni, credenziali formative di livello universitario tali da modificare la divisione del lavoro all'interno del comparto sanitario, così come la comparsa di altre occupazioni ai livelli gerarchici più bassi (Ota ed Osa ad esempio) con importanti ricadute sulla qualità dell'assistenza prestata.

A parte, quindi, la dinamica crescente del mutamento, sempre difficile da cogliere nelle politiche sanitarie e del lavoro, ci sembra che vadano evidenziati due fattori nel pur pregevole lavoro dell'autore.

Da un lato appare debole il riferimento analitico alla dimensione di genere che pure interessa in modo netto il comparto sanitario, non solo rispetto alla costante e consolidata forza delle donne impegnate nelle occupazioni infermieristiche, ma anche rispetto alla nuova rilevanza femminile all'interno della componente medica. Il presumibile declino della dominanza dei medici non può essere analizzato senza riferimento al fatto che le iscritte e le laureate in medicina hanno superato da tempo in Italia la soglia del 50% e che le donne medico si trovano iscritte, sempre più, in tutte le scuole di specialistica comprese quelle di chirurgia.

Dall'altro lato, la metodologia di analisi adottata da Tousijn fa ampio riferimento ai processi di differenziazione strutturale proposti dalla scuola funzionalista americana, con l'individuazione di una serie di stadi di sviluppo che vengono applicati ai processi di crescita professionale dei medici. Questa modalità, che per certi versi è simile a quella battezzata da Smelser di *empty theoretical boxes*, prevede un'attenta analisi dei dati storici ed una eventuale modifica del mo-

dello interpretativo se la ricerca empirica dimostrasse la non conformità dei risultati alla teoria. Il rischio è che nello studio dei processi di mutamento sociale si ignorino altre possibili spiegazioni, discriminando le variabili utilizzate e selezionando i dati e le dimensioni di analisi. In tal senso, piuttosto che parlare di ritardo nei processi di sviluppo nazionali, presupponendo una convergenza crescente tra i paesi europei, sembrerebbe più utile considerare il peso che hanno avuto, nelle storie di sviluppo professionale, alcune costellazioni di attori e di contingenze nazionali restituendo, come scrive Bendix, "agli uomini del passato l'imprevedibilità del futuro e la dignità di operare in condizioni di incertezza".

Giovanna Vicarelli

Costantino Cipolla, Guido Giarelli,
Leonardo Altieri (a cura di)

Valutare la qualità in sanità.

Approcci, metodologie, strumenti

Angeli, Milano 2002, pp. 474, € 28,50.

L'approccio metodologico da tempo propugnato da Costantino Cipolla [cfr. Cipolla 1988] va sicuramente a nozze con il tema della qualità della sanità: pluralismo, integrazione, co-istituzione dell'informazione elementare, tolleranza, costituiscono infatti un requisito di base per avvicinarsi al complesso mondo della qualità in ambito sanitario.

Un mondo in cui la coesistenza di almeno tre "punti di vista", bene messa in evidenza dalla struttura stessa del libro, non deve far dimenticare la difficoltà di conciliarli, o meglio di ricondurli ad una visione pluralistica e integrata (rispettosa cioè delle differenze "irriducibili", ma anche incline all'integrazione di quelle complementari). I tre "punti di vista" sono quelli dell'organizzazione, dell'operatore, dell'uten-

te; una tripartizione certo non originale, perché nella letteratura sulla valutazione è più volte evidenziata; Scriven [1993], ad esempio, rielaborando proposte formulate vent'anni prima, sottolinea che i bisogni degli utenti, gli obiettivi delle organizzazioni, gli standard di qualità (definiti di solito dagli operatori) sono i tre riferimenti chiave della valutazione, non riducibili l'uno all'altro [cfr. La Rosa 1996]. Analogo riferimento si trova nel giustamente citatissimo Donabedian, che com'è noto propone di valutare la qualità rispetto a strutture, processi e risultati, mentre Cipolla, nell'introduzione, opera una parziale innovazione, applicando una prospettiva analoga allo stato di salute o di malattia (leggibile in termini di percezione soggettiva, di valutazione professionale del medico, di lettura fornita dagli strumenti diagnostici).

Bene osserva Vicarelli nel suo saggio che la distinzione dei tre punti di vista è particolarmente utile in sanità perché si presta anche ad una lettura eziologica del concetto di qualità: partito da una visione interna all'ambito medico, quindi da una situazione di quasi totale subordinazione delle esigenze dell'organizzazione e degli utenti a quelle degli operatori, vede pian piano queste ultime affrancarsi dalle prime. Le esigenze delle organizzazioni, innanzi tutto, che vanno emergendo sotto la duplice spinta del condizionamento organizzativo nei confronti dell'erogazione della prestazione sanitaria (l'ospedale come macchina organizzativa e non come castello del medico-conte!) e del crescente peso dei vincoli di bilancio sugli orientamenti pubblici in ambito sanitario; le esigenze degli utenti (dei cittadini e dei malati) trovano invece spazio grazie ad

una crescente consapevolezza dei diritti del malato (e del cittadino di fronte alla sanità), agevolata anche dall'attività delle loro rappresentanze. Come osserva molto lucidamente Vicarelli (p. 55) "D'altro canto l'orientamento alla qualità rappresenta un meccanismo di redistribuzione del potere in direzione di altri due soggetti dei moderni sistemi sanitari, i cittadini-utenti chiamati a verificare alcuni aspetti dell'offerta dei servizi e i gestori-amministratori tenuti a misurarne i valori economici e finanziari". Vorrei al riguardo osservare che i due saggi introduttivi, quello generale di Costantino Cipolla e quello alla prima parte di Achille Ardigò, forniscono al lettore le due chiavi di lettura necessarie per utilizzare al meglio il ricco ed articolato testo in esame. Cipolla ci aiuta infatti a capire che occorre sapersi calare nei tre punti di vista sopra detti per poter sviluppare una valutazione davvero a 360° della qualità in sanità e che occorre accettare le difformità di prospettiva (e di definizione stessa della qualità) riconducibili ai tre approcci per non restare confusi. Ardigò sottolinea che i tre punti di vista corrispondono a configurazioni di valori e d'interessi diverse, sicché la loro integrazione non ha solo una dimensione metodologica (lato Cipolla), ma anche una politica: parafrasando Bourdieu [1979], si potrebbe dire che la lotta per la definizione legittima delle categorie del pensabile (le definizioni, gli indicatori) nasconde la lotta per la definizione legittima dei contenuti del pensato. Ardigò ed altri autori segnalano inoltre che il prevalere del punto di vista dell'organizzazione si è tradotto in una diffusione abbastanza acritica delle ISO 9000 o di altre metodologie mu-

1. Il bel saggio di Giovanna Vicarelli bene illustra la trasformazione dell'assistenza sanitaria da una modalità libero-professionale ad una ampiamente organizzata e la corrispondente crescita d'interesse verso concezioni aziendalistiche della qualità.

tuato dal campo industriale, lasciando ampiamente intendere che questo spostamento del fuoco dell'attenzione dalla qualità delle prestazioni mediche alle condizioni in cui queste sono erogate potrebbe costituire, per il cittadino-utente, un bel salto dalla padella alla brace. Non è un caso che proprio Ardigò, che molto ha operato per l'affermazione del punto di vista del cittadino-utente, osservi (p. 51) che "lo studio della qualità delle cure, specie se condotto da sociologi coerenti, dovrà andare in direzione opposta al modello ISO 9000": da sociologo coerente, condivido in pieno [cfr. Palumbo 2001b]. Da segnalare inoltre che Ardigò (p. 46) aggiunge ai tre punti di vista quello del sociologo, chiamato ad una valutazione sistemica, capace cioè di andare oltre una lettura riduttiva del punto di vista dell'utente in termini di semplice *customer satisfaction*, come sottolinea efficacemente anche Antonio Maturo.

Il volume, interamente dedicato alla sanità pubblica (una precisazione-limitazione che meriterebbe forse una maggior spazio ed un'esplicita giustificazione nei saggi introduttivi) si articola in cinque parti. La prima, rivolta a definire il contesto della qualità in sanità, è particolarmente utile per orientarsi in un ambito complesso e in costante evoluzione, in cui occorre non solo una guida concettuale (i saggi di Ardigò e Vicarelli), ma anche un inquadramento normativo e programmatico (il saggio di Belbusti), vista l'ineludibile relazione tra l'evoluzione della struttura del Ssn e quella del concetto di qualità e dei modi di misurarla e valutarla.

La seconda parte è consacrata alla valutazione della qualità dal punto di vista del cittadino ed è quella forse di maggior interesse per un sociologo e metodologo, anche perché l'insieme dei saggi inclusi al suo interno permette già di evidenziare le intersezioni di questo "punto di vista" con gli altri

due. La terza, concernente il punto di vista dell'organizzazione, rende ragione delle procedure oggi più diffuse e dei loro limiti; non è certo casuale che la prospettiva organizzativa sia quella più utilizzata per analizzare la qualità e che i suoi limiti siano percepibili soprattutto dalla prospettiva dell'utente. Al tempo stesso, è interessante notare che il terzo punto di vista, quello degli operatori, cui è consacrata la parte quarta, sia da un lato il meno rappresentato (tre soli saggi) e, dall'altro, il più influenzato dai modelli di qualità di derivazione organizzativa. Questo non appare casuale, perché il punto di vista degli operatori era quello dal quale fino a ieri veniva giudicata, in modo implicito, la qualità della sanità e dunque le elaborazioni teoriche e le esperienze sul campo più significative riguardano gli altri due approcci, sorti in qualche modo per contrastare o relativizzare l'esclusivo punto di vista degli operatori (punto di vista a sua volta limitato alla componente medica, come se le altre che concorrono a fornire un servizio sanitario, tecnici di laboratorio, infermieri professionali, ecc. non potessero avere voce che all'interno delle categorie di analisi della qualità proposte dalle organizzazioni).

La quinta parte (dalla valutazione alla gestione integrata della qualità) è forse la più debole del volume, non certo per il minor valore dei contributi, ma per la difficoltà di passare ad una reale integrazione non solo degli approcci riconducibili ai tre punti di vista, ma anche dei loro titolari, nelle strutture di progettazione, gestione e valutazione del servizio sanitario: difficoltà che trapassano ampiamente dal lucido saggio di Giarelli che conclude il volume.

La ricchezza (anche sotto il profilo quantitativo) dei contributi permette di seguire in modo parallelo la riflessione sulla qualità e l'evoluzione del sistema sanitario nazionale, cui diversi autori

prestano notevole attenzione, in riferimento sia alla dimensione storica (Vicarelli) e comparativa (Giarelli), sia ai temi oggetto del dibattito contemporaneo concernente la scottante questione della compatibilità fra equità, diritto alla salute, incidenza della spesa sanitaria sul PIL (Belbusti).

Qualche riflessione più approfondita può essere dedicata ai saggi che catturano maggiormente la mia attenzione di sociologo e valutatore. Innanzi tutto l'introduzione di Cipolla, che sottolinea giustamente il carattere sociale della medicina oggi e la necessità di passare ad una sociologia della salute [cfr. Giarelli 1998]. Intanto perché dalla forte enfasi sulla malattia, intesa come campo specifico disciplinare della medicina, si è passati ad una forte enfasi sul concetto di salute, che chiama necessariamente in causa molti altri ambiti disciplinari. Poi perché la medicina è sociale in almeno due sensi. Non tanto perché ormai esercitata all'interno di un poderoso apparato organizzativo e professionale a cui sono spesso ascrivibili gli esiti sulla salute molto più di quanto non dipendano dai saperi professionali degli operatori, come bene sottolinea Vicarelli. Piuttosto per il fatto che in una società sempre più concentrata sul sé, sul benessere, sul corpo, sul godimento individuale, la medicina diviene un ambito cruciale per la costruzione del sé. Ad onta della perdurante esotericità del suo linguaggio, molti oggi vogliono farsi medici di se stessi e si impegnano spesso nella costruzione di quadri diagnostici e terapeutici di sorprendente estensione e precisione (si vedano al riguardo le numerose trasmissioni a carattere medico e i periodici inserti dei principali quotidiani). Se negli anni sessanta e settanta molti si cimentavano nella costruzione di personali mappe delle disuguaglianze sociali e nel decennio successivo in repertori dei problemi ambientali, oggi,

quando l'attenzione è più centrata sul sé, si finisce per occuparsi principalmente delle vicende che riguardano il proprio corpo (l'alimentazione, il *fitness*) e la propria salute [cfr. Bauman 1999]. Condivido quindi l'osservazione di Cipolla, secondo il quale "se l'interpretazione che il malato dà della propria malattia è mediata socialmente, allora il sociologo deve descrivere/spiegare/raccontare come la società, o i suoi segmenti, co-istituisce, insieme al soggetto, la malattia" (pp. 12-13). Condivido anche l'adozione di quello che Cipolla chiama paradigma "connessionista e co-significante", che trova riscontro negli approcci partecipativi alla valutazione oggi molto in auge. Auspico invece un maggior rigore terminologico nell'uso dei termini "efficienza" ed "efficacia", che tra l'altro Cipolla correttamente ed estensivamente illustra nel suo *Epistemologia della tolleranza*, mentre in questo testo si trovano definizioni che possono ingenerare al lettore disattento qualche confusione. L'efficacia rinvia infatti non solo al conseguimento degli obiettivi prefissati, ma anche alla congruenza delle azioni intraprese con i bisogni dei destinatari [Scriven 1991], mentre l'efficienza viene abitualmente considerata come la procedura che minimizza i costi a parità di risultato [cfr. Dunn 1994]. Queste modeste perplessità sono peraltro superate se accogliamo il concetto di qualità socio sanitaria proposto da Cipolla ed ulteriormente precisato da Maturò: non solo multidimensionale, ma anche co-istituita con i vari soggetti, alla luce sia dei loro punti di vista, sia delle loro *relazioni*.

Leonardo Altieri apre la sezione dedicata al punto di vista del cittadino cercando di mostrare la convergenza dell'evoluzione del pensiero e della pratica valutativa, soprattutto negli USA, verso la centralità dell'utente, che l'Autore giustamente rivendica co-

me fondativa dell'approccio sociologico alla qualità della sanità. Si tratta di una lettura ampiamente condivisibile, che avrebbe tuttavia potuto essere ulteriormente suffragata appoggiandosi non solo alla ricostruzione operata da Guba e Lincoln [1989], ma anche ad importanti lavori di Scriven [1991; 1993], il fondatore della *goal free evaluation* e l'assertore dell'autonomia relativa di *merit, worth and value*, o alla recente riedizione di Patton [1999], l'autore che continua a sottolineare con vigore la *user focused evaluation*, o ancora al propugnatore dell'*empowerment evaluation*, oggi molto citato [Fetterman *et al.* 1996]. Trovo singolare, ma forse è una civetteria di un Autore che già 15 anni fa [Altieri 1987] si occupò autorevolmente di valutazione, il fatto che vengano ignorati contributi italiani recenti che avrebbero potuto ulteriormente rafforzare le sue argomentazioni iniziali². Il problema si ripropone anche riguardo agli indicatori, visto che in Italia si va consolidando l'impiego delle tipologie introdotte dai sei volumi della Collezione MEANS [C.E. 1999], tipologie con le quali occorre comunque fare i conti, dal momento che costituiscono lo standard di riferimento per la valutazione ed il monitoraggio dei Fondi Strutturali nel periodo 2000-2006.

Molto opportunamente Altieri sottolinea, in esplicita contrapposizione agli approcci VRQ più ortodossi (e dunque maggiormente autoreferenziali), che "l'utente va dunque messo nelle condizioni di porsi come soggetto di valutazione" (p. 107) e che per divenire tale è necessario che gli sia fornito un bagaglio minimo di informazioni e competenze tecniche, oltre che di canali at-

traverso i quali esprimersi. Canali che non possono certo esaurirsi in *survey* di *customer satisfaction* limitate nello spazio concesso ai *frame* cognitivi e ai mondi vitali del cittadino-utente ed al tipo d'impiego che ne sarà fatto dal valutatore. È anzi innegabile che questo utilizzo della *survey* e questa concezione riduttiva della partecipazione, giustamente stigmatizzati da Altieri, siano connessi ad un più generale problema di relazioni tra conoscenze, valori e ruolo dello scienziato sociale tuttora oggetto di ampio dibattito [cfr. House e Howe 1999]. Vorrei anzi rilevare come diversi autori nel volume colgano i rischi connessi alla deriva populistica che un'improvvida affermazione della sovranità del consumatore, e per essa della sovranità della *customer satisfaction*, potrebbe generare. Bene fa dunque Altieri a preoccuparsi di analizzare l'evoluzione dei modelli di partecipazione e di costruire un percorso di metodologia (o meglio di tecniche e strumenti) della ricerca valutativa che corrobora la concezione pluralistica delineata in premessa, fondata, come si è detto, sulla centralità dell'utente.

È questo anche il *focus* del brano di Giarelli, le cui appropriate e pertinenti osservazioni alla tanto osannata *customer satisfaction* (come si è detto, quasi sempre declinata in termini di rilevazione campionaria dall'incerta impostazione metodologica) sono pienamente condivisibili. Vorrei anzi aggiungere che i limiti della *customer* sono speculari a quelli delle ISO 9000 e non è un caso né che entrambe abbiano conosciuto un grande successo, soprattutto nel nuovo mercato degli enti pubblici e degli operatori nei servizi pubblici alla persona, né che siano state in qualche

2. Mi riferisco in particolare e in primo luogo a Stame [1998], documentatissimo testo sui diversi approcci al tema della valutazione, ripreso e aggiornato in Stame [2001], ma anche a Bezzi [2001], Bezzi e Palumbo [1998], Palumbo [2001], Morisi e Lippi [2001].

modo combinate nella nuova serie delle VISION. L'accento posto sulle procedure come predittive dei risultati, piuttosto che sui risultati stessi, e la riduzione del punto di vista del cittadino alla *survey* rispondono infatti perfettamente ad una concezione sostanzialmente burocratica (e quindi non ansio-gena) della qualità, in grado di far dormire sonni tranquilli a dirigenti e funzionari pubblici.

La critica di Giarelli è accuratamente argomentata e la sua lettura è caldamente raccomandata sia al metodologo che al portatore di interessi sostantivi, perché tocca sia gli aspetti teorico-concettuali che quelli più propriamente metodologici e il loro impatto sui sistemi sanitari. A seguito delle proprie riflessioni l'Autore giunge ad affermare che ciò che definiamo "soddisfazione" è "il risultato di una costruzione sociale culturalmente determinata la cui natura complessa ha probabilmente poco a che vedere con una reale valutazione dei servizi sanitari dal punto di vista del soggetto" (p. 137) e che "il concetto di soddisfazione appare del tutto *ungrounded*, puramente ideologico e quindi inutile" (p. 141), in senso conforme si veda anche Lo Schiavo [1999]. Di qui la proposta di integrazioni (di vario tipo e portata epistemologica) tra approcci qualitativi e quantitativi, corredata da utili esemplificazioni e riferimenti alla ricerca internazionale. Sul tema sono assai utili anche gli approfondimenti contenuti nel successivo saggio di Maturo, che a sua volta punta il dito su equivoci e debolezze del concetto di qualità percepita e bene sottolinea come fiducia e soddisfazione siano due cose piuttosto diverse e che non è bene (per l'utente) che l'analista sovrapponga l'una all'altra, ovvero misuri l'una e dichiari di aver misurato l'altra. Tutti interessanti gli altri saggi della parte, dedicati alle altre forme di partecipazione del cittadino, dagli URP

ai Tribunali del Malato (in relazione inversa d'importanza, in quanto i primi stanno progressivamente "spiazzando" i secondi); cito esplicitamente il saggio di Serapioni perché apre un'interessante finestra su forme di partecipazione dei cittadini (*Citizens' juries* e Comitati Consultivi Misti) al cui interno lo scienziato sociale non assume più il ruolo di "mediatore cognitivo" tra gli utenti e le organizzazioni, ma quello di "facilitatore" del dialogo tra le due parti: un tema di crescente interesse per il metodologo, che anche nella letteratura più specificamente valutativa si va facendo strada [cfr. Stagi 2001].

Nella parte dedicata al punto di vista delle organizzazioni si segnala in particolare il contributo di Renata Cinotti sull'evoluzione del concetto di accreditamento, da autoregolamentazione professionale a regolamentazione pubblica (leggibile come passaggio dalla dominanza del punto di vista dell'operatore alla dominanza di quello delle organizzazioni). In linea generale tuttavia mi pare di riscontrare che il tentativo di ricondurre il punto di vista dell'utente a quello dell'organizzazione, presente in tutti i contributi, non porti a risultati tali da pensare di dover abbandonare gli specifici strumenti e strategie di ricerca trattati nella parte precedente. In breve, una lettura sociologica di questi contributi giunge alla conclusione che il punto di vista dell'organizzazione ha prodotto importanti definizioni di qualità e numerosi modi per misurarla, ma avviene decisamente irrealistico nella misura in cui si allontana dal (o si ignora il) punto di vista dell'utente. Come detto in precedenza, anche la parte dedicata al punto di vista del professionista sembra dominata dall'esigenza di includere questa prospettiva all'interno di una concezione di qualità forgiata ad uso prevalente, anche se non esclusivo, delle organizzazioni. Per contrappunto, si segnala invece l'autonomia e l'inte-

resse del contributo conoscitivo recato dalla *Evidence-Based Medicine* di cui tratta il saggio di Iovine.

In sintesi, un testo molto ricco ed articolato, sistematico nella misura in cui questo è consentito dalla relativa conciliabilità dei tre punti di vista e dalla prospettiva adottata dai singoli autori. L'impressione che un valutatore non esperto del tema specifico ricava dalla lettura del volume (oltre ad una salutare riduzione della sua ignoranza della materia) è che in ambito sanitario si tenda a parlare di qualità piuttosto che di valutazione, aprendo in tal modo la strada ad approcci aziendalisti il cui fascino e utilità sono sicuramente sopravvalutati. L'intero volume mi sembra, sotto questo profilo, proporre una concezione secondo la quale il punto di vista dell'utente costituisce una prospettiva ineludibile, che legittima sia lo sviluppo di autonome strategie e tecniche di ricerca, sia la robusta integrazione delle prospettive calibrate sull'organizzazione. La centralità dell'utente è anzi il filo rosso che i vari autori pazientemente tessono nelle varie trame dei loro saggi e che tutti noi, persone dall'incerta salute e dalla potenziale malattia, auspichiamo di ritrovare anche nelle prestazioni delle organizzazioni e dei professionisti della salute.

Mauro Palumbo

Riferimenti bibliografici

- Altieri L. (1987), *La ricerca valutativa negli interventi sociali*, in Guidicini P. (a cura di) (1993), *Nuovo manuale della ricerca sociologica*, 10^a ed., Angeli, Milano.
- Bauman Z. (1999), *La società dell'incertezza*, Il Mulino, Bologna.
- Bezzi C., Palumbo M. (a cura di) (1998), *Strategie di valutazione. Materiali di lavoro*, Irres Gramma, Perugia.
- Bezzi C. (2001), *Il disegno della ricerca valutativa*, Angeli, Milano.
- Bourdieu P. (1983), *La distinzione*, Il Mulino, Bologna.
- Cipolla C. (1988), *Teoria della metodologia sociologica*, Angeli, Milano.
- Cipolla C. (1997), *Epistemologia della tolleranza*, 5 voll., Angeli, Milano.
- Commission Européenne (C.E.) (1999), *Fonds structurels communautaires, 1999, Évaluer les programmes socio-économiques*. Collection Means, 6 voll., Office des publications officielles des Communautés européennes, Luxembourg.
- Dunn W.N. (1994), *Public Policy Analysis: An Introduction*, Prentice Hall, Englewood Cliffs (1^a ed. 1981).
- Fetterman D.M., Kaftarian S.J., Wandersman A. (eds.) (1996), *Empowerment Evaluation. Knowledge and Tools for Self-Assessment & Accountability*, Sage, Thousand Oaks.
- Giarelli G. (1998), *Sistemi sanitari. Per una teoria sociologia comparata*, Angeli, Milano.
- Guba E., Lincoln Y. (1989), *Fourth Generation Evaluation*, Sage, Newbury Park, Ca.
- House E.R., Howe K.R. (1999), *Values in evaluation and social research*, Sage, Thousand Oaks, Ca.
- La Rosa M. (1996), *Riflessioni sulla valutazione*, "Tutela. Trimestrale di politiche sociali", XI, n. 1-2.
- Lo Schiavo L. (1999), *Le misure di qualità e la customer satisfaction*, in Azzone G. e Dente B. (a cura di) (1999), *Valutare per governare. Il nuovo sistema dei controlli nelle Pubbliche Amministrazioni*, Etas, Milano.
- Morisi M., Lippi A. (a cura di) (2001), *Manuale di Scienza dell'Amministrazione. La valutazione*, Giappichelli, Torino.
- Palumbo M. (2001a), *Il processo di valutazione. Decidere, programmare, valutare*, Angeli, Milano.
- Palumbo M. (2001b), *Qualità ed efficacia nei servizi: convergenza o coincidenza?*, "Politiche Sociali e Servizi", III, 1.

- Patton M.Q. (1999), *Utilization-focused Evaluation. The New Century Text*, 3^a ed., Sage, Thousand Oaks, Ca.
- Scriven M. (1991), *Evaluation Thesaurus*, 4^a ed., Sage, Newbury Park, Ca.
- Scriven M. (1993), *Hard-Won Lessons in Program Evaluation*, "New Directions in Program Evaluation", n. 58, Jossey-Bass, San Francisco.
- Stagi L. (2001), *Forme di cooperazione per la conoscenza e la decisione*, paper presentato al Convegno Nazionale "Qualità e quantità nella valutazione", Genova, 14 dicembre.
- Stame N. (1998), *L'esperienza della valutazione*, Seam, Roma.
- Stame N. (2001), *Gli usi della valutazione*, in Palumbo M. (2001a), *op. cit.*

■
Jean de Kervasdoué

La qualité des soins en France

Les Éditions de l'Atelier/Éditions Ouvrières, Paris, 2000,
pp. 180, € 9,15.

Il sistema sanitario francese, a differenza di quanto è accaduto e accade negli Stati Uniti e negli altri paesi industrializzati dell'Europa occidentale, non è ancora stato attraversato da un'ondata di radicale trasformazione. Ciò non significa, ovviamente, che nulla è stato fatto in questo paese, ma che i tentativi di riforma del sistema sanitario francese, che si sono succeduti a partire dall'inizio degli anni '80, non hanno modificato, se non in minima parte, la situazione sanitaria, che appare oggi caratterizzata da una certa staticità³.

È a partire da queste considerazioni che il volumetto *La qualité des soins en France* assume un certo rilievo

all'interno di un contesto che potrebbe essere definito come il risultato di una riforma mancata.

Jean de Kervasdoué, economista sanitario, dal 1997 è professore titolare della cattedra di Economia e gestione dei servizi sanitari presso il *Conservatoire National des arts et des métiers* (CNAM) e da diversi anni si occupa di analisi del sistema sanitario. Tra le sue ultime pubblicazioni ricordiamo, infatti, *La santé intouchable*, pubblicato nel 1996 presso la casa editrice Jean-Claude Lattès e *Santé: pour une révolution sans réforme*, uscito nel 1999 per le Éditions Gallimard.

L'autore pone al centro della propria riflessione il tema della qualità delle cure e dei servizi sanitari. Si tratta di uno degli argomenti che, da diversi anni, informano il dibattito di studiosi esperti e professionisti del settore, nel tentativo di migliorare i servizi e le prestazioni di carattere sanitario. La Francia, secondo quanto espresso da de Kervasdoué, sembra essere ancora lontana dall'aver trovato una soluzione, o, perlomeno, dall'aver attuato un significativo e duraturo percorso di miglioramento della qualità del proprio sistema sanitario.

Punto di partenza dell'analisi proposta è il tentativo di trovare una chiara e puntuale definizione del concetto di qualità, in particolare di qualità delle cure. L'Autore, successivamente, passa alla descrizione delle strategie politiche necessarie per poter mettere in atto un processo di reale miglioramento della qualità delle cure e dei servizi sanitari. Infine, l'accento viene posto maggiormente sugli aspetti operativi e, dunque, sulle modalità di implementazione di tale percorso.

La qualità viene indicata come il risultato dell'incontro di diversi fattori e,

3. Cfr. il saggio di C. Herzlich, in C. Cipolla (a cura di) (2002), *Trasformazione dei sistemi sanitari e sapere sociologico*, Angeli, Milano.

per questa ragione, l'autore insiste sulla necessità di considerare differenti variabili nella analisi della stessa. Senza tale sforzo di definizione, egli afferma, pare addirittura impossibile poter concepire un progetto o un percorso di promozione della qualità. Tale concetto, infatti, risulta troppo spesso abusato nelle discussioni e nei programmi di trasformazione della politica e della pratica sanitaria, senza una reale presa di coscienza di quanto comporti la realizzazione di tali progetti. Ad esempio, parlare di qualità delle cure all'interno di un ospedale significa prendere in considerazione i vari punti di vista dei soggetti coinvolti nel normale e quotidiano svolgimento delle attività di cura (da quello del personale medico ed infermieristico, a quello del personale amministrativo, fino a quello dei pazienti e dei propri familiari), le dimensioni da valutare ("compassione, continuità, efficacia, efficienza, possibilità di accesso, disponibilità") e gli ambiti di analisi ("Strutture, Processi e Risultati"). La gestione della qualità delle cure e dei servizi sanitari può essere allora considerata come un percorso il cui punto di partenza è rappresentato da una loro chiara e puntuale identificazione e dalla definizione del concetto di qualità, per passare poi alla sua misurazione, alla ricerca di procedure adeguate a tale scopo e alla loro valutazione. Parlare di una visita medica, infatti, non è esattamente la stessa cosa che parlare di una operazione chirurgica o di un ricovero ospedaliero e, per questa ragione, occorre definire in maniera precisa l'oggetto dell'analisi e della valutazione.

Secondo l'Autore è necessario e indispensabile adottare specifiche politiche di gestione e di promozione della qualità delle cure e dei servizi sanitari, che non possono essere ricondotte semplicemente ad un maggiore coinvolgimento del paziente/utente dei ser-

vizi stessi. Non è sufficiente, afferma a tale proposito de Kervasdoué, valutare la qualità delle cure, delle prestazioni e dei servizi sanitari attraverso i questionari di soddisfazione somministrati ai pazienti. Il paziente, infatti, in quanto utente dei servizi sanitari è in grado di effettuare una valutazione soltanto di una piccola parte della qualità dei servizi. Il paziente, ed eventualmente i suoi familiari, possono esprimere un giudizio su una serie di elementi quali: l'accesso ai servizi, l'accoglienza, il comfort alberghiero, la presa in carica da parte del personale sanitario. Sarà più difficile, invece, che essi siano in grado di valutare la qualità delle cure ricevute, come ad esempio l'adeguatezza di determinati trattamenti, l'efficacia delle prescrizioni, la necessità di visite specialistiche e di analisi di laboratorio.

La medicina ha fatto enormi progressi: la conoscenza medica è in continua evoluzione; gli ambiti di intervento e le attività professionali sono diventati sempre più specialistici; le tecniche e le tecnologie utilizzate sempre più sofisticate. Di fronte a tale complessità è necessario allora utilizzare metodologie di valutazione dei servizi e delle cure sanitarie allo stesso tempo universali (vale a dire riferibili non soltanto al contesto locale, ma riconosciute anche in ambito nazionale ed internazionale) e locali (legate, cioè, alle caratteristiche peculiari di ogni realtà considerata ed alla definizione delle priorità, quindi alla scelta di ciò che deve essere valutato caso per caso). Ad esempio, non è detto che le generali indicazioni riguardanti le procedure di disinfezione delle sale operatorie, accettate e promosse dalla comunità medico-scientifica a livello internazionale, siano effettivamente le stesse seguite nelle varie realtà locali, dove differenze significative possono essere rappresentate dalle caratteristiche strut-

turali e architettoniche degli edifici, da elementi economici e da considerazioni di carattere più propriamente medico.

L'implementazione di un processo di miglioramento della qualità delle cure e dei servizi sanitari sembra, dunque, passare attraverso la individuazione di indicatori quantificabili, misurabili e soprattutto riproducibili nel tempo e nello spazio. Pare inoltre necessario investire nella implementazione di un sistema di informazioni accessibile, sia da parte dei professionisti sia da parte del pubblico, in grado di fornire quegli indicatori necessari per la valutazione della qualità dei servizi e delle cure. Tuttavia qualsiasi programma di trasformazione, per avere successo, deve necessariamente implicare un mutamento di carattere culturale. Il prerequisito essenziale per la riuscita del processo di miglioramento della qualità delle cure resta, comunque, un completo rovesciamento dell'atteggiamento culturale individualista, imperante in Francia, che conduca i vari soggetti coinvolti, i medici in particolare, a considerare necessaria e non coercitiva l'appartenenza ad un'organizzazione che ha, tra gli altri, il compito di lavorare per assicurare ai propri pazienti la erogazione e la distribuzione di cure e servizi di qualità.

L'analisi proposta da de Kervasdoué appare un interessante ed apprezzabile tentativo di movimentare la staticità del sistema sanitario francese (con utili ricadute anche per il sistema italiano), ma l'approccio essenzialmente economico dell'autore, nonostante alcuni vivaci spunti di carattere psico-sociologico legati soprattutto al ruolo del *patient/usager* (paziente/fruitori) dei servizi sanitari e alla dimensione socio-culturale della professione medica,

sposta l'attenzione verso la qualità gestionale, trascurando invece la qualità percepita e quella professionale⁴, spostamento, per altro, effettuato con lodevole chiarezza e sinteticità.

Nonostante l'Autore, all'inizio della sua riflessione, sottolinei l'importanza di considerare diversi punti di vista per una più completa valutazione della qualità delle cure e dei servizi sanitari, di fatto sposta l'accento quasi esclusivamente sulla necessità di trovare adeguate modalità tecniche di valutazione e di gestione della qualità, tradendo in tal modo una certa propensione a favore della dimensione organizzativo-manageriale del sistema.

Una più attenta analisi della qualità dei servizi sanitari è, invece, quella che pone allo stesso livello tre punti di vista essenzialmente diversi ma complementari: quello dell'organizzazione, che sottolinea l'importanza della dimensione *organizzativo-gestionale* della qualità; quella del professionista, che privilegia la dimensione *tecnica*, e quella del cittadino, che è portatore della cosiddetta dimensione *relazionale*. È soltanto attraverso una integrazione di questi differenti punti di vista e di queste diverse dimensioni, infatti, che pare possibile avviarsi verso un processo di reale valutazione integrata della qualità, che superi definitivamente gli squilibri dovuti alla volontà di privilegiare una dimensione piuttosto che un'altra, secondo una logica di tipo multidimensionale: "Insomma, la nuova stagione della qualità che in questo inizio del XXI secolo sembra delinearsi è quella della *valutazione integrata* quale premessa necessaria per una *gestione integrata* della qualità stessa dei servizi sanitari"⁵.

Stefania Florindi

4. Cfr. C. Cipolla, G. Giarelli e L. Altieri (a cura di) (2002), *Valutare la qualità in sanità*, Angeli, Milano.

5. G. Giarelli, *Conclusioni. Le connessioni possibili: i sistemi di miglioramento della qualità*, in C. Cipolla, G. Giarelli e L. Altieri, *op. cit.*, p. 433.

Ivan Cavicchi

Salute e Federalismo

Bollati Boringhieri, Torino, 2001,
pp. 252, € 15,49.

Il tema del federalismo è tra quelli ricorrenti del dibattito politico e scientifico di questi anni. In particolare, sotto le vesti spesso succinte del regionalismo, esso è venuto interessando sempre più, se non quasi esclusivamente, la sanità assunta nei suoi vari aspetti.

È lungo questa dimensione e senza troppi infingimenti che si muove il testo che qui recensiamo scritto da Ivan Cavicchi, da anni attento analista dei mutamenti socio-sanitari nel nostro paese.

Il volume interpreta in realtà in modo originale un percorso che viene da lontano e che aspira a farsi per l'Autore percorso progettuale e spendibile, inglobando in sé riflessioni pregresse e sviluppando temi dentro, ma anche oltre, il federalismo.

A partire dalla coraggiosa e pionieristica *Salute Nova: per una nuova teoria della salute, oltre il paradigma della tutela* (Coop. Il Manifesto, Roma, 1984) per giungere, attraverso varie tappe, alla recente e paradigmatica *La medicina della scelta* (Bollati Boringhieri, Torino, 2000), l'Autore segue un percorso coerente ed insistito che traccia le coordinate generali, i quadri astratti ed epistemologici, le linee guida emblematiche di o per una salute intesa quale "emancipazione dell'uomo" (p. 9).

Anche la presente opera si colloca pienamente (con qualche ripetizione) dentro questi quadri generali, a partire dalla medicina della scelta, intesa quale "alternativa" ad una sanità che si limiti al semplice razionamento economico della cura (p. 156). Essa è apertura al diversamente possibile; è compatibilità più adeguata; è pluralismo operativo ed

epistemologico; è convenienza, accordo, democrazia; è ipotesi né vera né falsa; è situazione e praticabilità situazionale.

Dato ciò, anche il federalismo non può che seguire percorsi o strade del tutto analoghe e conseguenti, se vuol essere tale in senso proprio e se vuole contribuire veramente al miglioramento della qualità della vita dei cittadini.

In tale prospettiva, l'Autore propone nella prima parte del volume, quella più interessante ed innovativa ai nostri fini, un'immagine ed una strategia federale che si fonda su standard di assistenza non più uniformi (universali) su base nazionale, ma tarati (senza discriminazioni) su base locale; che rinuncia alle necessità mediche a priori per passare a verità di fatto a posteriori (risultato, stati di cose, contingenze, ecc.); che si sottrae al "sempre vero" o ad una concezione delle "linee guida", dei protocolli "diagnostico-terapeutici" sempre uguali a se stessi per aprirsi al conveniente qui ed ora ed al pragmatico.

Una autentica medicina federalista (da cui derivare la sanità) dovrebbe superare ogni riduzionismo, ogni monismo biologico, ogni dogmatismo, per rifarsi all'intero (identità) e riferirsi ad una comunità (termine e concetto ricorrenti nel testo). Essa dovrebbe riconoscere le differenze e la molteplicità, "nel tentativo di accogliere una sorta di principio della tolleranza" (p. 43) in un'ottica di parità, sussidiarietà, solidarietà a livello comunitario. In tal senso una prospettiva federale della salute si traduce in adeguamento alle esigenze locali, in partecipazione, in comunità dotata di propria concreta virtù, capace di autogoverno (della salute) e di indipendenza (oltre la pura tutela). Il diritto effettivo, la predestinazione, il lavoro concreto si impattano così necessariamente con un "interlocutore sociale ben definito: la comunità" (p. 91), che non può che domandare e/o trasforma-

re la sanità in responsabilità, etero-riferimento, combinazioni inedite, operatività creatrice, giustizia palpabile ed in grado di superare se stessa e la propria omologazione a favore di una aristotelica “buona vita” che sia giusta ed equa (cioè difforme) nello stesso tempo.

Solo se tenderà a raggiungere queste mete, il federalismo potrà dirsi utile e fecondo, “emancipante” per un malato/cittadino sempre più “esigente”, altrimenti esso tradirà se stesso e si limiterà semplicemente ad enfatizzare i vizi amministrativi del vecchio Servizio Sanitario Nazionale.

Credo che le posizioni espresse siano in linea di massima condivisibili e ben rappresentino un’epistemologia della salute che si muove (concretamente) nella prospettiva dell’integrazione fra globale e locale, del multiculturalismo, della cittadinanza partecipe, della compatibilità fra più dimensioni dirimenti (economica, morale, amministrativa, politica), della tolleranza coesistente fra più visioni e prassi del mondo (cfr. C. Cipolla, *Epistemologia della tolleranza*, Angeli, Milano 1997, 5 voll.), dunque una sfida ed una indicazione che, per quanto a volte obbligatoriamente un po’ astratte e complesse, non possono essere facilmente disattese e ignorate, senza pagarne i prezzi conseguenti.

Un solo punto problematico vorrei porre, però, in evidenza in una prospettiva squisitamente sociologica, per quanto centrale. L’Autore, l’abbiamo già visto, si appella ricorrenemente al concetto di “comunità” per dare senso ed anima al suo approccio. Ma cos’è oggi la comunità? Quale ambito possiede? Sotto quali vesti esiste o cammina? In quali ambiti sociali si palesa o si rintana?

Lasciando stare il lontano, integralista e dicotomico (per quanto classico) approccio di Tönnies, sfumando la prospettiva filosofica approssimativa, cioè

senza vigore empirico, dei neo-comunitaristi alla McIntyre possiamo rifarci alla raffinata concezione della comunità, così come intesa da MacIver (cfr. L. Allodi, *Quello che non è di Cesare*, Angeli, Milano, 2000). Anch’egli, come Cavicchi, ambisce alla “vita buona” attraverso il ricorso alla comunità, intesa quale vita comune (in fase di continua differenziazione) fondata su individui autonomi, costruttivi, conviventi sullo stesso territorio (*locality*) e orientati nell’ottica di un sentire condiviso (*community sentiment*). Detto altrimenti la comunità, nella società complessa, è tante comunità tra loro coordinate, senza assoluti o gerarchie vincolanti, in cui universale (lontano) e particolare (vicino) sono, in tal modo, riconciliati e resi “laici”.

Supponiamo che sia questo, grosso modo e con tutte le eccezioni del caso, il concetto di comunità che sta alle spalle dell’approccio in questione e/o che su questa base esso possa essere, almeno alla larga, legittimista. Possiamo, allora considerare la comunità una risorsa? Possiamo assimilarla ad altro da sé, alla società civile (che spesso è incivile), all’economia sociale (che non basta mai a se stessa), alla società *tout court* (che, però, ingloba tutto) o a che cosa d’altro?

Ritengo che a queste domande non si possa rispondere che negativamente. Non credo, infatti, che, comunque la si voglia definire (salvo la sua perdita di dirimenza metodologica), sia oggi possibile, nelle società comunicazionali, reperire luoghi, contesti, ambiti, nei quali la “comunità” possa esistere come tale, anche in versioni laiche e plurali come quelle dette e, qualora ciò potesse accadere (come possibile), tale comunità difficilmente si potrebbe trasformare in un interlocutore significativo per la salute/sanità. Oggi la “comunità” è di fatto sostituita dai fenomeni “mondi della vita” e dalle “reti

sociali primarie” (cfr. in *Epistemologia della tolleranza* le voci relative alle pp. 466 ss. del primo volume e 2443 ss., del quarto volume): luoghi generatori di pienezza di senso, non residuali e senza specifici vincoli territoriali. Ciò rende più difficile la comprensione della partecipazione sanitaria, la sua prevedibilità, il suo orientamento valoria-

le, la sua opzione pro/contro, il suo stesso localismo/universalismo. Ma ciò apre ulteriori fronti, altri percorsi di indagine e di spendibilità, anche se a partire dal modello di federalismo, non ipocrita e strumentale, congruamente argomentato ed autorevolmente espresso in questo volume.

Costantino Cipolla