

RECENSIONI

Costantino Cipolla (a cura di)
Trasformazione dei sistemi sanitari e sapere sociologico
Angeli, Milano 2002,
pp. 279, Euro 20.

In genere, pubblicare gli atti di un qualche convegno non è mai questa grande operazione culturale (naturalmente esiste convegno e convegno). Gli atti soddisfano le esigenze della memoria e il compiacimento di persone che altrimenti non avrebbero la possibilità di pubblicare le loro idee, ma proprio perché "atti" e non "saggi" si leggono male, spesso vi è sovrapposizione di tematiche, quasi sempre indulgono in formule di apertura e di chiusura burocratiche (i saluti, i ringraziamenti, i rimandi a questo e a quello) che annoiano e spremano della carta preziosa.

Ma forse il loro limite più cospicuo è che mentre un saggio dipende dall'organizzazione mentale, culturale e scientifica di un autore, quindi dalla sua ideazione, cioè è un risultato privato, gli atti dipendono dall'organizzazione del convegno, cioè sono un risultato pubblico, che proprio perché tale deve tener conto di esigenze che a volte nulla attengono all'ideazione.

Per fortuna il libro curato da Costantino Cipolla, *Trasformazione dei sistemi sanitari e sapere sociologico*, nasce da un convegno ben organizzato,

da un lavoro selettivo molto appropriato, da una concatenazione di tematiche molto ben ponderata e soprattutto da un notevole lavoro di editing, che poi è quello che non fa sprecare la carta.

L'impressione che si ha è di un vero e proprio saggio collettaneo nel quale il lavoro di ideazione è sicuramente corale, ma mantenendo il carattere privato del punto di vista e la forma pubblica, quella della discussione e del confronto e non quella del conglomerato.

Capire le disposizioni delle tematiche in un libro è importante quanto decidere i posti da assegnare intorno ad una tavola per cena. Criteri di contiguità, di discorsività, ma anche di compatibilità, di relazionalità, di opportunità fanno in modo che gli invitati abbiano il vicino giusto, siano distanti e vicini in modo conveniente e abbiano l'importanza che meritano, ma soprattutto siano gruppi nel gruppo.

Quali invitati in questo libro? In primo luogo il gruppo degli altri (Ziglio, Fennell, Hughes, Herzlich, Stossel), quelli che ci aiutano a capire il mondo fuori dal nostro mondo, cioè che ci parlano della sociologia e della medicina, della sanità, della salute negli Stati Uniti, nel Regno Unito, nella Francia e nella Germania.

Ne risulta un affresco internazionale molto istruttivo.

In secondo luogo il gruppo degli autoctoni (Donati, Colozzi, Bottari), che fanno sostanzialmente la stessa cosa

per l'Italia e devo dire anche con efficacia.

In terzo luogo un paio di *single* (De Virgilio e Giarelli) che rispettivamente analizzano l'indagine sociologica e i suoi problemi, quindi lo strumento che tutti gli altri implicitamente usano per dire quel che dicono.

Il tutto introdotto da un anfitrione come Costantino Cipolla, attento e amabile come si conviene ad un padrone di casa.

Leggere la sua introduzione aiuta a capire come sia possibile scrivere un lavoro di 3000 pagine come *Epistemologia della tolleranza*. Secondo me Cipolla ha "l'inventario" nel sangue, cioè una capacità non comune di analizzare il mondo delle cose e di ordinarlo sociologicamente. Egli distingue ben dieci approcci al problema del rapporto sociologia/medicina/sanità/salute, riuscendo a configurare la tematica come una formula aperta "sociologia (x)", e assegnando ad x ben 10 valori diversi (pragmatico, biomedico, struttural-funzionalista, marxista, fenomenologico, critico, relazionale, eco-sistemico, goffmaniano, correlazionale). Quindi passa in rassegna le principali questioni legate al nuovo sapere sociologico in rapporto alla salute (cittadino, partecipazione, relazione terapeutica, educazione, servizi e strutture sanitarie, ecc.), tra queste indica le principali priorità politiche, come ad esempio la relazione terapeutica, e su questa elenca con assoluta precisione ben nove "modi di essere" (paternalistico, contrattuale, dominanza medica, normativo, relazionalità attivo-comunicativa, negoziale, economico-capitalistica, scienzista-positivista, giusta soddisfazione). Discute di "consenso informato" (avendo cura di distinguere ben dieci punti rilevanti) per finire con una sintesi degli argomenti trattati, autore per autore (anch'essi dieci di numero. Rammento che il numero dieci per i pi-

tagorici aveva un valore emblematico, la divina Tetraktys, sulla quale pronunziavano i loro giuramenti).

Ne esce uno straordinario "inventario" di problemi e di questioni, senza il quale chi fosse interessato a questi temi dovrebbe consultare "decine" e "decine" di volumi, quindi prezioso come rassegna, come panoramica, ma soprattutto come base di lancio di ciò che Cipolla chiama *la sociologia della salute*, già sociologia della medicina, già sociologia sanitaria.

Si comprende così come il suo "inventario" alla fine altro non è se non un'organizzazione di idee sociologicamente ordinate per descrivere un processo evolutivo e trasformativo del pensiero sociologico.

Il rapporto salute/società in Cipolla occupa uno spazio tra domini, ma senza essere un interstizio. L'ottica non è "né strettamente medica", "né di stampo puramente economico sanitario". Dio solo sa quanto importante sia una specificità sociologica inter-media, tra i tanti saperi che insistono nel mondo vario della salute, della medicina, della sanità. Due sole osservazioni: nel dibattito sulla sanità si danno come impliciti i concetti di salute e medicina. È un grave errore di impostazione che ci ha condotto a fare una riforma dietro l'altra (si veda l'analisi di Donati sulle "vicissitudini del SSN" e quella di Colozzi sul riordino del SSN), supponendo che, a riforme ordinamentali, corrispondesse l'invarianza dei contenuti. Tant'è che, mentre di riforme sanitarie ne abbiamo fatte troppe, di riforme della medicina non ne abbiamo fatta nessuna, mentre sulla salute ci siamo limitati ad operazioni semantiche sul ministero della sanità.

Da questo punto di vista, la "sociologia della salute" chiarisce bene le differenze, rivendicando per la sanità quale sistema di mezzi organizzato e

per la medicina quale sistema di conoscenze validate, nuovi contenuti e quindi nuove politiche.

La seconda osservazione riguarda l'evoluzione della stessa idea di salute, evoluzione iniziata con la riforma del '78 e che in un quarto di secolo (quindi neanche tantissimo) ha ridiscusso le forme del diritto che la giustificavano, ma anche le teorie di riferimento. L'idea di tutela non scompare, ma deve fare i conti con il concetto di benessere e con quello, a mio avviso, ben più attuale, di vitalità, per i quali le teorie non possono essere né difensivistiche, né presidianti e né paternalistiche, ma di costruzione di condizioni, di predicibilità dei contesti, di partecipazione e di codecisione, ecc.

Il panorama internazionale che il libro ci offre, compresa l'analisi di Giarelli, ci mostra contesti politici diversi, sistemi diversi, dove però si possono individuare delle questioni trasversali. Ne ho notate molte, ma due in particolare meritano una segnalazione: la prima è lo stato della "sociologia (x)" (mantengo lo stratagemma della formula aperta dal momento che nel libro, per questa parte, si danno in contesti diversi definizioni pure diverse), che a me pare problematica ovunque, nel senso che ovunque sembrano prevalere quegli approcci che rispondono a priorità di altro tipo rispetto alla riflessività, alla criticità ed anche alla semplice conoscenza dei rapporti tra salute e società (Donati a questo proposito per l'Italia fa un'analisi molto veritiera).

La difficoltà, a me pare, della "sociologia (x)" è proprio quella di essere inter-media tra i saperi economicistici e quelli biologistici. Il confronto internazionale diventa indispensabile per conoscere le esperienze, le ricerche e le difficoltà degli altri, ma anche per coordinare e provare idee comuni. Ciò per combattere "il mal comune".

La seconda è una forte tendenza ad accentuare, nei vari sistemi sanitari, gli aspetti di "amministrazione" della salute, della medicina. In particolare, la situazione degli Usa mostra come l'atto medico rischi di essere amministrato in dipendenza di questioni finanziarie. La cosa curiosa è che nel momento in cui prendono forma le critiche sul paternalismo, sullo statalismo e, come sottolinea acutamente Colozzi, si prefigura "l'autosviluppo della società civile", sta prendendo piede una tecnocrazia sanitaria (Giarelli, a questo proposito, parla di "paradigma tecnocratico emergente") del tutto esterna all'atto clinico, e che punta ad amministrare i malati amministrando gli operatori e i loro atti.

Non vedo grandi differenze tra l'Inghilterra, la Francia, la Germania, l'Italia e gli Usa. Le differenze le vedo nel grado di e nella forma di ma non nella sostanza. "Managed care, quasi-mercati e clinical governance", come scrive Giarelli, hanno la stessa filosofia di fondo.

Relativamente al nostro paese, le analisi di Donati, di Colozzi e di Bottari sono tra loro complementari. Donati parla di "crisi" del SSN, Colozzi di "ripiegamento autoreferenziale", Bottari di incertezza dei principi e di "destabilizzazione". Si tratta di un quadro che in una situazione di metastabilità del sistema rischia di aggravarsi di fronte alle ambiguità che si celano dietro al concetto di "svolta federalistica".

Come avverte Colozzi, riferendosi all'idea di "rete" non basta evocarne l'immagine per realizzarla. I primi incipienti indizi sugli esiti della devoluzione (si pensi all'assistenza farmaceutica e alla sostanziale differenziazione dei prontuari terapeutici) fanno pensare che la "rete" non sarà una rete fatta come tutte le reti da maglie più o meno larghe, ma un insieme di "pezze" la cui "morfogenesi" dipenderà sostanzial-

mente da ogni singolo rapporto regionale risorse/disavanzo.

In tutto il libro direi che la questione veramente trasversale tuttavia è un'altra: a fronte di scenari istituzionali sanitari e a sempre più complessi rapporti tra salute e società, quale sociologia?

Cipolla, a questo proposito, propone un quadro e un confronto tra "vecchia" sociologia della medicina e "nuova" sociologia della salute. Donati dedica un intero paragrafo al ruolo della sociologia sanitaria e anche gli autori stranieri tentano di descrivere le magagne di questa disciplina.

Nell'insieme l'impressione di un lettore non addentro a questo dibattito potrebbe essere quella di una disciplina debole che per essere forte è pronta a fare di tutto, o che dice di volersi occupare di tante cose e di essere l'unica veramente in grado di farlo. In questo caso impotenza/onnipotenza rischiano di interfacciarsi e i compiti della "sociologia (x)" diventare un elenco di "gusti personali" o di "preferenze".

Ma a parte l'impressione, è evidente che se accettiamo la "sociologia (x)", quale formula aperta, la scelta che assegna i valori alla x, a parte i gusti culturali, va esplicitata con una *scelta sociologica* a monte, che dato il suo essere implicata col mondo ci dice prima di tutto del rapporto tra sociologia e il mondo.

Nella proposta di Cipolla e in quella di Donati, ma anche di Herzlich, di Stossel, ecc., i "mondi" come riferimento della sociologia non sono gli stessi. Per cui, prima ancora di assegnare valori alla x, si tratta di intenderci su una distinzione che propongo tra "predicati" e "relazioni".

La "sociologia (x)", (x) è un predicato della sociologia o è una relazione tra la sociologia e il mondo?

Molti degli accenni del libro fanno pensare ad un elenco di compiti generalmente di studio critico, come se fos-

sero predicati "oggettivi" propri alla sociologia, quando in realtà occuparsi di "partecipazione" di "relazione terapeutica", di "consenso informato", di "sistemi organizzati", di "epidemiologia sociale", di "salute" o di "malattia", ecc., altro non è se non un modo di essere *in relazione* della sociologia con problemi, questioni, dibattiti, sistemi, cioè con una realtà come la percepiamo.

Allora cosa vuol dire "essere in relazione"? Prima di tutto, come dice Cipolla, significa pluralismo di approcci e di "paradigmi". Ma se è così, come mai a fronte di tanto pluralismo epistemologico Donati scrive: "la sociologia ha perso un po' di mordente nell'esercizio delle sue capacità conoscitive e critiche al riguardo di ciò che, nel sociale, semplicemente accade: troppo spesso essa sta alla finestra a guardare, tira conclusioni ex-post oppure si fa cassa di risonanza di punti di vista di altre discipline".

Con molta probabilità vuol dire che vi è confusione tra predicati e relazioni, o forse che vi è un pluralismo scoordinato e dispersivo, che vi è difficoltà a chiarire "il proprio oggetto di studio", ma soprattutto che vi sono vere e proprie difficoltà di relazione con i tanti mondi ai quali ci si deve riferire. Ma se sono vere tutte queste difficoltà, quali le responsabilità della disciplina e quali le responsabilità del mondo?

Penso che "sociologia (x)" debba essere una formula aperta nella quale la variabile sia la x, ma non la sociologia. L'apparato concettuale di base organizza tutti i suoi predicati, quali contenuti, e chiarito ciò decide la relazione tra di essi e il mondo.

Una formula "x(x)" non ha senso. Una formula "sociologia (x)", (x) è la *relazione* tra la sociologia e il mondo, non l'*insieme di predicati*, perché questi sono già tutti nel concetto di sociologia.

La responsabilità della disciplina sta nel chiarire il suo essere in relazione, cioè il decidere *come* essere sociologia sapendo di aver chiarito già *cosa* è la sociologia.

Essere in relazione con il mondo significa interpretare il mondo, conoscerlo, averne un'idea e proporsi ad esso.

Come proporsi non è solo un problema di utilità, di valore aggiunto, di offerta di sapere (si rischia la visione illuministica di un mondo che non è vero che non aspetta altro che sapere), ma anche di strategia, di spazi pieni e di spazi vuoti, di interpretazione del conflitto, di alleanza, di legittimazione e di riconoscimento sociale e, alla fine, di potere negoziale.

Cosa offre la "sociologia (x)"? Quali i servizi? Le prestazioni? Rispetto a quale domanda? Quella dei direttori generali delle ASL? Degli assessorati? O quella dei cittadini? O quella più pomposamente sociale?

Qualsiasi sociologo di buon senso risponderebbe: "dipende". E da cosa? Un conto è essere un dipendente della ASL, un conto è lavorare all'università, un conto è fare l'intellettuale. E questo sociologo avrebbe ragione. Sì, "dipende", e dipende dalla "relazione" che lui ha con il suo mondo. Credo che la sfida sia proprio questa: stabilire un sapere le cui relazioni con il mondo siano libere, sapendo noi per primi che non si può dare un significato di base alla "sociologia (x)" pensando che sia ininfluenzabile dal suo significato contestuale.

Alla domanda "cosa è la sociologia (x)", la *risposta* è: la sociologia è(x) "dipende".

Trasformazione dei sistemi sanitari e sapere sociologico è un libro che va considerato una tappa importante di una riflessione che per sua natura sembra destinata a protrarsi nel tempo.

Ivan Cavicchi

■
Mario Cardano, Moreno Demaria,
Francesca Vannoni

L'anomalia del lavoro autonomo.

Lo stato di salute dei lavoratori

autonomi a Torino e in Piemonte

Edizioni Libreria Stampatori, Torino
2001,

pp. 135, Euro 12.

La relazione tra posizione sociale e salute rappresenta uno degli ambiti di studio maggiormente praticati dalla epidemiologia e dalla ricerca sociale applicata in ambito medico. Fin dalle sue origini, l'approccio medico-sociale si è infatti caratterizzato in quanto modello centrato sull'imputazione causale delle malattie alle concrete organizzazioni societarie, specie dall'età industriale, ponendo spesso un'attenzione critica alla relazione tra diseguaglianze sociali e salute [Ardigò 1997: 40].

La ricerca diretta da Mario Cardano sullo stato di salute dei lavoratori autonomi a Torino ed in Piemonte si inserisce bene in tale tradizione, analizzando la relazione tra stratificazione sociale e condizioni di salute e non mancando di evidenziare in tale relazione aree ancora inesplorate e fenomeni apparentemente anomali.

Come sottolineano gli stessi Autori, "tra i lavoratori autonomi, i titolari di imprese individuali, che svolgono la loro attività senza il supporto di dipendenti, mostrano un profilo epidemiologico sistematicamente meno favorevole degli operai specializzati e talvolta peggiore di quello degli operai comuni. Mostrano, cioè, un profilo epidemiologico peggiore di quello osservato tra coloro che ricoprono una posizione sociale ad essi subordinata" (p. 12).

È questa "l'anomalia del lavoro autonomo" della quale si propone di dar conto la ricerca, finanziata dal Ministero del Lavoro e pubblicata con il contributo della Regione Piemonte, del

Ministero della Salute e dell'Università degli Studi del Piemonte Orientale, attraverso un'accurata e approfondita analisi della mortalità e morbosità dei lavoratori autonomi piemontesi.

Particolarmente accurata, non solo per i risultati evidenziati ma anche dal punto di vista metodologico e tecnico, è l'analisi contenuta nella prima parte della ricerca sul profilo epidemiologico dei lavoratori autonomi.

L'indagine viene infatti condotta sulla base della documentazione empirica raccolta nell'archivio dello Studio Longitudinale Torinese, un sistema informatizzato di monitoraggio della mortalità e delle morbosità della popolazione torinese.

L'archivio raccoglie per tutti i soggetti residenti a Torino, che risultano censiti almeno una volta negli anni 1971, 1981 o 1991, le informazioni sociodemografiche rilevate in almeno uno degli ultimi tre censimenti della popolazione. Tali dati sono inoltre raccordati ad informazioni di fonte anagrafica e sanitaria, che consentono per ciascun individuo censito, da un lato, di seguire eventi come la mortalità e le cause di morte, l'emigrazione e l'immigrazione, la nuzialità e la nascita di figli vivi per una donna residente, dall'altro, consentono di ripercorrere la storia sanitaria individuale attraverso eventi quali il ricovero per causa, la prescrizione farmaceutica per tipo di farmaco, l'incidenza di un caso di tumore ed altri eventi oggetto di registri di patologia più specifici.

Se dunque la definizione delle variabili relative allo stato di salute fa principalmente riferimento alle categorie tradizionali della epidemiologia e della medicina sociale, per quanto riguarda l'individuazione e la definizione delle variabili relative alla posizione sociale gli Autori utilizzano una versione modificata dello schema, di matrice neweberiana, messo a punto da Schiz-

zerotto e colleghi [De Lillo e Schizzerotto 1985; Schizzerotto 1993; Cobalti e Schizzerotto 1994], che rappresenta la posizione sociale degli individui in termini di classe sulla base del possesso di quattro distinte risorse di dominio, vale a dire il possesso dei mezzi di produzione, il controllo organizzativo, le credenziali educative e la forza lavoro. Vengono così distinte sei classi occupazionali: le classi borghesi, la classe media impiegatizia, la piccola borghesia con dipendenti, la piccola borghesia senza dipendenti, la classe operaia costituita da operai specializzati e semispecializzati e la classe operaia costituita da operai comuni.

L'analisi e l'attenzione degli Autori si focalizzano, in particolare, sulla classe della piccola borghesia senza dipendenti e sulle situazioni occupazionali di lavoro individuale, in quanto caratterizzate da un profilo epidemiologico anomalo rispetto alla posizione sociale ricoperta.

Il contenuto ed i carichi di lavoro affrontati dalla piccola borghesia senza dipendenti vengono individuati come la spiegazione più plausibile alla quale ricondurre la cosiddetta anomalia del lavoro autonomo. I risultati della ricerca evidenziano come soprattutto nelle imprese individuali di piccole dimensioni i lavoratori autonomi sono esposti a due particolari fattori di rischio: lo *stress* psicosociale e l'erosione del tempo di cui ciascuno necessita per la cura della propria salute.

La natura della documentazione empirica impiegata, sottolinea Cardano, impone di considerare i risultati raggiunti non tanto come conclusioni perentorie quanto piuttosto come ipotesi di ricerca. Ipotesi che possono comunque essere considerate particolarmente promettenti in ragione della qualità e dell'accuratezza delle analisi effettuate.

Nella seconda parte della ricerca, utilizzando i dati dell'indagine Multiscopo sulle famiglie condotta dal-

l'ISTAT nel 1994 e nel 1995, gli Autori mettono in relazione i dati sulla mortalità dei torinesi con informazioni sugli stili di vita e sul ricorso ai servizi sanitari, nonché con dati riguardanti la percezione dello stato di salute.

Per quanto attiene agli esiti di tale analisi, gli Autori sottolineano la coerenza dei risultati ottenuti con quelli riportati nella prima parte della ricerca. In riferimento alla morbosità riferita e agli stili di vita, la piccola borghesia presenta infatti nel complesso un profilo epidemiologico simile ed in alcuni casi peggiore rispetto a quello della classe operaia. La diffusione di comportamenti rischiosi per la salute cresce al diminuire della posizione sociale evidenziando anche una sostanziale contrapposizione fra borghesia e classe media impiegatizia da un lato e piccola borghesia e classe operaia dall'altro.

Il ricorso a tali categorie concettuali consente di arricchire la prospettiva di analisi che si propone di superare il riduzionismo del modello biomedico, integrando l'approccio epidemiologico con una prospettiva di studio più vicina a quella della Sociologia della Salute [Ardigò 1997].

Nonostante tale allargamento di prospettiva, nel complesso la ricerca non si discosta tuttavia dalla tradizione del modello medico-sociale, di matrice epidemiologica, soprattutto per quanto riguarda le fonti, la metodologia e la definizione delle variabili concernenti la malattia. Mentre, infatti, l'epidemiologia si caratterizza per la metodica e sistematica raccolta di dati e di frequenze di eventi morbosi per variabili anagrafiche e socio-demografiche, nonché per lo studio, in riferimento a popolazioni, ad aggregati di persone e a gruppi sul territorio, delle variabili concernenti le malattie come definite in sede medica, la Sociologia della Salute si propone, invece, di definire tali variabili facendo riferimento principa-

le, se non esclusivo, non tanto al sapere medico, quanto piuttosto a quello sociologico [Ardigò 1997].

Per concludere, la ricerca, se da un lato presenta quelli che alcuni Autori considerano i principali punti di forza dell'approccio epidemiologico, vale a dire l'accuratezza metodologica, la pragmatica e l'importanza di accertare nessi causali [Morosini e Lattanzi 1983: 235-254], dall'altro non si caratterizza pienamente nell'affrontare i temi della salute e della malattia con un approccio propriamente sociologico quale quello della Sociologia della Salute [Ardigò 1997; Cipolla, Giarelli e Altieri (a cura di) 2002], le cui categorie teoriche e metodologiche rimangono in buona parte estranee al presente lavoro.

Luigi Mazza

Bibliografia

- Ardigò A. (1997), *Società e salute. Lineamenti di sociologia sanitaria*, Angeli, Milano.
- Cipolla C., Giarelli G. e Altieri L. (a cura di) (2002), *Valutare la qualità in sanità. Approcci, metodologie e strumenti*, Angeli, Milano.
- Cobalti A. e Schizzerotto A. (1994), *La mobilità sociale in Italia*, Il Mulino, Bologna.
- De Lillo A. e Schizzerotto A. (1985), *La valutazione sociale delle occupazioni. Una scala di stratificazione occupazionale per l'Italia contemporanea*, Il Mulino, Bologna.
- Donati P. (a cura di) (1983), *La sociologia sanitaria*, Angeli, Milano.
- Morosini P.L. e Lattanzi A. (1983), *Il contributo della epidemiologia*, in Donati P. (a cura di) (1983), *La sociologia sanitaria*, Angeli, Milano.
- Schizzerotto A. (1993), *Problemi concettuali e metodologici nell'analisi delle classi sociali*, in Palumbo M. (a cura di) (1993), *Classi disuguaglianze e povertà. Problemi di analisi*, Angeli, Milano.

Giulio Tarro (a cura di)

Bioetica e cultura della prevenzione.

Un nuovo modo di intendere

la salute e la malattia

Apèiron, Città di Castello (PG) 2001,
pp. 168, Euro 12,91.

Essere malati significa essere carenti di salute, o carenti delle giuste medicine? L'abitudine ad una scienza medica invasiva caratterizza i nostri contesti, rispecchiando il consolidarsi di una tradizione che ha affiancato la concezione di progresso a misure immediate ed esterne d'intervento, fino ad un quotidiano e normale innesto nel percorso della nostra vita. Se è, infatti, impossibile non annoverare le scoperte in ambito sanitario a sicuri miglioramenti delle condizioni di salute, lo scontro attuale di questa logica con le reali possibilità scientifiche, economiche ed ecologiche mostra tuttavia il fianco ad un paradigma che ha perso correlazione d'insieme. La proposta di un'interruzione *sensata* verso una certa delega affidata alla scienza salvifica, spesso associata ad un'impraticabile logica da *prêt à porter*, inquadra il messaggio generale che si può rintracciare in questa recente pubblicazione in cui i molteplici contributi suggeriscono riletture etiche per rielaborare radicalmente richieste di salute e possibilità medico-sanitarie.

In questo senso, si muove l'obiezione critica a quei criteri deboli e disparati che non sanno prendersi carico del concetto relativamente recente di *rischio*, subentrato nella rilettura delle certezze positivistiche della scienza. L'oncogenesi è il terreno più insidioso per la medicina curativa e, seguendo le osservazioni di Mariano Bizzarri nel suo contributo, la tematizzazione per revisioni delle politiche previdenziali e per diversi stili di comportamento non può prescindere da un "intervento eti-

co, sia per le finalità che si propone sia per l'ambito – la sfera dell'azione dell'uomo – in cui si dispiega" (p. 104). Rielaborare le carenze strutturali in base a nude giustificazioni economiche potrebbe fare optare per azioni preventive totali, se giustificate dai giusti numeri e, come chiarisce in maniera estrema e al limite del futuribile Giulio Tarro, si potrebbero avvicinare le implicazioni poste dal citato Progetto Genoma a soluzioni di eugenetica embrionale, così come interventi di modifica del Dna, alla "rivoluzione verde" (p. XI) con le monoculture adatte al mercato, trasformando la riproduzione degli esseri umani in coltivazione scelta. D'altro canto, seguendo l'interessante ambiguità operativa rilevata da Mariachiara Tallarini rispetto alla problematica questione degli xenotrapianti, risulta calzante l'esemplificazione di come, di fronte all'incertezza scientifica, la sola attinenza ad indicazioni giurisprudenziali abbia concretizzato, nei diversi paesi, scelte di moratoria o di sperimentazione tra loro assolutamente lontane in termini di *tutela sostanziale*. In maniera affine, nemmeno la sola competenza epidemiologica può indirizzare l'esigenza collettiva di medicina *sostenibile* che, nel contributo di Raffaele Prodromo, si risolve come luogo tratteggiato nel dialogo pubblico, quale intersezione più adatta per condividere orientamenti di valore.

Il criterio etico così delineato tra medicina e persone viene rivisitato anche da un punto di vista meno speculativo. L'attenzione agli aspetti organizzativi privilegia diverse letture, tra cui Giovanna Baraldi suggerisce una riprogettazione del sistema sanitario in un'ottica di *health management* e, ricorrendo all'utilizzo di strategie aziendali, inquadra una gestione per processi capace di fondare il criterio organizzativo sul *flusso* del lavoro. La stretta interrelazione di profili co-gestiti tra

prevenzione, diagnosi, terapia, riabilitazione e promozione che viene prospettata puntualizza una critica al nostro sistema sanitario, proprio inquadrando attraverso quei vincoli di rigidità, frammentazione e specializzazione verticale che, in ultima istanza, decreterebbero l'orientamento alla malattia, piuttosto che alla persona. In linea con questo tentativo di "costruire in anticipo" (p. 40), ma di sapore più aderente alla nostra realtà sanitaria, è il contributo specifico sul ruolo del medico di Medicina generale, quale potenziale risorsa educativa, se capace di costituirsi come filtro informativo e preventivo sul territorio. Nella proposta specifica di Augusto Zaninelli non si descrivono solo le usuali logiche di *attesa*, quelle cioè che si realizzano quando il paziente va al consulto e per cui chiede una risposta, ma la figura di un soggetto *attivo* che potrebbe sviluppare *opportunità* di sensibilizzazione e *iniziative* di contatto. La possibilità stessa di gestioni di rete (per cui si cita l'esempio italiano di *Millenet*) viene qualificata come risorsa volta soprattutto ad *orientare*, attraverso una più adeguata spendibilità sia dei supporti informatici sia delle relazioni di sapere, forzandone la chiusura reciproca. Informazione e formazione, dunque, vengono collegate da Gian Franco Gensini e Andrea Conti in una prospettiva più squisitamente metodologica, attraverso un'ipotesi di costruzione di linee guida scientificamente condivise, multidisciplinari e riproducibili per saldare una migliore collaborazione tra professionisti e cittadini.

A riguardo non si possono trascurare le osservazioni sull'incidenza di TV e carta stampata, nel connotare socialmente il legame *mediato* tra "il Laboratorio e l'Agorà" (p. 56) con esiti più o meno negativi. Il contributo piuttosto sagace di Edoardo Rosati mette in evidenza come la possibilità di responsabi-

lizzare le richieste di salute passi, infatti, anche attraverso certa grossolanità giornalistica che può acuire la percezione del proprio rischio, accompagnandola ad ansie ingiustificate o, magari, depistarla con dati imprecisi e false speranze, come vuole la memoria degli esempi eclatanti del "caso" Di Bella o del Viagra. Interessante sottolineare come si giri l'opzione informativa anche allo stesso sapere medico, esortandolo ad abbandonare mentalità da splendido isolamento per inserirsi in relazioni capaci di coinvolgere e non escludere. La collaborazione interdisciplinare prospettata chiede, dunque, duplicità culturale al buon divulgatore, così come al bravo medico: l'uno capace di tradurre adeguatamente gli obiettivi della comunicazione scientifica e di interpretare pienamente il significato attribuito al *servizio* giornalistico, l'altro capace di formulare risposte per limitarne distorsioni o *patologie*. Si conclude questo excursus critico avvicinando le riflessioni di Giovanna Ballarini e di Fabio Mura che, attraverso linguaggi disciplinari apparentemente lontani, osservano lo sclerotizzarsi del rapporto dell'uomo con il suo ambiente interno ed esterno: lo scontro tra «geni egoisti», così come il blocco della comunicazione sono altri punti di vista per riproporre la questione epistemologica fondamentale di un testo che tenta di ripristinare il senso armonico e antico di un progetto naturale chiamato *vita*.

Al fine di lasciare a chi fosse interessato la possibilità di approfondire la lettura piuttosto agevole di questo volume, se ne sottolinea la prospettiva sociologicamente emergente, e condivisibile, nell'analogia che viene spinta tra scienza medica e società in termini di complessità e di incertezza e di cui non si può che sottolineare la comune *impasse* effettiva, una volta che la lettura resti bloccata nell'utilizzo dei paradigmi della cultura modernista. Di contro

alla visione compartimentale, proposta dal tradizionale farsi medico ed intesa essenzialmente come interventi terapeutico-riparatori e mirati alla circoscrizione del sintomo, la *cultura della prevenzione* qui auspicata, quindi, non vuole l'inversione del tradizionale schema lineare stimolo (sintomo) – risposta (cura), ma invita ad elaborare radicali cambiamenti proprio a partire dalla consapevolezza di una condizione “negativamente” democratica a cui tutti, a prescindere da classe o genere, siamo *comunque* sottoposti. Rielaborare in maniera critica lo spostamento dei parametri di definizione sociale della salute e della malattia se, da un lato, non vuole offrire risposte definitive, dall'altro costituisce uno stimolo interessante per aggiornare il dibattito sulla medicina scientifica tradizionale verso richieste di integrità olistica, anche sulla scia evidenziata dalla recente diffusione delle medicine *alternative*.

Due sono le obiezioni che si rivolgono a questo testo. La prima: l'approccio delineato pone alcune premesse per sostanziare un effettivo patto sociale tra sistema sanitario, specialisti e cittadini, ma trascura di integrare la ricchezza di suggerimenti etici che provengono attualmente dai mondi vitali, sia da un punto di vista organizzativo che di scelte di salute. In altre parole, la triangolazione sembra essere sbilanciata verso i poli tradizionali, che risultano i veri catalizzatori per il cambiamento, mentre al cittadino viene chiesto di responsabilizzarsi, ma di riflesso, senza indicarne una collaborazione attiva.

La seconda: se l'educazione etica alla salute non può che essere descritta come problema attuale dei paesi ricchi, tuttavia si potrebbero rileggere in maniera più marcata alcune considerazioni progettuali di presente ben-essere per i paesi a capitalismo avanzato, entro una logica correlata di lungo periodo che è, inevitabilmente, globale e che coinvol-

ge anche i cosiddetti “paesi in via di sviluppo”. Spiegare perché questo, non solo per noi, non è il migliore dei mondi possibili e supportare le evidenze e le alternative scientifiche che potenzialmente già oggi si potrebbero utilizzare nei nostri contesti per modificarli potrebbe, senza troppa retorica, rappresentare il compito più responsabile di una scienza medica e sociale che, attraverso la sua autorevolezza, tenti di orientare altre scelte politiche e di vivere quotidiano nei nostri contesti come effettiva strategia di vita che si propone di preservare il genere umano, tutto, in salute.

Francesca Guarino

Everardo Duarte Nunes
Sobre a Sociologia da Saúde.
Origens e desenvolvimento

Editora Hucitec, São Paulo 1999,
 pp. 234 (prezzo non indicato).

Che l'America Latina fosse un continente spesso dibattuto tra la forte (e, talora, piuttosto invadente) influenza nordamericana e il mantenimento delle proprie radici in buona parte europee (se non consideriamo i mondi delle culture precolombiane e afroamericane) lo sapevamo da tempo: che questo valesse anche per la Sociologia della salute lo scopriamo grazie a questo testo brasiliano, il cui autore, Everardo Duarte Nunes, è da considerarsi allo stesso tempo un osservatore, un testimone ed un protagonista di questa tormentata condizione culturale, come racconta nella sua prefazione Maria Cecília de Souza Minayo. Dopo aver studiato Sociologia della medicina all'Università di Londra e aver ottenuto il dottorato in Scienze mediche alla Unicamp di Campinas nello stato di São Paulo, dove insegna attualmente presso il Dipartimento di Medicina

preventiva e sociale, Nunes ha infatti partecipato attivamente a tutte le tappe di sviluppo della disciplina nel continente, come testimoniano i numerosi volumi collettanei da lui curati sulla medicina sociale (*Medicina social: aspectos históricos e teóricos*, Global, São Paulo, 1983 e *Debates en Medicina Social*, Washington, D.C., 1991), sugli approcci delle scienze sociali applicate alla salute nel contesto latinoamericano (*As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas*, Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília, 1985) e su di un pioniere argentino del pensiero sociologico applicato in campo sanitario (*Juan César García: pensamento social em saúde na América Latina*, Cortez, São Paulo, 1989).

Il testo è diviso in quattro parti. La prima è dedicata ad una raccolta di saggi di autori che Nunes considera come fondatori della disciplina poiché, come egli afferma, tutte le discipline hanno i loro fondatori, che divengono parte del loro mito d'origine, così da costituire una sorta di comunità immaginaria che disegna i propri confini in relazione alle discipline affini. La scelta dei testi appare variegata, non limitata ad un'unica tipologia di materiali, quali il saggio scientifico o il testo classico: vengono inclusi anche testi di conferenze, articoli di giornale, chiose, tutti riassunti e preceduti da un inquadramento storico-teorico contenente anche una breve biografia dell'autore e seguiti da una serie di commenti critici corredati da una bibliografia di riferimento. Quel che appare più interessante è certamente la scelta degli autori considerati da Nunes come "fondativi" al fine di ricostruire la storia archeologica di quella formazione discorsiva in senso foucaultiano che è stata variamente denominata come "Sociologia medica", "Sociologia della medicina", "Sociologia della salute", "Scienze sociali

in medicina". Nunes risale infatti alla preistoria della medicina sociale con un testo del medico francese Jules Guérin pubblicato sulla *Gazette Médicale de Paris* l'11 marzo 1848 che testimonia della politicizzazione che una parte almeno del corpo medico aveva raggiunto all'epoca e del ruolo che esso rivendicava nel contesto della profonda trasformazione in atto nel sistema sociale. Prosegue quindi con il testo di una conferenza tenuta all'Accademia Americana di Medicina il 5 giugno del 1893 dal medico statunitense Charles McIntire, nel cui titolo appare per la prima volta la dizione "Sociologia medica" (*The importance of the study of Medical Sociology*): al contrario della Medicina sociale, di matrice europea, interessata ad aprire una discussione sui condizionamenti sociali della salute, la Sociologia medica di matrice nordamericana appare da subito più focalizzata sulle relazioni che interconnettono la professione medica con il sistema sociale. Si tratta di una dicotomia destinata a marcare gli sviluppi delle due tradizioni successive, come evidenziano da una parte i testi quindi riportati del celebre storico della medicina svizzero-tedesco Henry Ernest Sigerist su "La posizione del malato nella società", pubblicato nel 1929 (testo seminale per molti lavori successivi, tra cui quello famoso di Parsons del 1951) e dall'altra quello di Henderson del 1935 su *Medico e paziente come un sistema sociale* che, come altri saggi del noto fisiologo, eserciterà una forte influenza su un'intera generazione di sociologi statunitensi negli anni '30, a cominciare dallo stesso Parsons; e quelli di Stern del 1948 su *Il medico e il paziente* e del 1951 *Verso una Sociologia della medicina*, nonché dello stesso Parsons con il celebre cap. X de *Il sistema sociale*. La prima parte si conclude con un capitolo sui primordi della sociologia della sa-

lute in America latina – dedicato a colui che ne viene considerato il precursore. Juan César García – in cui si analizza la situazione delle scienze sociali nel continente negli anni che precedono la sua storica conferenza su *Le scienze sociali in medicina* pronunciata in Venezuela nel 1972: anni in cui il malessere degli scienziati sociali latino-americani nei confronti delle teorie, nonché dei modelli di prevenzione e di educazione sanitaria importati dal Nordamerica trova in García il suo principale portavoce.

Nella seconda parte le origini, gli sviluppi e le problematiche della Sociologia medica nordamericana vengono messi più direttamente a confronto con la traiettoria delle Scienze sociali della salute in Brasile a partire dagli anni '40: poiché le vicende della prima ci sono ben note, vale senz'altro la pena soffermarsi sulla seconda. Contestualizzando la situazione brasiliana nel più generale scenario latino-americano, Nunes colloca le origini di un approccio specifico al rapporto salute-società a partire dagli anni '60, quando in molti paesi dell'America latina comincia a svilupparsi una critica al modello di insegnamento delle facoltà di medicina, tutto centrato sulle scienze biologiche: è in questo momento che in molte facoltà mediche vengono introdotti nei corsi di laurea le discipline sociali. È così che, negli anni '70, si sviluppa una critica ai modelli teorici sino ad allora utilizzati, specie in ambito pedagogico sanitario, basati su un approccio di tipo funzionalistico: da questo punto di vista, appare fondamentale il ruolo svolto dalla Organizzazione Panamericana della Salute nel promuovere l'inserimento delle scienze sociali principalmente nei corsi post laurea (master e dottorato), specie in Brasile e in Messico. Gli anni '70 saranno così fondamentali nel delineare le linee di ricerca sia teorica che applicata sul rapporto

salute-società in una prospettiva più ampia del comportamentismo e del funzionalismo che ancora informano gran parte della Sociologia medica nordamericana: nel 1976 viene creato il CEBES (*Centro Brasileiro de Estudos em Saúde*) e nel 1979 l'ABRASCO (*Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva*), che divengono strumenti fondamentali nel forgiare, assieme ai primi corsi post-laurea in *Saúde Coletiva*, una più specifica identità del pensiero sociale sulla salute nel paese. A partire da allora, fiorisce una produzione culturale (di cui lo stesso Nunes è stato protagonista) basata su di un approccio marxista storico-strutturale (connesso alla teoria della dipendenza) prima, e sulla fenomenologia, sull'interazionismo simbolico, sulle teorie dell'azione e della comunicazione poi, col risultato di ripensare a fondo le relazioni tra salute, modi di produzione e formazioni socio-economiche, di sviluppare una specifica attenzione epistemologica al rapporto tra scienze biologiche e scienze sociali, di esplicitare il ruolo dello Stato nella conquista della salute come diritto.

La peculiare attenzione della Sociologia della salute latinoamericana alle problematiche pedagogiche in ambito sanitario trova nelle ultime due parti del volume documentata testimonianza. Nella terza parte, in particolare, sono contenuti due saggi, di cui il primo è dedicato agli studi pionieristici sugli studenti e le scuole di medicina a partire dagli anni '50 sino alla metà degli anni '70: dal celebre saggio di Robert Merton del 1957 a quelli di Becker e Geer del 1961 e a quelli di Bloom degli anni '60 e '70, per arrivare alle ricerche realizzate in America Latina ad opera di Garcia, Abem, Castro e dello stesso Nunes. Il secondo saggio riguarda invece gli studi sulla medicina come professione realizzati nello stesso periodo negli Stati Uniti, in Europa e in

America Latina. La quarta parte, infine, è quella dal maggior sapore autobiografico, dal momento che è relativa all'esperienza di insegnamento delle Scienze sociali in una facoltà medica che l'autore ha realizzato dal 1965 al 1990 presso l'Università Unicamp di São Paulo: l'esperienza viene divisa in tre periodi principali, dal 1965 al 1969 come primo periodo, gli anni '70 come secondo periodo orientato alla costruzione di un progetto sociale di salute e un terzo periodo, relativo alla decade degli anni '80, nel quale tale progetto si viene consolidando. L'esperienza di insegnamento venticinquennale in una facoltà di medicina viene qui analizzata non tanto come informazione aggiuntiva da fornire agli studenti oltre al bagaglio culturale classico in scienze biomediche quanto come un tentativo di incorporare organicamente la dimensione del sociale e le sue dinamiche nell'approccio con cui lo studente di medicina cerca di comprendere in maniera più ampia la salute-malattia e l'organizzazione dei servizi sanitari a partire da una riflessione critica sulla società e i suoi problemi.

Alla fine della lettura, l'impressione che se ne ricava è che quella iniziale contraddizione resti in qualche modo irrisolta: ma forse è proprio questa la peculiare caratteristica della sociologia della salute latinoamericana, di confi-

gurarsi cioè come un forma di sincretismo culturale in grado di gettare un ponte tra la sociologia medica nordamericana e la sociologia della salute europea. In tal modo essa cerca di sfuggire a certe ristrettezze categoriali della sociologia medica per abbracciare una visione più ampia, in grado di render conto dei condizionamenti sociali della salute in una realtà ancora profondamente segnata dalle disuguaglianze sociali. Che il legame con la cultura europea continui ad esercitare in questo senso un ruolo fondamentale mi è stato confermato dal fatto che, quando sono stato invitato a tenere un training per disegnare il curriculum di un corso di perfezionamento sulla valutazione dei servizi sanitari nella Escola de Saúde Pública do Ceara a Fortaleza, in Brasile, nel novembre 2001, mi è stato chiesto di tenere anche un incontro con sociologi e altri scienziati sociali sulla storia e la situazione attuale della Sociologia della salute in Italia ed in Europa: segno di un interesse che aiuta a mantenere vivo lo sforzo per creare un pensiero ed un'identità il più possibile autonomi e adeguati a comprendere le peculiari problematiche che la salute e i servizi sanitari – così come altri aspetti della vita sociale – presentano in questo travagliato continente.

Guido Giarelli