

NOTE

Commenti

Alle radici della sociologia della salute

Normalmente, quando si affronta la nascita della sociologia della medicina o sanitaria o, più recentemente, della salute, ci si rifà all'opera di Talcott Parsons ed, in particolare, al suo testo *Il sistema sociale* del 1951¹.

La tesi che qui voglio succintamente sostenere è che se ciò appare, per molti aspetti, fuori discussione, del pari molti sono i precursori di tale sensibilità sociologica in ambito sanitario ed, in particolare, mi sembra opportuno segnalare il lavoro di Bernardino Ramazzini, medico carpigiano nato nel 1633 e morto nel 1714, autore di una importantissima e geniale indagine sulle ma-

lattie dei lavoratori e sulla loro genesi sociale².

Cosiccome per la sociologia, che forse nasce esplicitamente³ con Comte, ma che annovera molti e decisivi precursori tra cui Vico ed Hegel⁴, almeno, anche per la sociologia della salute bisogna allargare gli orizzonti, risalire a monte (oltre che a lato, come vedremo) e capire la storia nelle sue valenze plurali che assai raramente sono riconducibili all'uno, ma quasi sempre al due, al tre e così via⁵.

Nell'opera citata, Parsons riporta ammirevolmente la malattia a fatto sociale. Essa è "un tipo di comportamento deviante" che assume le sembianze del "distacco passivo", della "relazione di dipendenza", dell'"incapacità come base di legittimazione"⁶, della pretesa soggettiva di essere curato. Tale "rinuncia isolata"⁷ abbisogna di ruoli di

1. La traduzione italiana è del 1965, con una pacata (o fredda?) introduzione di Luciano Gallino che non si occupa, comunque, mai del cap. X o del tema della malattia.

2. È disponibile un'ottima versione italiana (il testo originale del 1700 è in latino), curata da Francesco Carnevale, che ingloba le due edizioni del 1700 e del 1713 e che colloca il nostro Autore nel suo tempo, oltre che seguire le fortune editoriali e scientifiche del volume: B. Ramazzini, *Le malattie dei lavoratori*, Libreria Chiari, Firenze, 2000.

3. Anche se, a mio modo di vedere, essa ha la sua genesi più completa (teoria, empiria, spendibilità) alla fine del secolo (1897) con l'indagine di Durkheim sul suicidio.

4. Cfr. le voci (a metadialogo) in merito in C. Cipolla, *Epistemologia della tolleranza*, Angeli, Milano, 1997 (5 voll.).

5. *Ivi*, cfr. le voci *Uno*, *Due*, *Tre*, *Quattro*, sparse nei vari tomi dell'opera citata, nonché la voce *Pluralismo*, pp. 2136 ss. del IV volume.

6. Vedi T. Parsons, *op. cit.*, p. 294.

7. *Ivi*, p. 297.

aiuto ad essa complementari che la autorizzano ma, nello stesso tempo, la controllano socialmente. Il medico, come terapeuta, assolve a queste funzioni di reintegro. In tal senso, egli agisce per la collettività e come aiuto al malato, che non è ritenuto responsabile o colpevole per la sua condizione. Il medico, in virtù del suo ruolo istituzionalmente riconosciuto, può rifiutarsi alla reciprocità relazionale col paziente, agire sulle varie forme di compenso, affermando la sua specificità tecnica e la sua neutralità affettiva⁸.

È evidente che per Parsons il sistema della relazione medico-paziente è cruciale. Esso vive di un delicato equilibrio fra dimensione affettiva e normativa, fra ostilità e seduzione, fra domanda soggettiva e ruolo sociale, fra attività e passività⁹.

Per il Nostro la professione medica moderna non ha a che fare con la malattia intesa quale semplice “fenomeno naturale”, ma con una malattia che è sempre “motivata”, non di rado “psico-sociale”, a volte “mentale”¹⁰. Essa è sia biologica che sociale. Il suo stato è, per il sistema sociale, sempre “potenzialmente rilevante”, sia per la situazione di malato intesa come tale, sia per la sua eziologia, sia per le condizioni di successo della terapia¹¹.

Per Parsons, il ruolo del medico¹² è definibile concettualmente per contrapposizione a quello dell'uomo d'affari¹³. Esso è universalistico e non particolaristico, funzionalmente specifico e non diffuso, affettivamente neutrale ed orientato alla collettività¹⁴. Il benessere del paziente è il senso del lavoro medico, che (al pari solo del clero) vede escluso “il motivo del profitto” dal suo agire¹⁵. Questo “tipo ideale” di medico si accompagna ad un “tipo ideale” di malato che, come abbiamo accennato, si qualifica (aspettative istituzionalizzate) per esenzione dalle sue responsabilità sociali, per esonero da ogni colpevolezza per l'accaduto, per una condizione che, in quanto tale, non è voluta, né desiderata, per l'obbligo di ricercare un aiuto professionalmente e tecnicamente competente.

Tale ruolo è intrinsecamente complementare a quello del medico¹⁶ ed è contingente (indipendente dallo status sociale), temporaneo, realizzato al negativo, universalistico, volto verso la società, affettivamente neutrale o ad affettività controllata, funzionalmente specifico. Dato ciò, “il suo centro è quindi classificatorio, non già relazionale”¹⁷.

Parsons sviluppa in modo intelligente ed arguto molti altri nodi del tema in

8. Per tutto ciò, *ivi*, pp. 323-324.

9. *Ivi*, pp. 331-334.

10. *Ivi*, p. 439.

11. *Ivi*, p. 440.

12. Ricordo che egli scrive (a p. 437) che le riflessioni effettuate sul tema (qui ed altrove) derivano da “uno studio sul campo della professione medica, condotto in prevalenza nell'area di Boston parecchi anni or sono”.

13. È questo un tema ricorrente nell'esposizione di Parsons che, a distanza di cinquant'anni, non può che far riflettere.

14. *Ivi*, p. 443.

15. *Ivi*, p. 444. nella stessa pagina si legge: «L'“ideologia” della professione... del medico... considera l'“elemento commerciale” come il male più serio e più insidioso che egli deve affrontare».

16. *Ivi*, pp. 445-447.

17. *Ivi*, p. 447.

questione che qui non possiamo riprendere per ovvie ragioni di spazio. Non possiamo, però, non segnalare la differenza fra la razionalità del medico (sempre necessaria) e quella del paziente (quasi sempre assente o distorta), fra la competenza del medico e l'incompetenza del malato, fra la normalità delle aspettative del medico e, nel malato, i "disturbi fondamentali delle aspettative per le quali gli uomini vivono"¹⁸.

Queste diversità o condizioni favorevoli non possono, comunque, essere in nessun modo "sfruttate" dal medico. Egli non può e non deve far leva sull'irrazionalità e sulla debolezza del malato, al di là della forma sotto la quale queste si possono presentare.

Gran parte delle considerazioni avanzate da Talcott Parsons sono socialmente latenti, più che manifeste. Esse non appartengono, neppure oggi, alla consapevolezza funzionale né del malato, né del medico. Eppure, esse tendono a governare la fondamentale relazione fra queste due condizioni peculiari ancora oggi ed allo stesso modo, seppur con varie articolazioni ed eccezioni, nei casi concreti e per riferimento al mutato contesto dei sistemi sanitari¹⁹. Ma quello che qui vorrei sottolineare con forza è che il rapporto in questione non è definito da Parsons in chiave interpersonale, privata, psicologica, intima, micro-relazionale. Al contrario, egli riconduce tutto questo a ruoli sociali complementari in cui l'uno (il medico) ha bisogno dell'altro (il malato) e viceversa e dove tutto è riferito ad un modello normativo generalizzato e legittimato socialmente come tale.

In tal senso, Talcott Parsons fonda esplicitamente la sociologia della salute; anzi, si potrebbe dire, visto il percorso seguito, che egli usi empiricamente questa per arrivare alla sociologia generale o fondare la "sua" sociologia. Certo, egli non agisce nel vuoto, ha ben presente la storia del sapere umano, possiede una formazione culturale robusta e molto europea, ma sicuramente non ha scavato nella direzione della storia della medicina o della professione medica, almeno più di tanto.

In tale ottica, ad esempio, egli non coglie o non rende evidente il fatto che molte malattie sono prodotte socialmente o perché si è costretti a compiere determinati lavori più o meno nocivi sotto difformi aspetti o per ragioni ambientali più generali o per logiche vincolanti e dannose di tipo relazionale e così via.

Ma tutto ciò era già stato intuito e dimostrato, in un'ottica proto-sociologica inconscia, da Bernardino Ramazzini, due secoli e mezzo prima e quasi un secolo prima della nascita "formale" della stessa sociologia. Se si scava un po', le radici di qualsiasi albero appaiono una rete inestricabile con mille ramificazioni sotterranee. La paternità unica non esiste, cosiccome la maternità, almeno in ambito storico e scientifico.

Ramazzini vale Parsons? Non è questo il problema e, comunque, non può essere posto sotto questa prospettiva. Quello che conta è che la salute al fondo non appartiene a nessuno in particolare, non ammette steccati disciplinari invalicabili²⁰, vive di tanti affluenti, si

18. *Ivi*, p. 451.

19. In merito, si veda C. Cipolla (a cura di), *Trasformazione dei sistemi sanitari e sapere sociologico*, Angeli, Milano, 2002.

20. Per capire la pluralità dei ruoli e la loro non rara eterodossia nelle scoperte mediche, vedi H. Hellman, *Le dispute della medicina*, Cortina, Milano, 2002.

abbevera in molti ruscelli o fiumi, più o meno grandi e trasparenti, alimenta inestimabili interessi economici, è numerose cose insieme, come, del resto, la medicina²¹.

In tale ottica o con tali premesse, Ramazzini ci suggerisce, ancora oggi, tante attenzioni che non possono essere abbandonate e che lo pongono alle radici della sociologia della salute, anche oltre, a fianco e prima di se stessa²².

Bernardino Ramazzini, dopo essersi laureato in *Filosofia e Medicina* (si noti l'accoppiata) a Parma²³, si sposta a Roma dove effettua un'importante e lunga esperienza di medicina pratica in contesti rurali e poveri. A poco meno di cinquant'anni, a Modena, nel Ducato Estense, gli viene assegnata la cattedra di Medicina teorica e/o pratica nel nuovo Studio. La sua fama cresce, allo stesso modo della sua produzione scientifica²⁴. Intrattiene buoni rapporti con Malpigli, Muratori, Leibnitz. È figlio del suo tempo "barocco" (vedi l'aspetto). Scrive in latino (le cose che contano). È alla corte del Duca Estense e fidato medico in vari conventi di suore. Egli, però, mantiene sempre una sua autonomia di giudizio a base empirica e scientifica che non contraddice il suo equilibrio e la sua "sana religiosità"²⁵. Nel 1700, Ramazzini si trasferisce nel-

la prestigiosa Università di Padova dove rimarrà fino alla morte con l'avallo del Senato Veneto e dei Riformati. Nel 1708, entra nel "Collegio dei Filosofi e dei Medici" (si noti ancora l'accostamento). La sua riflessione scientifica è vasta ed, a parte le poesie, copre vari settori e dimostra difforme ed estese sensibilità. Queste vanno dall'epidemiologia all'igiene, dalla filosofia alla peste, dalla sanità pubblica alla cultura generale, dalla terapia alla medicina alternativa.

La sua opera principale, qualificata da una "straordinaria originalità rispetto alla letteratura scientifica preesistente"²⁶ e per noi di incredibile interesse metodologico, resta il *De morbis artificum diatriba*, scritto a partire dal 1690 e pubblicato a Modena nel 1700 e, successivamente, a Padova nel 1713, con l'aggiunta di un importante "supplemento". Nell'ultimo periodo della sua vita, Ramazzini si occupò anche delle malattie dei ricchi (principi) e dei vantaggi di uno stile di vita sobrio onde mantenersi in buona salute²⁷.

Nel trattato sulle malattie dei lavoratori, Ramazzini, attraverso numerose e raffinate considerazioni economiche e sociologiche, cerca di dimostrare il nesso che intercorre o può intercorrere fra condizione sociale e salute. Le si-

21. Nella *Prefazione* al testo di cui alla nota precedente, G. Cosmacini non identifica la medicina con una scienza (p. X). Egli la intende come "una pratica basata su scienze". Queste sono la fisica, la chimica, la biologia e così via. In ogni caso, la medicina possiede un suo metodo ed una sua epistemologia. Inoltre, essa implica un campo di "valori relazionali" (psicologici e sociologici) che le conferiscono un peculiare taglio di natura etica.

22. A volte, anche E. Durkheim viene ricondotto, attraverso i concetti di normale e patologico, a queste "radici". Avrei dei dubbi, soprattutto leggendo *La divisione del lavoro sociale*, Comunità, Milano, 1971 (1893).

23. Allora Ducato dei Farnese e, quindi, terra "straniera".

24. Cfr. P. Di Pietro, *Bernardino Ramazzini. Biography and bibliography*, "European Journal of Oncology", n. 4, 1999.

25. Così nel testo citato, curato minuziosamente da F. Carnevale, a p. 253.

26. *Ivi*, p. 259.

27. Per Ramazzini, la malattia è prevenzione, multifattorialità, contesto, educazione, morale, meccanismo, stile di vita.

tuazioni di lavoro sono il fulcro del suo argomentare. Non a caso, egli si occupa di minatori, vasai, stagnai, vinificatori, becchini, levatrici, pittori, cardatori, facchini, lacchè, falegnami e così via. Negli oltre 50 casi presi in considerazione, sono comunque compresi status non propriamente lavorativi, ma più genericamente sociali, come quello delle vergini religiose, degli ebrei, delle nutrici, degli atleti (a parte i ricchi nobili, trattati altrove).

Lo scopo dell'opera è quello di "fornire ai medici pratici una serie di notizie che sono indispensabili per curare meglio i lavoratori"²⁸. Ma essa è qualche cosa di più e di diverso. Essa aspira, più o meno consapevolmente, anche se in modo manifesto, a mutare lo stile relazionale del rapporto fra medico e paziente. Nella prefazione all'opera, Ramazzini scrive che il medico che si accinge a curare un lavoratore "non deve, come fa di solito, sentirgli immediatamente il polso senza informarsi delle sue condizioni, né deve subito sentenziare sul da farsi; il medico, come fa il giudice, deve mettersi a sedere, anche su uno sgabello od una panca quando non trova, come succede nelle case dei ricchi, una sedia dorata. Deve parlare affabilmente con l'ammalato e saper decidere quando è necessario dare consigli medici o invece far prevalere atteggiamenti di comprensione o di

pietà. Molte sono le domande che il medico deve rivolgere al malato o a coloro che l'assistono"²⁹. E qui Ramazzini, che ha già introdotto una precisa logica correlazionale ed empatica, effettua un ulteriore salto di qualità decisivo, partendo da Ippocrate, ma nel contempo andando ben oltre ed, al fondo, liberandosene³⁰. Egli, sull'onda del Grande Maestro, condivide la prassi che di fronte ad un ammalato devi chiedergli di cosa soffre, da quanto tempo, cosa prova, se si scarica, cosa mangia. Ma ciò è insufficiente. «A tutte queste domande, bisogna aggiungerne un'altra: "che lavoro fa"»³¹. E ancora, se il malato è uno del popolo "questa domanda risulta importante, anzi necessaria, se non altro per individuare la causa della malattia"³². Anche se ciò accade raramente o se il medico non tiene di fatto conto dello status sociale dell'ammalato, questa procedura dovrebbe essere seguita onde non compromettere l'efficacia della cura e "con l'intento di giovare alla società o per lo meno di dar sollievo ai lavoratori"³³.

Ramazzini è stato posto o interpretato come medico sociale³⁴, come epidemiologo³⁵, come igienista e/o antesignano della medicina del lavoro³⁶, ma non mi risulta che egli sia mai stato ricondotto alle origini del sapere sociologico o, almeno, di quel sapere sociologico che si occupa di salute. Eppure,

28. Così B. Ramazzini, *op. cit.*, p. 144.

29. *Ivi*, p. 33.

30. Nel testo di Ramazzini, le citazioni di Ippocrate sono intorno al centinaio.

31. *Ivi*.

32. *Ivi*.

33. *Ivi*, p. 34.

34. Cfr. J.S. Felton, *The Heritage of Bernardino Ramazzini*, "Occupational Medicine", 47, 1997.

35. Vedi C. Zocchetti, *Bernardino Ramazzini (1633-1714). Epidemiologo ante litteram* "Epidemiologia e prevenzione", 1, 2000.

36. Cfr. L. Premuda, *L'istanza sociale in Ramazzini pre-illuminista*, "Medicina del lavoro", 74, 1983. In realtà, medicina sociale e del lavoro in Ramazzini si confondono. Questa nota poteva essere spostata alla 34 e viceversa.

egli associa la malattia al modo di esistere sociale dell'uomo, la trasferisce in una prospettiva di politica socio-sanitaria, la fonda su uno stile relazionale medico-paziente di tipo empatico, colloquiale, umano, al di là delle differenze di classe e di ceto degli attori in gioco. Non siamo alla teoresi parsonsiana, ma certamente alle sue premesse, se non addirittura alle sue fondamenta.

Recuperiamo, comunque, qualche quadro storico-sociologico dall'opera in questione che rinforzi, in senso lato, la nostra tesi generale.

A proposito di massaggiatori, possiamo leggere: "Oggi coloro che praticano abitualmente le unzioni mercuriali ai malati di sifilide sono di basso livello professionale e solo per motivi di guadagno si impegnano in questa attività; i praticanti di maggior prestigio evitano un'attività tanto ripugnante che in più comporta un grande rischio"³⁷. Sembrano considerazioni scritte oggi per rapporto a molti lavori effettuati da immigrati.

A proposito degli speciali (assimilabili forse ai farmacisti di oggi, ma senza industrie farmaceutiche alle spalle) Ramazzini esordisce: "Passando ad altre botteghe, proviamo ad entrare in quella degli speciali dove, comunemente, si ritiene che la salute sia di casa; a meno che, proprio lì, talvolta non sia celata, come la morte nella pignatta. Chiediamo agli speciali se nel preparare i rimedi per la salute degli altri non si siano talvolta ammalati loro stessi; ammetteranno che ciò succede spesso e gravemente, come durante la preparazione del laudano oppiato o nel pestare la cantaride per vescicanti ed altre sostanze velenose"³⁸. È chiaro che qui si tratta di preparazioni "galeniche"

di cui non è facile capire la portata o il confine che oggi definiremmo "farmaceutico". Non a caso i profumieri, coloro che rivestono di zucchero vari tipi di semi o che preparano il vino³⁹ sono ricondotti alle botteghe degli speciali, dentro le quali evidentemente si lavorano "spezie" per vari fini.

Pagine di grande sensibilità sociale e di poca dipendenza ecclesiale sono poi scritte dal Ramazzini a proposito del lavoro dei becchini, laddove osserva⁴⁰ che: "Un orribile odore di putrefazione si sente molto spesso nelle chiese, soprattutto d'estate, ed arreca grande fastidio ai fedeli; è prodotto dall'enorme numero di sepolcri e dalla loro frequente apertura. È per questo motivo che le chiese vengono profumate bruciando incenso, mirra ed altre sostanze odorose. Giustamente quindi, l'abitudine che dura ancora oggi di sotterrare i morti nelle chiese, viene biasimata da Lilio Giraldi nella sua dottissima opera *De vario sepeliendi ritu*. In passato, agli stessi primordi del cristianesimo, si usava tumulare nelle chiese soltanto i martiri, mentre gli altri fedeli venivano sotterrati all'esterno o nei cimiteri. I contadini hanno l'abitudine di inumare i cadaveri dei loro morti, certo più correttamente di quanto si faccia in città: ripongono in una cassa di legno il proprio caro quando muore e, scavata una fossa profonda in un prato presso la parrocchia, lo sotterrano; e tutto questo viene fatto dagli amici e dai parenti".

I lavori delle donne, per quanto manchi ogni riferimento alle prostitute ed alle loro malattie, hanno un ruolo di rilievo nell'opera in questione. Levatrici, nutrici, lavandaie, tessitrici, "vergini religiose" sono osservate con attenzio-

37. B. Ramazzini, *op. cit.*, p. 48.

38. *Ivi*, p. 70.

39. *Ivi*, cfr. le pp. 216 e 243.

40. *Ivi*, p. 97. Tali misure saranno attuate circa un secolo o un secolo e mezzo più tardi.

ne e ben oltre la loro specifica condizione di salute.

Per quanto attiene alle levatrici, al di là di un forte e preciso appello all'igiene⁴¹, il Ramazzini avanza seri dubbi sul modo, allora evidentemente in voga, di partorire delle italiane, sottolineando come: "Forse sono avvantaggiate le levatrici in Inghilterra, in Francia, in Germania e in altri paesi dove le partorienti danno alla luce i propri figli restando distese nei loro letti e non sedute sulle seggiole forate come in Italia. Da noi le levatrici assistono le partorienti chinate e ricurve, con le mani distese ad aspettare l'uscita del neonato dalla vagina e si affaticano a tal punto (principalmente quando assistono le mogli dei ricchi e quando i parti sono difficili) che, alla fine, ritornano alle loro case stanche e sfiancate maledicendo il proprio lavoro"⁴².

Il capitolo dedicato alle malattie delle nutrici è il più lungo di tutto il volume. Ciò testimonia, da un lato, la rilevanza, all'epoca, di questo ruolo sociale e, dall'altra, evidenzia la capacità critica ed il suo rispondere solo alla verità⁴³ del Ramazzini che qui si avventura⁴⁴ nella difesa, direi ad oltranza, della possibilità per le nutrici di avere contatti sessuali con i rispettivi mariti, mentre "Quasi tutti coloro che hanno scritto sul regime di vita delle nutrici sostengono, come cosa discutibile e come un ostacolo dettato dal tripode,

che la nutrice si deve astenere dai contatti con l'uomo perché il latte non ne venga alterato"⁴⁵. Egli si appella al popolo, contro la prassi da "carcerieri" dei ricchi. Dopo essersi rivolto al grande Ippocrate ed alla sua teoria meccanica e dopo aver posto in evidenza la "notevole eccitazione sessuale che si produce nelle donne, a sentir loro, quando vengono accarezzate loro le mammelle"⁴⁶ al punto che si accresce il desiderio di "praticare il coito", Ramazzini, senza falsi pudori, giunge a richiamare l'attenzione sul fatto che "... dentro di loro, le nutrici sono prese a volte da pensieri amorosi e vengono tormentate da un fuoco che non mostrano esternamente, per la paura di essere rimandate alle loro povere case e perché non sempre manifestano vere e proprie crisi isteriche. La passione nascosta può modificare il loro comportamento: non appaiono allegre come prima, sono taciturne più del solito, discorrono e si rallegrano quando un uomo avvenente ed elegante va loro incontro. Se dunque si osservano cose di questo genere, senza dubbio se ne potrà dedurre che le menti delle nutrici sono tormentate da pensieri amorosi; di questo certamente non debbono essere incolpate, anzi meritano comprensione, dal momento che sono sentimenti naturali che prescindono dalla volontà e che le tormentano giorno e notte. Quando la coppa del piacere

41. *Ivi*, p. 102. Stupefacente, se si pensa alla vicenda di Semmelweis della metà dell'Ottocento a Vienna. Cfr. H. Hellman, *op. cit.*, cap. 3.

42. *Ivi*, p. 101.

43. Per il vero, senza troppe riflessioni in merito (almeno per quello che ho trovato), se non per rapporto (vago) a Galileo. Rimando a C. Cipolla (a cura di), *Il nodo di Gordio: verità e sociologia*, Angeli, Milano, 2002.

44. Ricordo che qualche anno prima vi era stato il processo a Galileo e che il *De morbis artificum diatriba* riporta alla fine (p. 250 della nostra edizione) la licenza alla stampa dell'Inquisizione (Noi Riformatori).

45. Cfr. B. Ramazzini, *op. cit.*, p. 106.

46. *Ivi*, p. 112.

(così infatti San Girolamo chiamava l'utero) avrà cominciato a riscaldarsi, tutto il corpo e la stessa mente si scuotono, per cui queste nutrici, alterate dello stimolo amoroso, imprinono ai lattanti segni indelebili ed è stato osservato, dice van Helmont, che una nutrice sensuale, in preda a desideri non soddisfatti, trasferisce questa sua debolezza ai bambini che allatta⁴⁷.

Anche per quanto concerne la tutela della salute delle suore, Ramazzini mette in campo il cruciale nesso fra natura e cultura. L'“esercito sacro in terra”, costituito da monaci e da tutti gli ordini religiosi, “... non lo ha concepito mai nessun tipo di società né pagana né giudaica, perché troppo condizionata dall'amore e dal desiderio della procreazione. Solo alla religione cristiana, il cui capo è Cristo, unico essere nato da una vergine che è essa stessa il fiore delle vergini, era destinata questa gloria e questo vanto”⁴⁸. Dopo un excursus analitico sulla vita quotidiana nei monasteri e sulle connesse malattie, il nostro Autore conclude il suo percorso con furberia (l'appello al Santo) e con sincerità, tornando al tema della sessualità: “È un'impresa veramente ardua, da paragonarsi a un duro martirio, che una giovane vergine si vincoli con un voto ad una perpetua castità, come scrisse

finemente San Girolamo. “È contro natura, anzi al di là della natura, non far esprimere ciò per cui si è nati, distruggere in se stessi la propria radice e cogliere soltanto i frutti della verginità”⁴⁹.

L'opera di Ramazzini, per quanto ignorata dai sociologi, è un classico della teoria del pensiero medico e sociale. Essa ha avuto nel tempo un enorme successo ed è stata tradotta in innumerevoli lingue ed oggi può giustamente definirsi globalizzata ed unificante⁵⁰. Il fatto che il fulcro della medicina diventi, non tanto il rapporto dell'uomo con Dio o con la Natura (spesso, per altro, assimilati), ma “il rapporto degli uomini fra loro”⁵¹ è un autentico passaggio d'epoca, una sorta di rivoluzione culturale e sociale, la quale, al di là di ostracismi vari, spiega l'enorme fortuna dell'opera⁵², citata, ad esempio, da Adam Smith e Karl Marx, nonché da moltissimi altri⁵³.

Sicuramente, il pensiero e gli scritti del Ramazzini non possono essere ritenuti esenti da critiche. Anch'egli è figlio (a modo suo) del suo tempo, pur essendo (a suo modo) molto oltre il suo tempo. Alcune concessioni alla dimensione magico-sacrale della vita e della malattia, un'adesione tecnica forse troppo scoperta alla iatromeccanica⁵⁴, un peso eccessivo attribuito alla

47. *Ivi*, p. 114.

48. *Ivi*, p. 241.

49. *Ivi*, p. 248.

50. Così F. Carnevale (a p. 23) nella *Introduzione* all'opera di Ramazzini secondo la nostra edizione.

51. Cfr. L. Premuda nel saggio citato.

52. Vedi G. Cosmacini, *Prefazione* a B. Ramazzini, *Le malattie dei lavoratori*, Teknos, Roma, 1995.

53. Mi limito a P. Camporesi, *La miniera del mondo, artieri, inventori, impostori*, Il Saggiatore, Milano, 1990.

54. Cfr. C. Cipolla, *La malattia fra interpretazioni biologiche e sociali*, “Salute e Società”, I, 3, 2002, p. 234. L'approccio delle parti in movimento è di impostazione galileiana. Ma Ramazzini non avrebbe mai ridotto la natura o il malato a matematica. Egli è, al fondo, un eclettico.

lontana autorità di Ippocrate⁵⁵ e di Galeno sono elementi che possono incrinare alcuni aspetti della sua identità scientifica e sociale. Si tratta, comunque, di pecche del tutto minori ed irrilevanti rispetto al contributo da egli fornito al bene comune dell'umanità ed alla storia del sapere umano.

Bernardino Ramazzini, dopo essere stato posto alla base della medicina sociale e del lavoro, dopo essere stato fortemente apprezzato da epidemiologi ed igienisti, non può essere escluso dai proto-fondatori della sociologia della salute, ben prima di Parsons e pur con tutto il rispetto specifico e l'ammirazione concettuale dovuta a quest'ultimo ed alla sua grande opera.

A corollario di ciò ed a mo' di conclusione, avanziamo una breve considerazione sui contributi che possono derivare alla fondazione o alla costituzione dell'identità di una disciplina (la nostra) da apporti collaterali ed apparentemente estranei o eterodossi. Il riferimento è all'opera di John Øvretveit.

Øvretveit, si sa, è autore molto noto a livello internazionale che, da una ventina di anni, si occupa, secondo varie prospettive, di sanità⁵⁶. Il suo approccio appare essenzialmente pratico o spendibile⁵⁷ e, recentemente, sembra essersi decisamente orientato nell'ottica della valutazione della qualità se-

condo una visione polivalente o di politiche pubbliche. Se limitiamo il nostro sguardo alla sua più recente e consistente opera in merito⁵⁸, possiamo osservare come essa, pur con qualche incertezza e qualche approssimazione pragmatica⁵⁹, sia piena di stimoli e di contributi derivati da discipline anche piuttosto distanti fra di loro. Essa però, nel contempo, ci dimostra come la sociologia e la sociologia della salute impregnino di sé il lavoro di valutazione, anche se in modo quasi nascosto e, comunque, non identificato in quanto tale. Si tratta di un'estensione più o meno implicita della sociologia o di un'esigenza, maturata per necessità operative, che porta acqua al consolidarsi ed allo svilupparsi della sociologia stessa?

Credo che entrambe le ipotesi accennate abbiano un loro senso preciso. Vediamo perché a partire e restando dentro al testo in questione (nota 58), seppur per sommi capi. Øvretveit è un pluralista ad alta sensibilità sociale. Egli scrive, a proposito della qualità, come "ogni categoria sia creata e sostenuta dalla società e come sia connessa ai valori ed alle aspirazioni degli individui e dei diversi gruppi di interesse"⁶⁰. La sua campagna a favore della valutazione non gli impedisce certo di vedere come questa sia tante

55. Ripreso ogni dove, ma con distacco. A p. 169 dell'opera in questione, si legge: "Lavorare, mangiare, bere, dormire, amare, tutto deve essere misurato" (questo detto naturalmente da Ippocrate).

56. Cito, almeno, J. Øvretveit, *Health Service Quality*, Blackwell Sc. Press, Oxford, 1992.

57. Nel senso contenuto in C. Cipolla (a cura di), *La spendibilità del sapere sociologico*, Angeli, Milano, 2002.

58. Almeno per quel che ne so, si tratta di J. Øvretveit, *Valutazione degli interventi in sanità*, Centro Scientifico Editore, Torino, 2000. La cura editoriale è di A. Stefanini, M.P. Fantini e del compianto M. Zanetti.

59. Sul tema, rimando a C. Cipolla, G. Giarelli, L. Altieri (a cura di), *Valutare la qualità in sanità*, Angeli, Milano, 2002.

60. J. Øvretveit, *op. cit.*, p. 304.

cose diverse e possa essere definita in tanti modi diversi⁶¹. Del pari, egli usa molte metodologie di lavoro, tra cui spiccano quelle ad impianto sociologico⁶², senza per altro scordarsi che “le cose più importanti sono sempre intangibili e non misurabili”⁶³. Il suo pluralismo operativo lo porta a praticare molti processi di integrazione⁶⁴ che, per quanto non esplicitati, risultano di notevole importanza. Un esempio, per me condivisibile, è riportato nello Schema 1, dedotto da Øvretveit ed adattato da chi scrive⁶⁵.

Cosa rispondere, dunque, alla domanda avanzata in precedenza? Mi sentirei di poter confermare un orientamento positivo rispetto ad entrambi i quesiti posti. Nel testo in questione e,

più in generale, nell’opera di Øvretveit (che non è un sociologo), si vede chiaramente come egli, da un lato, fruisca, più o meno consciamente, di metodi elaborati e propri della sociologia della salute e, dall’altro, manifesti più istanze che non possono che essere interpretate dalla stessa (nostra) disciplina. Siamo, insomma, in presenza di una sorta di sviluppo co-evolutivo⁶⁶, a più basi e portatore di culture diverse, che nel suo complesso legittima di fatto e di diritto il nostro sapere e la sua peculiare capacità di contribuire al benessere dei cittadini.

Da dove parta una disciplina, cosa la fondi, quali siano le sue premesse non è mai ben chiaro. In altra sede⁶⁷, ho cercato di riflettere teoricamente su

Schema 1 - Modello di valutazione della qualità in sanità

<i>Tipo di qualità</i>	<i>Percorso</i>	<i>Risorse</i>	<i>Processo</i>	<i>Risultato</i>
<i>Qualità professionale</i>		Personale medico (e non) con crediti formativi e lavorativi buoni	Comportamento corretto e collaborativo a base scientifica	Esiti positivi in misura elevata (a confronto)
<i>Qualità organizzativa e manageriale</i>		Management preparato e con disponibilità sufficienti. Strutture consone	Sprechi minimi, buona integrazione operativa	Efficienza alta nel rapporto costo-esito
<i>Qualità dal lato del paziente</i>		Strumenti di espressione del proprio parere codificati. Contesto gradevole	Relazionalità adeguata	Valutazione dell’esperienza (nella propria ottica) soddisfacente

61. *Ivi*, p. 365.

62. Cfr. il cap. 11 dell’opera in questione. In merito, vedi C. Cipolla (a cura di), *Il ciclo metodologico della ricerca sociale*, Angeli, Milano, 2002.

63. Cfr. J. Øvretveit, *op. cit.*, p. 261.

64. Su ciò rimando a C. Cipolla, *Epistemologia della tolleranza*, *op. cit.*, voci *Integrazione* (a p. 1400 del III vol.) ed *Integrazione sociale/metodologica* (a p. 1405 del III vol.).

65. Vedi J. Øvretveit, *op. cit.*, pp. 318 ss.

66. Cfr. la voce *Co-evoluzione* (pp. 407 ss. del I vol.) contenuta in C. Cipolla, *op. cit.*

67. Mi riferisco a C. Cipolla (a cura di), *Principi di sociologia*, Angeli, Milano, 2000, pp. 8 ss.

questi aspetti giungendo a conclusioni aperte, plurali, disponibili ad altro da sé. Qui abbiamo scavato lungo tre direttrici assai difformi tra di loro e credo sia stato capito come risulti molto difficile dire cosa conti di più nell'affermarsi di una disciplina in quanto tale. Sicuramente, servono precedenti storici intesi in senso lato (Ramazzini); sicuramente, serve una teoria fondativa e auto-definita come tale (Parsons); sicuramente, servono apporti collaterali che da dentro portino fuori e da fuori portino dentro (Øvretveit), ma forse serve anche⁶⁸ altro (appoggio politico, legittimazione sociale, dimostrazione di utilità o di spendibilità e così via).

In ogni caso, alle radici della sociologia della salute si trovano molti autori e molte istanze sociali di cui ci siamo limitati a fornire una sintetica e fugace traccia per un panorama sempre più ampio.

Costantino Cipolla

In memoriam

John Rawls (1921-2002)

Lo scorso 25 novembre 2002, quando John Rawls è morto all'età di 81 anni, è stato giustamente salutato come uno dei massimi filosofi della politica del secolo appena concluso. Il senso complessivo della sua opera è quello di aver colmato il grande vuoto lasciato dal tramonto dell'utopia marxista, a partire da una nuova teoria

della giustizia in grado di evitare sia gli errori e i limiti dell'utilitarismo sia quelli del cosiddetto intuizionismo. Una nuova teoria della giustizia che consenta di ripensare e rifondare un nuovo "Stato sociale". Non a caso vi è chi ha salutato in Rawls "il liberale che prese il posto di Marx"⁶⁹, o anche "un *Liberal* pieno di idee"⁷⁰, proprio perché in questo filosofo americano la sinistra occidentale, ed in particolare quella italiana, ha trovato un nuovo punto di riferimento, una nuova prospettiva capace di coniugare liberalismo e riformismo, attenzione per la libertà individuale ma anche principio di uguaglianza, cioè equa ripartizione dei vantaggi sociali. Per questo vi è anche chi, come Daniell Bell, ha affermato che le idee di Rawls costituiscono "il più elegante tentativo di giustificare, ai giorni nostri, un'etica socialista"⁷¹, o ancora chi ha affermato che la teoria della giustizia che ci ha lasciato Rawls possa davvero costituire la nuova carta della socialdemocrazia moderna⁷².

Dell'importanza cruciale della proposta filosofica di Rawls, con tutte le chiare ed evidenti ricadute pratiche che essa significa per la sfera dell'intervento sociale, della riorganizzazione dei servizi indispensabili oggi ad assicurare adeguati livelli di benessere e salute, nessuno nutre dubbi. Giustamente è stato osservato che la sua più importante opera, *Una teoria della giustizia* pubblicata nel 1971 (tradotta da Feltrinelli nel 1982), abbia costituito un autentico spartiacque nella storia della filosofia politica contemporanea: tutti i filosofi venuti dopo di lui sono stati per così dire costretti a definire le proprie concezioni in opposizione o in accordo con le sue. Uno dei tratti più interessanti del neocontrattualismo di Rawls resta quello di non arrendersi all'idea che la nostra sia ormai l'epoca del "post-dovere", un'epoca cioè in cui non so-

68. Per l'Italia, ad esempio, è stato fondamentale il ruolo accademico (e non) svolto da Achille Ardigò.

69. Cfr. "Corriere della Sera", 27/11/2002, p. 35.

70. Citato da Dario Antiseri, in *John Rawls e la politica alle prese con liberismo e giustizia*, "Avvenire", 27/11/02, p. 23.

71. Cfr. "Repubblica", 27/11/02, p. 44.

72. Jacqueline Russ, *L'Etica contemporanea*, Il Mulino, 1997, p. 72.

lo la separazione fra sfera dell'etica e della politica si sarebbe irreversibilmente e definitivamente consumata ma anche l'epoca nella quale tutti dovremmo rallegrarci di ciò. Al contrario, per Rawls la risoluzione dei problemi pubblici non può affatto essere indipendente da un'etica o da una morale⁷³. In questo senso il suo tentativo è associabile a quelli di Habermas, Gadamer, Ricoeur, allo stesso Jonas con il suo "principio di responsabilità", vale a dire a riflessioni filosofiche che "in un'epoca nutrita di inquietudini diffuse e di angosce riguardanti il futuro remoto dell'uomo presuppongono un certo ritorno alla morale"⁷⁴.

Il modo in cui Rawls cerca di favorire un "rinnovamento assiologico" è tuttavia tutto inscritto nell'etica kantiana. Un'etica cioè che, come direbbe Scheler, ha il suo limite maggiore nel suo formalismo. Anche per Rawls, come osserva Jaqueline Russ, si può senz'altro dire che "quando i cittadini avvertono l'anomimato della gestione della cosa pubblica, allora rinasce l'esigenza di una fondazione etica e sembra rendersi necessaria la ridefinizione di un ideale"⁷⁵, anche se poi questo tentativo si sviluppa all'interno di un "autonomismo etico", che ad esempio ripropone come postulato quello dell'*Etsi Deus non daretur*. Le analisi di Rawls costituiscono a tutti gli effetti "un riferimento per tutti coloro che cercano di inscrivere l'imperativo *tu devi* entro il progetto di un *voler vivere insieme*"⁷⁶, anche se questo avviene poi all'interno di una rinnovata forma di contrattualismo. È soprattutto da Kant che Rawls parte per cercare di capire che cosa sia la giustizia e come possa definirsi un ordine giusto e stabile. Rifacendosi alla tradizione contrattualista che passa per Hobbes, Rousseau e soprattutto Kant, Rawls vuole soprattutto definire i criteri, le regole, le procedure che possono dar vita ad un nuovo contratto sociale "fra persone

libere e razionali". Il problema resta quello di capire se un metodo corretto sia in sé sufficiente a formare un tipo di cittadino "non anomico" che partecipi alla vita pubblica con il più alto senso di responsabilità. Il nuovo contratto sociale a cui pensa Rawls deve saper coniugare tradizione liberale e socialdemocratica, e per questo evitare sia "un assurdo egualitarismo" sia "il regno del mercato puro e semplice"⁷⁷. Per far questo Rawls rifiuta il riferimento ad un bene supremo, richiamandosi ad una tradizione che rifiuta la teleologia classica, in particolare quella aristotelica, nella misura in cui antepone l'idea di giusto a quella di bene: per Rawls un atto non è giusto né morale perché è buono ma perché è retto. Questo significa che la giustizia non viene definita a partire dal bene e dai fini ultimi dell'uomo ma solo da un accordo fra persone libere e razionali che nasce su un terreno "neutrale" rispetto all'idea di bene ultimo. Primo requisito delle istituzioni sociali è infatti per Rawls non quello di favorire la realizzazione di un "bene comune" ma quello della giustizia. Per dirla con Leo Strauss, anche Rawls si muove ormai su un terreno dove vi è sì tensione etica ma all'interno di quella scelta a favore di una "neutralità assiologica", di una "inversione della teleologia" che si produce con la modernità, e per la quale "non si può definire il bene della società. Cioè il bene comune, in termini di virtù, bensì si deve definire la virtù in termini di bene comune"⁷⁸.

L'idea fondamentale da cui parte Rawls è quella che lui stesso chiama "velo di ignoranza". Il nuovo contratto da porre alla base di una società realmente giusta dovrebbe essere sottoscritto immaginando di trovarsi in una situazione nella quale ciascuno dei contraenti (ogni cittadino) ignori le condizioni nelle quali gli toccherà di vivere: in quale situazione sociale, di reddi-

73. *Ibidem*, p. 96.

74. *Ivi*.

75. *Ivi*.

76. *Ivi*.

77. *Ibidem*, p. 72.

78. L. Strauss, *Che cos'è la filosofia politica*, Argalia, Urbino, 1977, p. 34.

to, di genere ecc. Costrette ad accordarsi a partire da una situazione di questo tipo, determinata cioè da questo “velo di ignoranza”, le persone giungerebbero spontaneamente a riconoscere la più ampia quantità di diritti e di condizioni sociali favorevoli da garantire a tutti. Ne consegue un consenso generale sul principio secondo il quale tutti i beni sociali fondamentali – dalla libertà al reddito alla ricchezza all’assistenza, fino ad ogni altra opportunità – dovrebbero essere distribuiti in modo assolutamente uguale. Le ineguaglianze sociali ed economiche potrebbero essere ammesse unicamente se finalizzate ad aiutare i più svantaggiati.

Questi principi di giustizia vengono definiti e riscuotono un accordo sulla base dunque di un “esperimento mentale”, immaginando cioè una situazione che non ha nulla a che fare con la concretezza e la storicità degli individui e delle società. I critici di Rawls in effetti si sono concentrati proprio su questo aspetto: comunitaristi come A. MacIntyre hanno rilevato come l’universalismo propugnato da Rawls abbia un carattere troppo formale e vuoto. Esso cioè non può misurarsi con la storia, i contenuti, i valori, le preferenze culturali che concretamente caratterizzano le comunità umane. A sua volta Sandel ha osservato quanto sia assurdo “chiedere a qualcuno di immaginare un progetto di vita se ignora tutto di sé. Orfani delle tradizioni e delle comunità che ci garantiscono la nostra identità, noi non siamo assolutamente in grado di scegliere”⁷⁹.

Rawls immagina dunque una situazione pre-sociale che non è mai esistita: non uomini in carne ed ossa ma cittadini “liberi e ragionevoli” astratti, senza una storia, una cultura, un particolare linguaggio entro il quale pensano, una tradizione reli-

giosa. Ad esempio, da dove sorge secondo Rawls quel principio di responsabilità e socialità in virtù del quale sia possibile anche soltanto sottoscrivere il suddetto contratto?

In sé i due principi fondamentali enunciati da Rawls nella sua “teoria della giustizia” sono accettabili. Tuttavia vi è chi, ad esempio G. Chalmeta, ha sottolineato come un accordo razionale fra cittadini a partire dalle premesse del neocontrattualismo sia in realtà assai più problematico di quanto faccia pensare la tesi del “velo di ignoranza”. Soprattutto nella misura in cui sia possibile, pur in un contesto di elevata tensione etica e solidaristica verso gli esseri umani, ed in particolare verso i più svantaggiati, postulare quello che si è definito “vincolo di neutralità”⁸⁰. Cioè l’idea che sia possibile, nei termini del “velo di ignoranza”, scegliere prescindendo dai nostri interessi più personali, e da quello che riteniamo buono. Ma la contraddizione in cui rischia di incorrere il vincolo di neutralità di Rawls è soprattutto che esso, rifiutando di aprirsi ad una istanza veritativa superiore, “conduca nella pratica a determinare il contenuto dei diritti fondamentali del cittadino secondo il criterio della maggioranza”⁸¹. E dunque non secondo quello della loro validità intrinseca in relazione ad una nozione di “vita buona” che da Kant in poi la filosofia politica moderna ha sostanzialmente sempre respinto. Una idea di “vita buona” che probabilmente è la sola, nel clima di sostanziale relativismo culturale che connota la nostra epoca, che possa garantirci la possibilità di percepire gli altri come esseri “la cui perfezione è relazionalmente infinita e pertanto come non sottomessi alle leggi della quantità”⁸².

Leonardo Allodi

79. Citato da E. di Nuoscio, in *Il paladino della società giusta*, “Il Giornale”, 27/11/02, p. 28.

80. Cfr. G. Chalmeta, *Etica applicata. L’ordine ideale della vita umana*, pref. di Sergio Belardinelli, Le Monnier, 1997, p. 210 ss.

81. *Ibidem*, p. 215.

82. *Ibidem*, p. 76 ss.

Attualità

L'infermiere specializzato

Una recente indagine di ricerca⁸³ svolta in collaborazione con il Collegio IPASVI di Torino rivolta ad un campione di infermieri di sette regioni italiane, analizzando in termini di qualificazione il contenuto delle funzioni svolte dall'infermiere, ha evidenziato come la figura infermieristica prevalente sia quella dell'infermiere generalista, che svolge numerose attività di natura alquanto diversa tra loro, che richiedono un insieme di fattori di qualificazione (abilità manuale, conoscenze tecniche, capacità relazionali).

Punto di forza di questa figura, che la rende centrale nell'organizzazione Sanità, è la sua versatilità. Tuttavia in nessun caso rispetto al campione intervistato le attività svolte dall'infermiere si esauriscono in quelli che la ricerca ha definito *core tasks* (compiti centrali) distinti in compiti tecnici, assistenziali, organizzativi. Tutti gli intervistati svolgono anche molte altre attività specialmente di natura tecnica e organizzativa, in molti casi si tratta di compiti di confine, nel senso che possono essere svolti anche da altre figure professionali, dal medico ai tecnici.

Le funzioni infermieristiche che si distaccano da questo modello non sono molte, la ricerca ne ha evidenziato quattro: educazione alle persone, attività rivolte all'area critica, al blocco operatorio e all'area psichiatrica.

La lettura fornita identifica queste quattro "aree" nelle quali l'attività svolta ha un contenuto profondamente diverso da quello dell'infermiere generalista e conclude definendo come le specializzazioni vere e proprie, cioè le

attività caratterizzate da competenze diverse da quelle già presenti nell'infermiere generalista, sono soltanto tre: area critica, sala operatoria/centro trapianti/terapia intensiva e psichiatria.

Nelle prime due i compiti tecnici specifici sono relativi all'uso di strumenti o apparecchiature particolari, nella terza riguardano l'applicazione di modelli psicologici e psichiatrici nella relazione d'aiuto terapeutico. Dunque infermiere specializzato in risposta all'evoluzione della tecnologia e alla domanda di salute di uno specifico target di popolazione.

Dove collocare quindi le aree di specializzazione previste dal profilo professionale?

Una prima riflessione riguarda l'infermiere generalista: il profilo professionale definisce l'infermiere come l'operatore sanitario responsabile dell'assistenza generale infermieristica.

Infermiere generalista-infermiere responsabile dell'assistenza generale infermieristica, definizioni riconducibili ad una medesima figura?

Il termine generalista sembra descrivere l'infermiere in termini maggiormente quantitativi (come numero di attività svolte di varia natura e qualificazione) rispondente al paradigma tecnico (tipico degli anni '70) con una struttura organizzativa organizzata per compiti.

Essere responsabili dell'assistenza generale infermieristica significa prendersi cura delle risposte che la persona dà al proprio stato di salute sia in termini di benessere con le funzioni di prevenzione ed educazione, sia in termini di alterazione con la cura e l'educazione terapeutica al trattamento della malattia con modelli organizzativi strutturati per obiettivi e rispondenti al paradigma professionale.

83. W. Tousijn, *Una ricerca empirica sul contenuto delle mansioni infermieristiche*, "Tendenze Nuove", n. 1, 2001.

La rottura del paradigma tecnico per quello professionale, avvenuta in Italia negli anni '80-'90, ha trovato fondamento e diffusione inizialmente a livello del vertice strategico e della linea intermedia con un'estensione al nucleo operativo attualmente ancora in corso.

Dai risultati della ricerca risulta come la comunità scientifica viva ancora oggi una dicotomia tra la realtà professionale e i modelli concettuali e paradigmi che riconosce come propri.

Emergono tuttavia anche dati di riconoscimento e identificazione nel paradigma professionale. Tousijn infatti rileva che la variabile tecnologia, da sempre fondamentale come forza di trasformazione del contenuto delle attività svolte e del livello di qualificazione del lavoratore, nel caso della professione infermieristica si dimostra assai poco rilevante, anzi l'indagine ha rilevato qualche fenomeno che sembra puntare verso la direzione opposta, verso una de-tecnicizzazione dell'attività infermieristica, un esempio di questo nuovo orientamento sono i compiti educativi a cui sempre più l'infermiere si dedica.

L'infermiere non sente l'evoluzione tecnologica come fattore di trasformazione della propria attività professionale perché la tecnologia è il puro strumento di valutazione diagnostica dello stato di salute della persona o lo strumento di applicazioni terapeutiche prescritte di responsabilità della professione medica.

L'infermiere formula diagnosi infermieristiche non sulla base di dati clinici bensì infermieristici, pianifica l'assistenza infermieristica utilizzando i propri strumenti specifici, la tecnologia a volte lo può aiutare ma difficilmente diverrà fattore di trasformazione.

Qual è dunque il significato della futura attività specialistica dell'infermiere? In quali campi si può applicare e quali sono le attività che ad esso rispondono?

La sociologia dell'organizzazione individua le variabili che influenzano il contenuto delle mansioni nella tecnologia, nella domanda, nella struttura organizzativa e nelle strategie professionali: proviamo dunque a fornire una risposta alle domande precedenti in quest'ottica.

Il significato della specializzazione infermieristica non può essere collocato nella trasformazione tecnologica per le motivazioni prima descritte, ma può essere sicuramente rispondente alla modificazione della domanda.

La specializzazione infermieristica infatti vuole rispondere ai problemi prioritari di salute e dei servizi sanitari. Fattori quali l'incidenza di un problema di salute, la sua gravità, la sua emergenza rispetto ad una popolazione afferente ad un determinato territorio, i problemi della qualità dei servizi erogati possono e devono trovare risposta nelle competenze specifiche dell'infermiere specializzato.

Per queste motivazioni la specializzazione infermieristica è stata definita (dal DM 739/94) in più aree: sanità pubblica, pediatria, salute mentale-psichiatria, geriatria, area critica, al quale è stato successivamente aggiunto il management infermieristico per le funzioni di coordinamento.

L'infermiere si prende cura della persona nella sua globalità, il percorso della specializzazione non può essere quindi quello della frammentazione per apparati (come è accaduto per la professione medica), ma l'applicazione di modelli e strumenti assistenziali, educativi e relazionali specifici per risposte a problemi di salute.

Il necessario sviluppo di tali modelli si colloca nella formazione complementare, con l'obiettivo di migliorare la qualità dell'assistenza garantendo le competenze specifiche e al contempo valorizzando gli ambiti di autonomia propri dell'infermiere.

Il profilo dell'infermiere specializzato viene quindi ad identificare un ruolo professionale comprendente la presa in carico assistenziale della persona attraverso abilità di cura avanzate, approcci innovativi, strategie di collaborazione interdisciplinare; l'esercizio strutturato della funzione di educazione sia nell'ambito clinico rivolta agli utenti, ai familiari e all'équipe infermieristica, sia in quello dell'insegnamento formale; l'attività di consulente per i colleghi e per altri operatori per l'implementazione di attività complesse, innovazione di tecniche assistenziali, procedure, protocolli sulla base di evidenze scientifiche e la realizzazione della ricerca infermieristica.

Le politiche sanitarie negli ultimi dieci anni hanno modificato la struttura organizzativa spostando la cura della persona dal momento acuto dell'intervento ospedaliero alle strutture extra ospedaliere in un'ottica di rete integrata ospedale-territorio.

La variabile struttura organizzativa richiede quindi all'infermiere il poten-

ziamento e la valorizzazione delle funzioni educative e di prevenzione proprie del profilo dell'infermiere. In tal senso la specializzazione potrebbe essere lo strumento non per la trasformazione, ma per la definitiva diffusione e consapevolezza del paradigma professionale.

Discorso analogo può essere compiuto per la variabile strategie professionali. I cambiamenti professionali, legislativi, della formazione hanno delineato una professione in forte crescita con l'evidente necessità di consolidare la propria identità professionale sia nei confronti degli altri operatori sanitari, sia delle persone assistite.

Siamo entrati a pieno titolo in Università con la laurea triennale, le specializzazioni, come anche la laurea specialistica, che oltre a rappresentare il regolare percorso di carriera accademico contribuiranno ad identificarci all'interno e all'esterno della nostra comunità.

Cristina Loss