

# Come l'araba fenice?

I sociologi nel Servizio Sanitario Nazionale

A cura di Rocco Di Santo,  
Guido Giarelli, Giulia Mascagni



**Salute e Società – *Health & Society***

**FrancoAngeli** 

# Salute e Società – *Health & Society*

COLLANA DIRETTA DA / EDITOR **GUIDO GIARELLI**

La collana editoriale, attiva dal 2002, si propone di rappresentare un punto d'incontro di carattere interdisciplinare tra le scienze umane e sociali orientato a investigare il complesso nesso tra salute, malattia, medicina da una parte e società e cultura dall'altra secondo una pluralità di approcci epistemologici, teorici e metodologici. Essa accoglie sia testi di carattere manualistico, antologico, monografico di alta qualità e innovativi, sia i risultati di studi, ricerche e indagini di carattere qualitativo e/o quantitativo empiricamente fondati e orientati a contribuire al miglioramento della qualità dei servizi sanitari. Tutti i testi, in italiano o inglese, sono sottoposti a *peer review* in doppio cieco da parte di due *referee* anonimi esperti dello specifico tema trattato e possono essere pubblicati anche in *e-book*.

*The editorial series, active since 2002, aims to represent an interdisciplinary forum between the human and social sciences oriented at investigating the complex link between health, disease, medicine on one hand and society and culture on the other one according to a plurality of epistemological, theoretical and methodological approaches. It includes both high-quality and innovative texts of manual, anthological, monographic nature, and the results of studies, researches and surveys of a qualitative and / or quantitative nature that are empirically founded and aimed at contributing to the improvement of the quality of health services. All the texts, in Italian or English, are subjected to double-blind peer review by two anonymous referees who are experts in the specific topic dealt with and can also be published in e-books.*



## **COMITATO SCIENTIFICO / SCIENTIFIC BOARD**

Ellen Annandale (*University of York*)  
Rita Bichi (*Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano*)  
Piet Bracke (*Universiteit Gent*)  
Hannah Bradby (*Uppsala Universitet*)  
Mario Cardano (*Università di Torino*)  
Cleto Corposanto (*Università Magna Græcia, Catanzaro*)  
Anna Rosa Favretto (*Università di Torino*)  
Boaventura de Sousa Santos (*Universidade de Coimbra*)  
Siegfried Geyer (*Medizinischen Hochschule Hannover*)  
David Hughes (*University of Swansea*)  
Enrique Perdiguero-Gil (*Universidad Miguel Hernández, Alicante*)  
Mike Saks (*University of Suffolk*)  
Graham Scambler (*University College London*)  
Alberto Scerbo (*Università Magna Græcia, Catanzaro*)  
Stefano Tomelleri (*Università di Bergamo*)  
Giovanna Vicarelli (*Università Politecnica delle Marche*)

## **COMITATO EDITORIALE / EDITORIAL BOARD**

Charlie Barnao (*Università Magna Græcia, Catanzaro*), Alessia Bertolazzi (*Università di Macerata*), Micol Bronzini (*Università Politecnica delle Marche*), Silvia Cervia (*Università di Pisa*), Carmine Clemente (*Università di Bari*), Maurizio Esposito (*Università di Cassino e del Lazio Meridionale*), Davide Galesi (*Università di Trento*), Angela Genova (*Università di Urbino Carlo Bo*), Linda Lombi (*Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano*), Beba Molinari (*Università Magna Græcia, Catanzaro*), Umberto Pagano (*Università Magna Græcia, Catanzaro*), Alessandra Sannella (*Università di Cassino e del Lazio Meridionale*), Mauro Serapioni (*Universidade de Coimbra*), Eleonora Venneri (*Università Magna Græcia, Catanzaro*), Roberto Vignera (*Università di Catania*).

## **RESPONSABILI REDAZIONALI / EDITORIAL MANAGERS**

Marilyn Mantineo, [m.mantineo@unicz.it](mailto:m.mantineo@unicz.it)  
Anna Trapasso, [annatrapasso1@gmail.com](mailto:annatrapasso1@gmail.com)

# Come l'araba fenice?

I sociologi nel Servizio Sanitario Nazionale

A cura di Rocco Di Santo,  
Guido Giarelli, Giulia Mascagni

**FrancoAngeli** 

Il volume è stato pubblicato con il contributo di AIS – Associazione Italiana di Sociologia e S.I.S.S. – Società Italiana di Sociologia della Salute

La cura redazionale ed editoriale del volume è di Giulia Mascagni

Progetto grafico di copertina di Elena Pellegrini

Copyright © 2024 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore ed è pubblicata in versione digitale con licenza *Creative Commons Attribuzione-Non Commerciale-Non opere derivate 4.0 Internazionale* (CC-BY-NC-ND 4.0)

*L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito*  
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

# Indice

<b>Introduzione</b> , di <i>Rocco Di Santo e Guido Giarelli</i>	pag.	7
<b>I. Il ruolo dei sociologi della salute nel SSN: come la professione sociologica ha attraversato i diversi processi di riforma</b>		
<b>1. L'istituzionalizzazione accademica della sociologia della salute in Italia: una pluralità di percorsi e orientamenti</b> , di <i>Mara Tognetti</i>	»	27
<b>2. Dalla riforma del Titolo V all'autonomia differenziata: una ricostruzione storico-critica</b> , di <i>Giovanna Vicarelli</i>	»	42
<b>3. Il sociologo nelle politiche socio-sanitarie: una prospettiva europea in trasformazione</b> , di <i>Remo Siza</i>	»	59
<b>II. Competenze ed esperienze dei sociologi nei servizi sanitari e sociosanitari</b>		
<b>4. Il paradosso del sociologo nella sanità locale: tra profilo professionale misconosciuto e competenze strategiche</b> , di <i>Angela Genova e Giulia Mascagni</i>	»	73
<b>5. Medicina territoriale e sociologi della salute: quali prospettive dopo il decreto del Ministero della Salute n.77/2022</b> , di <i>Caterina Musella e Paolo Ugolini</i>	»	87

<b>III. Ruolo e sviluppo delle Medical Humanities nella formazione dei professionisti della salute</b>	»	
<b>6. L'insegnamento delle <i>Medical Humanities</i> nei Corsi di Laurea delle professioni sanitarie in Italia</b> , di <i>Lia Lombardi, Linda Lombi, Monica Murero, Pietro Paolo Guzzo, Alice Scavarda, Veronica Moretti e Stefano Ratti</i>	pag.	101
<b>7. Le <i>Medical Humanities</i> nei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia: stato dell'arte e prospettive future</b> , di <i>Giuseppe Familiari, Bruno Moncharmont, Linda Vignozzi e Stefania Basili</i>	»	118
<b>8. Buone pratiche di formazione. Riflessioni e proposte</b> , di <i>Giovanna Artioli e Vincenza Ferrara</i>	»	127
<b>IV. Sociologia e sociologi della salute nell'assistenza territoriale in sanità</b>		
<b>9. Il ruolo del sociologo nelle Case della Comunità: l'esperienza dell'Emilia-Romagna</b> , di <i>Pierpaola Pierucci</i>	»	141
<b>10. Le competenze distintive del sociologo nel distretto sociosanitario</b> , di <i>Eno Quargnolo</i>	»	151
<b>11. Valutazione, qualità e accreditamento istituzionale</b> , di <i>Anna Zenarolla</i>	»	163
<b>Note sugli autori</b>	»	173

# Introduzione

di Rocco Di Santo e Guido Giarelli<sup>1</sup>

*Come l'araba fenice: che vi sia,  
ciascun lo dice; dove  
sia, nessun lo sa.*  
Metastasio

## 1. Come l'araba fenice? La tribolata storia della professionalizzazione del sociologo della salute

### 1.1 Il quadro di riferimento teorico

La storia dell'araba fenice, uccello favoloso sacro agli antichi Egizi e originario dell'Etiopia, dove viveva un lunghissimo periodo (500 anni) per poi, alla fine della propria esistenza, costruirsi un nido di piante aromatiche su cui stendersi, che il sole coi suoi raggi trasforma in un rogo su cui muore bruciata e dalle cui ceneri riesce poi a rinascere, rappresenta forse l'allegoria più appropriata per interpretare la tribolata storia del lungo processo di professionalizzazione, tutt'altro che lineare, del sociologo della salute.

Al fine di ricostruirne appropriatamente le fasi, è necessario anzitutto delineare brevemente il quadro di riferimento teorico di cui ci serviremo per individuare i passaggi storici fondamentali che hanno caratterizzato tale storia. Quello del sociologo della salute, infatti, non è altro che un caso specifico di una occupazione portatrice di un sapere esperto che ambisce ad essere riconosciuta come professione nel momento in cui applica tale sapere ad uno specifico ambito di realtà quale quello della salute-malattia e dei servizi sanitari. Detto in termini weberiani, essa aspira ad essere legittimata come *ceto* sulla base del *prestigio*, ovvero del riconoscimento di una specifica abilità funzionale (Weber, 1995, pp.137-141). Come tale, essa deve saper operare una metariflessione applicando anche a sé stessa le categorie elaborate dalla riflessione sociologica dedicata allo studio delle professioni.

Da questo punto di vista, ci pare del tutto inadeguato il classico approccio "per attributi" di matrice structural-funzionalista (Carr-Saunders, 1928; Parsons, 1939; Greenwood, 1957) che, oltre ad assegnare ottimisticamente alle

---

<sup>1</sup> L'Introduzione è frutto di un lavoro comune di progettazione degli autori: tuttavia, il §1 è da attribuirsi a Guido Giarelli e i § 2 e 3 a Rocco Di Santo.



professioni un orientamento razionale, di specificità funzionale, universalistico e altruistico, le considera tali se possiedono cinque attributi fondamentali: 1) un corpo sistematico di teoria; 2) una specifica autorità nella relazione con il cliente (*client*); 3) la sanzione della comunità della propria utilità sociale, che si traduce nel riconoscimento del controllo sull'ammissione alla professione; 4) un codice di regole etiche formali e informali; 5) una cultura professionale, con i suoi valori, norme e simboli, che si esplica attraverso le proprie associazioni professionali (Greenwood, 1957).

Si tratta, infatti, di un approccio formalistico che, oltre a risultare più appropriato per le libere professioni che per professioni operanti in contesti organizzativi professionali complessi come quelli sanitari, non consente di comprendere la dinamica evolutiva di una professione nella sua specifica realtà storica. Del resto, le critiche mosse a tale approccio dai teorici radicali della professionalità quale mezzo moderno di differenziazione sociale e di privilegio hanno evidenziato la irrealtà degli attributi nella pratica quotidiana concreta delle professioni. Freidson (1970, pp. 79-80), in particolare, ha sottolineato il carattere ideologico degli attributi professionali, utilizzati come “un deliberato mezzo retorico in un processo politico di *lobbying*, pubbliche relazioni e altre forme di persuasione, al fine di raggiungere il desiderato pieno controllo sul proprio lavoro”. Roth (1974), a sua volta, ritiene che l'approccio per attributi non manifesti capacità di tener conto dell'esperienza quotidiana: dando per scontato situazioni in realtà problematiche, ignora importanti questioni sociologiche; e ciò deriva dall'accettazione acritica dell'ideologia delle professioni stabilite e dominanti. Infine, anche Johnson (1972) sottolinea il divario tra l'immagine stereotipata delle professioni e la loro realtà concreta affrontando il problema del *potere professionale* quale esito della distanza sociale tra professionista e cliente, che crea una struttura di incertezza in tale relazione dando luogo ad una tensione che nel professionismo si risolve a tutto vantaggio del professionista stesso.

Alla luce di queste considerazioni possiamo considerare, seguendo un approccio neoweberiano, il professionismo come un tipo particolare di controllo occupazionale determinatosi in epoca storica moderna, piuttosto che il risultato di una serie di attributi di carattere universale. Come ciò possa avvenire in un contesto complesso come quello sanitario nel quale tende a realizzarsi un *ordine negoziato* tra i diversi attori implicati (Strauss *et al.*, 1963), ce lo ha spiegato Abbott (1988) nel suo lavoro seminale sul *sistema delle professioni* quale forma di divisione del lavoro esperto. Per cercare di dar conto del perché determinati gruppi occupazionali riescono a controllare l'acquisizione e l'applicazione del proprio sapere attraverso il processo di

*professionalizzazione*, Abbott si focalizza su quella che definisce la *giurisdizione* di una professione: ovvero, il legame tra una professione ed il proprio lavoro quale fenomeno centrale della vita professionale, sulla scorta dell'approccio interazionista di Hughes (1958; 1963). Come questo legame viene creato mediante l'applicazione del proprio sapere a specifici problemi sociali, alla loro diagnosi esplicativa e al loro trattamento, interconnessi mediante un processo inferenziale; e come venga quindi istituzionalizzato definendo specifici confini giurisdizionali nei confronti delle professioni contigue in un determinato sistema professionale, costituisce l'effettivo contenuto empirico del processo di professionalizzazione. Un processo nel quale intervengono inevitabilmente anche attori e fattori esogeni appartenenti al contesto esterno: dallo Stato al mercato, dalle nuove tecnologie ai mass media, dai movimenti sociali al ruolo dei cittadini nel sistema professionale. In particolare, sono tre le arene pubbliche entro cui si gioca il processo di professionalizzazione: quella dell'opinione pubblica, in cui essa cerca di affermare la propria autorità culturale e sociale; il contesto organizzativo, in cui essa opera con modalità competitive per affermarsi nei confronti delle professioni vicine e interconnesse in un sistema multiprofessionale interdipendente; e le istituzioni politico-giuridiche statali, nei cui confronti essa rivendica la legittimazione legale della propria attività e dei propri ambiti operativi.

Il processo di professionalizzazione opera anche il consolidamento – e, allo stesso tempo, ne è il risultato – dell'organizzazione sociale di una professione: ovvero, la sua struttura interna composta da gruppi di *lobbying* e associazioni professionali, dalle scuole universitarie che ne controllano il percorso formativo, e dai contesti organizzativi in cui essa opera. Tale struttura sociale interna, in certi casi, può evolvere verso forme di stratificazione sociale fondate su processi di differenziazione interna che esitano in differenze di status, di percorsi di carriera, di controllo sul proprio lavoro, di clientela.

Infine, costituisce un trend contemporaneo internazionalmente riconosciuto che l'*expertise* tecnico di ogni professione – specie quella medica – sia sempre più soggetto allo scrutinio e al controllo di terze parti (Chamberlain *et al.*, 2018). Quanto questo confligga con il modello neoweberiano di “chiusura sociale” della regolazione professionale nei confronti dell'esterno è un problema che ha a che fare con la capacità di una professione di legittimare la propria pretesa di operare al servizio del pubblico piuttosto che del proprio interesse (Freidson, 2001; Chamberlain, 2012).

## 1.2 Dagli anni '70 alla prima metà degli anni '80

Se cerchiamo ora di applicare il nostro quadro di riferimento teorico al caso specifico dei sociologi della salute in Italia, possiamo individuare tre fasi principali che coprono complessivamente un arco temporale di circa mezzo secolo, nel corso del quale la vicenda della loro professionalizzazione è andata dipanandosi con alterne fortune.

Una prima fase inizia con gli anni '70, durante i quali si assiste al momento di *statu nascendi* della professione sociologica nell'ambito dei servizi sanitari sull'onda della forte effervescenza sociale e culturale prodotta dai movimenti sociali di quegli anni anche sui temi della salute-malattia e della medicina. In particolare, l'opposizione e il superamento del monopolio di una prospettiva esclusivamente biomedica su questi temi apre la strada alla possibile rivendicazione da parte dei sociologi di una propria specifica giurisdizione, una volta superata da parte loro la deferenza parsonsiana nei confronti della biomedicina. Storicamente, infatti, sono le rivendicazioni femministe dell'autonoma gestione del proprio corpo dal potere biomedico, di autonomia professionale dallo stesso degli operatori sanitari (infermieri in testa) sino ad allora definiti "paramedici", di tutti coloro che ritenevano di poter affrontare meglio il proprio disagio o qualche forma di dipendenza in gruppi di self-help al di fuori del controllo professionale, dei giovani alla ricerca di forme filosofiche e terapie mediche alternative e più olistiche a costituire il retroterra culturale e sociale di tale giurisdizione.

Sono gli anni in cui la "crisi della sociologia" (Gouldner, 1972) o, meglio, del suo paradigma struttural-funzionalista sino ad allora dominante sfocia nella elaborazione di nuovi paradigmi microsociologici (interazionisti simbolici, etnometodologici, fenomenologici) in grado di interpretare le nuove soggettività emergenti dei movimenti sociali, i loro bisogni postmaterialistici e le loro aspirazioni antiautoritarie; oltre a quelli radicali e neomarxisti volti a coglierne il nesso con la crisi e l'evoluzione del sistema capitalistico delle società postindustriali.

Il nuovo complesso di saperi sociologici che si va così delineando con le sue molteplici applicazioni nei più svariati campi sociali fatica tuttavia a tradursi, da coscienza critica del sistema sociale o alternativa più o meno velleitaria allo stesso, in ruoli professionali innovativi operativamente definiti. La figura dell'"operatore sociologico" – chi, come definito da Gallino (1972, p. 316), «a qualunque titolo porti avanti quella essenziale funzione sociale che è la riflessione sistematica sulle società contemporanee» – ben esemplifica lo stadio ancora informe per la professione del sociologo: tanto da fargli

applicare (Minardi, 1983, p. 353) la stessa etichetta di “semi-professione” già utilizzata per insegnanti, infermieri e assistenti sociali da Etzioni (1969).

Il campo sanitario non fa eccezione: la domanda di sapere sociologico nei primi sociologi inseriti nei servizi psichiatrici, per le dipendenze patologiche, nei consultori familiari o nell’esperienza sperimentale di integrazione ospedale-territorio dei Consorzi sociosanitari realizzati in alcune delle neonate regioni del Nord (specie l’Emilia-Romagna e il Veneto) una prima coraggiosa ma ancora alquanto indefinita risposta. Manca ancora, anche a livello accademico, un sapere sociologico specifico in grado di definire un solido retroterra scientifico su cui fondare l’operatività e la giurisdizione del sociologo.

Sarà la riforma sanitaria istitutiva con l. 833 nel 1978 del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) a offrire l’occasione e lo stimolo per una sua prima definizione e le premesse per l’avvio in forma strutturata di un vero e proprio processo di professionalizzazione. Da una parte, infatti, anche in Italia muove i primi passi una nuova subdisciplina sociologica – all’epoca denominata “sociologia sanitaria” (Donati, 1983a) – che trova il suo battesimo ufficiale nel I convegno realizzato a Bologna nel 1982 a cura di un gruppo di sociologi del Dipartimento di Sociologia dell’Università capitanati da Achille Ardigò e Pierpaolo Donati, con il supporto scientifico della Sezione di Politica sociale dell’Associazione Italiana di Sociologia (AIS) e la partecipazione di studiosi anche di altre discipline provenienti da varie università italiane, oltre che di sociologi operanti nel neonato SSN. La nuova subdisciplina accademica si caratterizza in Italia da subito per l’esplicita volontà di differenziarsi dall’originaria *Medical Sociology* sorta negli USA negli anni ’50 e incentrata sullo studio della medicina, della malattia e dei servizi sanitari: essa intende infatti rompere il monopolio della concezione biomedica e burocratico-amministrativa della sanità per proporre una visione più ampia incentrata sulle problematiche della salute sia a livello individuale che collettivo e sul loro carattere multidimensionale. Come afferma infatti Donati nella sua *Introduzione* agli atti del convegno:

*La nuova sociologia della salute ha, dunque, come punto di partenza la negazione o almeno la rottura dell’equazione data per scontata salute = medicina. Se si vogliono ottenere nuovi livelli quanto-qualitativi di salute per la popolazione, (...) di benessere psico-fisico-sociale, occorre: (i) in primo luogo rivedere il modo in cui è socialmente praticata la medicina (istituzionale e non), (ii) identificare e attivare quei luoghi, soggetti e relazioni sociali che stanno fuori del complesso istituzionale sanitario e che nondimeno svolgono un ruolo essenziale se non determinante, almeno in taluni casi e condizioni, agli effetti della salute (1983b, p. 35, corsivo dell’autore).*

D'altra parte, con la creazione delle Unità Sanitarie Locali (USL) quali articolazioni organizzative fondamentali del nuovo sistema sanitario pubblico che ha sostituito il vecchio sistema diseguale e screditato delle mutue, si apre per i sociologi un nuovo orizzonte di opportunità inedite: e il D.P.R. 761 del 1980 relativo allo stato giuridico del personale del SSN che include anche il sociologo oltre alle figure medico-sanitarie e amministrative sembra rappresentare la concretizzazione di tale opportunità. Tuttavia, la sua inclusione nei "ruoli tecnici" del SSN costituisce un riconoscimento alquanto parziale della valenza professionale del sociologo, che lo relega sostanzialmente in funzione ausiliaria rispetto a quella che si caratterizza da subito come una organizzazione a dominanza medica. Come afferma Minardi (1983, p. 361):

Quanto più, infatti, l'attuazione della riforma sanitaria si caratterizza per una tendenza alla crescente medicalizzazione degli interventi ed alla conseguente riduzione delle valenze sociali e culturali del bisogno di salute, tanto più le professionalità sociali perdono la propria "polivalenza" per acquisire una crescente specificità tecnica sia nel senso della settorializzazione e della specializzazione delle conoscenze e delle abilità che nel senso della ridefinizione dei comportamenti professionali in relazione alle funzioni prevalentemente organizzative che sono chiamate ad espletare.

Il mancato riconoscimento del carattere globale e intersettoriale dell'operatività del sociologo che il suo inserimento nei ruoli tecnici del SSN comporta limita significativamente le possibilità di una sua autonomia professionale quale premessa per un processo di reale professionalizzazione, trasformandolo in una sorta di "tecnologo sociale" (*ivi*, p. 362) in posizione sostanzialmente subordinata al contesto organizzativo in cui opera, di "supporto tecnico" alle professioni mediche e amministrative. Il che implica l'impossibilità di una definizione extra-organizzativa della propria giurisdizione professionale sulla base delle conoscenze e delle abilità teorico-pratiche acquisite, nonché delle norme deontologiche elaborate, sostituita da una omologazione alle variabili normative e operative dell'organizzazione stessa. La potenziale funzione di mediazione sistemica che il sociologo potrebbe svolgere sia all'interno dell'organizzazione tra le dinamiche conflittuali tra i diversi attori presenti, che all'esterno di essa nei confronti dell'ambiente e della complessità crescente dei bisogni di salute della popolazione, ne risulta così inevitabilmente compromessa.

L'esito di questo processo sarà la crescente divaricazione tra una sociologia della salute accademica ormai istituzionalizzata e una sociologia professionale nel SSN la cui giurisdizione, come l'araba fenice, appare come ciò di cui tutti parlano ma di cui nessuno sa dove sia. Ciò dal momento che risultano

sempre più indefiniti ed istituzionalmente configurati, da un lato, il gruppo di coloro che praticano le discipline e le tematiche sociologiche in ambito prevalentemente accademico, in condizioni di status professionale riconosciuto (o come docenti o come ricercatori) e, dall'altro, il gruppo di coloro che, acquisito un titolo accademico a contenuto sociologico, praticano la sociologia o all'interno di un'altra professionalità o nell'ambito di funzioni tecniche ed amministrativo-burocratiche a carattere "aperto" e polivalente, o in quanto soggetti riconosciuti come portatori di una professionalità specifica, quella del "sociologo", i cui contorni e contenuti rimangono in questo caso vistosamente sfumati, possibilistici e aperti a future attribuzioni e ad assestamenti funzionali e contrattuali (*ivi*, p. 352).

### *1.3 Dalla seconda metà degli anni '80 alla fine del secolo*

La mancata definizione di una propria autonoma giurisdizione professionale da parte dei sociologi negli anni di avvio del SSN – con l'appiattimento sulle variabili organizzative dello stesso nell'illusione di poter in tal modo pervenire alla costruzione di quella specifica identità professionale che l'iter formativo accademico non gli fornisce – comporterà una sostanziale involuzione e una sorta di "inabissamento" del ruolo del sociologo negli anni che, a partire dalla metà degli anni '80 e per il decennio successivo, vedono una radicale trasformazione del SSN in un sistema aziendale a gestione manageriale.

Già il II congresso di sociologia sanitaria svoltosi a Rimini nel 1985 registra tali tendenze, a partire dal processo di «crisi organizzativa e finanziaria, nonché politica, del SSN» (Donati, 1986, p. 13). In tale sede, si registrano, infatti, le «gravi distorsioni e involuzioni della sanità in Italia» nel momento in cui «il SSN viene sempre più ristretto a pratiche meramente terapeutiche che prendono in considerazione i fenomeni sociali solo in quanto presentano patologie in atto» (*ibidem*). Tale regressione culturale e organizzativa si esplicita anzitutto nella scarsa attuazione di programmi di prevenzione, nonché in una tendenza alla "patologizzazione del sociale" sinonimo di devianza e di preso in considerazione dalla medicina solo in quanto «sinonimo di devianza e disadattamento anziché sinonimo di ordinaria vita quotidiana in cui dovrebbe essere incentivato e promosso un "normale" comportamento orientato alla salute» (*ivi*, p. 14).

In secondo luogo, si osserva come «il sistema sanitario tende a ripiegarsi su se stesso, sulle sue pratiche specialistiche, cercando una mera "razionaliz-

zazione gestionale” (spesso solo razionamento) che evita i problemi di comunicazione con i mondi vitali dei pazienti, e con le loro soggettività, anche organizzata (*sic!*) in reti di sostegno autonomo» (*ibidem*).

In terzo luogo, «si affacciano nuove forme di medicalizzazione, cioè di trattamento di situazioni sociali problematiche attraverso strumenti prettamente bio-medici (inclusa la manipolazione biologica della vita umana) e farmacologici (per es., nel campo delle malattie mentali, del disadattamento infantile, giovanile e adulto, ecc.)» (*ibidem*).

A fronte di tali tendenze involutive del SSN, che sfoceranno nella “razionalizzazione gestionale” operata dalla aziendalizzazione degli anni '90 con i due D.Lgs. 502/1992 e 517/1993, i cui principi ispiratori neoliberalisti appaiono ben diversi da quelli della l.833 del 1978, si riscontra, per quanto riguarda nello specifico il sociologo nel SSN, la sua “incerta professionalità e debole professionalizzazione” (Campelli, 1985). Con particolare riferimento al suo ruolo, si ammette trattarsi di “un profilo professionale in discussione” (Minardi, 1986), dal momento che il suo riconoscimento è in gran parte determinato dagli «esiti dei confronti negoziati che si stabiliscono tra i diversi gruppi professionali, caratterizzati da una forte eterogeneità di status organizzativo» (Minardi, 1986, p. 312). Detto in termini meno criptici, il sociologo si ritrova a confrontarsi nel sistema di professioni che caratterizza il SSN con gruppi professionali (medici, psicologi, dirigenti amministrativi) il cui ruolo e status sono assai meglio definiti e sovraordinati rispetto ai propri. Per cui si ammette che è necessario «riconsiderare criticamente l’ottimismo di una prospettiva evolutiva e di crescita della professionalità degli operatori sociologici che pochi anni fa poteva in parte essere giustificata, ma che oggi va considerata con maggiore cautela» (*ivi*, pp. 313-314).

Il percorso di professionalizzazione incerto e difficile del sociologo sanitario si scontra dunque in quegli anni da una parte con l’evoluzione in senso aziendalistico-manageriale della struttura organizzativa delle USL e del SSN che tende a considerare il suo sapere sempre più marginale; e, dall’altra, con la struttura interna delle negoziazioni interprofessionali dominanti nella organizzazione sanitaria che, relegando giuridicamente il sociologo ad un ruolo tecnico sostanzialmente subordinato a quello professionale, lo pone già in partenza in posizione svantaggiata. Si potrebbe definire questa condizione con il concetto di “giurisdizione intellettualmente subordinata” proposto da Abbott (1988, p. 75) tra i possibili esiti delle controversie giurisdizionali che caratterizzano un sistema interprofessionale. Una subordinazione intellettuale al contesto organizzativo di tipo imitativo, “mimico” come è stata definita (Minardi, 1986, pp. 321-323) che rende alquanto improbabile riuscire

a rivendicare una propria specifica giurisdizione anche nelle arene dell'opinione pubblica e del sistema politico-giuridico. Il che esita in una professionalità «debole e problematica, perché priva di riconoscimento pubblico e incapace di acquisire una propria autonomia professionale» (*ivi*, p. 323). Come l'araba fenice, il sociologo professionale, rintanandosi nel proprio nido di piante aromatiche, finisce col morirci bruciato.

#### *1.4 Dagli anni 2000 a oggi*

Il nuovo millennio ha rappresentato un momento di forte ripresa sia della riflessione che, soprattutto, dell'azione relativa alla affermazione del ruolo del sociologo sanitario in generale e nel SSN in particolare. Il superamento della subordinazione imitativa, fondata sull'illusione che il carattere professionale dell'organizzazione dei servizi sanitari potesse orientare anche la costruzione dell'identità professionale del sociologo, riapre la questione della professionalizzazione del sociologo della salute su nuove basi.

La prima è costituita dalla riapertura di un dialogo tra sociologi accademici e sociologi professionali che, già dal III convegno di sociologia sanitaria di Bologna del 1988<sup>2</sup> e per tutti gli anni '90, appariva interrotto. È l'anno 2002 a segnare in particolare tale processo con due eventi fondamentali. Il primo è la nascita della rivista *Salute e Società*, diretta da Costantino Cipolla e con un Comitato scientifico, una Redazione e una serie di Redazioni scientifiche locali di respiro nazionale e internazionale che affiancano il Comitato Direttivo e la Segreteria Tecnico-Scientifica, espressione non solo della Scuola di Specializzazione in Sociologia Sanitaria dell'Università di Bologna<sup>3</sup> ma di un'ampia rete di studiosi e professionisti che danno vita ad una serie ininterrotta sino ad oggi di numeri monografici quadrimestrali sulle tematiche più svariate inerenti la salute-malattia, l'organizzazione dei servizi socio-sanitari, la medicina, la disabilità, le dipendenze, l'invecchiamento, l'associazionismo volontario, le disuguaglianze sociali di salute, la comunicazione sanitaria, la medicalizzazione e la farmacologizzazione. Essendo l'unica rivista specialistica italiana di sociologia della salute e della medicina, essa si è affermata quale punto di riferimento fondamentale per il confronto dialogico e il libero dibattito, anche in prospettiva interdisciplinare,

---

<sup>2</sup> Non casualmente, negli atti di tale convegno (Donati, 1989), della questione del ruolo del sociologo nel SSN, tanto dibattuta nei due convegni precedenti, non c'è traccia.

<sup>3</sup> Fondata e diretta da Achille Ardigò e poi da Costantino Cipolla sino alla sua chiusura dovuta alla mutata legislazione universitaria.



sui fondamenti scientifici, teorici ed epistemologici, della subdisciplina nonché sulla loro traduzione operativa e professionale nell'ambito dei servizi socio-sanitari e del SSN in particolare.

Il secondo evento dell'anno 2002 è costituito dalla creazione della Società Italiana di Sociologia della Salute (SISS) a Forlì, quale strumento associativo specifico dei sociologi della salute sia accademici che professionali<sup>4</sup>, con lo scopo precipuo di favorirne il dialogo al fine di conseguire il più ampio riconoscimento sociale e normativo e la tutela delle attività proprie della professione di sociologo della salute. La società ha rappresentato quindi il punto di congiunzione tra la ricerca e la riflessione sociologica accademica e il complesso sempre più variegato di attività che i sociologi professionali sono chiamati ad esplicare nel SSN: dalla pianificazione dei servizi alla loro valutazione, dalla rilevazione della salute percepita e dei bisogni di salute in una popolazione all'analisi delle dinamiche interne ad una organizzazione, dall'analisi delle disuguaglianze sociali di salute alla valorizzazione del ruolo dei cittadini nei processi di governance sanitaria. La possibilità di un proficuo interscambio reciproco tra teoria sociologica e pratica professionale autoriflessiva è risultata ulteriormente rafforzata dal dialogo avviato tra la SISS e la Sezione di Sociologia della salute e della medicina dell'Associazione Italiana di Sociologia (AIS) fondata nel 2005, di cui anche questo volume costituisce l'espressione.

Il rafforzamento del processo di professionalizzazione del sociologo della salute ha trovato modo di esplicarsi anche attraverso altre due nuove opportunità, che dimostrano la ormai acquisita capacità di lobbying nei confronti del sistema politico-giuridico. Anzitutto, il D.Lgs. 206/2007 che recepisce una direttiva europea relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali, e la L. 4/2013 che riconosce per la prima volta le professioni non dotate di ordini professionali, pur non riconoscendo anche ufficialmente le loro associazioni (Magnante, 2014), hanno comunque aperto la strada per un ruolo fondamentale delle stesse nella certificazione dei percorsi formativi (con le relative conoscenze, abilità e competenze) sia accademici che di aggiornamento e formazione sul lavoro richiesti per la qualificazione della professione sociologica (Perino, 2014). La SISS ha così potuto attivare un percorso di certificazione, sia pure su base volontaria, di riconoscimento delle qualifiche professionali dei sociologi della salute (Toniolo, 2014). Anche la successiva norma tecnica UNI 11695/2017 va nella stessa direzione di riconoscimento della certificazione professionale da parte delle associazioni quale

---

<sup>4</sup> Significativa, in tal senso, l'alternanza dei presidenti e vicepresidenti tra sociologi accademici e professionali perseguita sino ad oggi.

strumento di accreditamento delle professioni non ordinistiche (Benvenuti *et al.*, 2020).

Ma il salto di qualità più significativo nella legittimazione della professione del sociologo sanitario è arrivato con l'approvazione del ruolo socio-sanitario per i sociologi del SSN assieme ad assistenti sociali e operatori socio-sanitari previsto dalla legge 106/2021, che sancisce definitivamente il superamento di quel ruolo tecnico attribuito dal DPR 761 del 1979 che tanto negativamente ha influito sul percorso di professionalizzazione del sociologo della salute. Si tratta di un riconoscimento significativo dell'autonomia professionale e della collocazione più appropriata del suo ruolo che, alla luce di quanto già previsto dal D.lgs.502/1992 e dall'art.5 della l. 3/2018, dovrebbe esplicitarsi principalmente nell'ambito dell'erogazione delle prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria che attengono alle aree materno-infantile, anziani, handicap, salute mentale e dipendenze patologiche, patologie infettive, patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative.

Certamente, non tutti i nodi fondamentali della professionalizzazione del sociologo della salute sono stati risolti: il D.M 71 "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale", ad es., non riconosce alcun ruolo al sociologo, nonostante il contributo fondamentale che le competenze sociologiche possono offrire alla ridefinizione del sistema delle cure primarie e dei servizi socio-sanitari territoriali. E la stratificazione alla professione tra accademici e tecnici resta un problema aperto (Siza, 2013, p. 177). Tuttavia, la definizione quasi compiuta della propria giurisdizione professionale su solide basi scientifiche e qualificate metodologie di ricerca sociale (Panza, 2009) possono ormai consentire ai sociologi della salute di rivendicare, attraverso la loro associazione professionale, la piena legittimazione della propria autonomia professionale sia nell'arena organizzativa nei confronti delle altre professioni del SSN, che dell'opinione pubblica e del sistema politico-giuridico. Come l'araba fenice, che risorta dalle proprie ceneri, poteva tornare a dispiegare le sue ali per volare lontano.

## **2. Ritorno a Matera: dalla ricerca dell'identità al riscatto**

Il 28 e il 29 ottobre 2022, si è tenuto a Matera presso la sede dell'Università di Basilicata il convegno "Mission e competenze dei sociologi della salute: una risorsa strategica per la governance del SSN" organizzato dalla Società Italiana di Sociologia della Salute (SISS) e dalla sezione di Sociologia della Salute e della Medicina dell'Associazione Italiana di Sociologia (AIS-SSM).

La scelta della città di Matera ha diverse ragioni che si possono sintetizzare in questo modo. Il primo motivo è quello legato ad una semplice promozione di un luogo tra i più visitati negli ultimi 5 anni nonostante la parentesi della pandemia, poiché nel 2019 la città dei Sassi è stata insignita Capitale Europea della Cultura. Il secondo motivo è dettato da un significato storico e soprattutto sociologico.

È noto che nel secondo dopoguerra l'Italia intera si accorse di questo luogo insolito, remoto e con un sistema socioeconomico anacronistico ove la povertà e l'assenza di sviluppo hanno condizionato la vita degli abitanti vissuti nelle insalubri grotte adibite a dimora. Dalla famosa espressione di Togliatti che definì Matera la "vergogna nazionale" si passò alla nota legge speciale per lo sfollamento dei Sassi (1952) che impose a due terzi degli abitanti (circa 17 mila persone) di abbandonare le proprie dimore per trasferirsi nei rioni appositamente edificati.

Ed è proprio in quegli anni che un nutrito gruppo di studiosi di architettura, urbanistica ma anche antropologi, economisti e sociologi ha condotto ricerche di notevole importanza. Tra i sociologi si ricordano: Franco Ferrarotti, Paolo Guidicini, Corrado Barberis, i quali hanno puntato lo sguardo su uno scorcio d'Italia divenuto un interessante laboratorio. Ma tra questi vi è anche un giovane Achille Ardigò che prese parte a diversi studi finanziati da Adriano Olivetti, il quale dette la possibilità di avviare anche interessanti iniziative editoriali, come ad esempio "Centro Sociale" e "*Community Development*". L'idea di Olivetti era quella di coinvolgere studiosi ed esperti in sociologia, scienze umane e lavoro sociale da tutto il mondo. E così fu.

Da allora ad oggi è accaduto che i Sassi hanno subito un processo di riqualificazione e ammodernamento senza alcun stravolgimento nell'estetica e nell'armonioso rapporto con la natura circostante. Per queste ragioni, i Sassi hanno vissuto una nuova "vita" conservando e preservando le peculiarità della città tra le antiche del mondo, come Aleppo (Siria) e Gerico (Cisgiordania). E quindi, la città lucana è stata prima riconosciuta come Patrimonio Mondiale dell'Umanità (1993) e poi come Capitale Europea della Cultura (2019).

Dunque, si è passati dall'essere etichettati come "vergogna d'Italia" ad essere "orgoglio" della cultura italiana. Un processo non casuale perché alla base di ciò vi è stato l'importante contributo della ricerca sociale che ha permesso da una lato di analizzare, studiare e se vogliamo sviscerare i fattori che hanno caratterizzato il luogo e la comunità per diversi secoli e dall'altro di essere il punto di partenza per una politica (intesa come policy e governance) lungimirante, immaginando una città proiettata nel futuro (l'attuale presente)

ed in grado di ottimizzare risorse, rispettare l'ambiente, rendere accessibile i luoghi e preservando le peculiarità culturali e il patrimonio storico.

Insomma, Matera rappresenta il luogo in cui la sociologia ha potuto esprimere la sua potenzialità come disciplina coniugando accademia e professionalità, nozioni teoriche e ricerca sul campo, letteratura scientifica e pragmaticità.

E mai, come oggi, Matera diventa il luogo per focalizzare l'attenzione sul ruolo del sociologo all'interno di quei servizi (sanitari e sociosanitari) in cui per diversi decenni l'operato ha prodotto analisi, valutazioni, programmazione e al contempo ha potuto "immaginare" offerte di servizi, soluzioni al susseguirsi di criticità operative e di sistema, nuovi e alternativi modelli di governance. Se pur svolgendo un sostanziale impegno, nel corso del tempo è venuto a mancare qualcosa che ha consentito ad altre figure professionali di sostituire il ruolo ricoperto dal sociologo. Non si sono solo svuotati i servizi della figura del sociologo, ma è venuta meno quella professionalità, che in sinergia con le altre, ha offerto per decenni una "fotografia" del presente e una "immagine" del futuro da programmare e realizzare, proprio come è accaduto per la città lucana.

Oggi la sociologia si trova dinanzi ad un bivio: da un lato quella di riscattare (proprio come è avvenuto per i Sassi) una professione; dall'altro quella di escludere definitivamente tale professione all'interno dei servizi interessati alla salute pubblica e alla sicurezza sociale, confinando la disciplina a mero insegnamento accademico.

Gli interrogativi sono tanti e diversi. Uno fra tutti è quello di non avere un albo professionale come lo è per gli psicologi, gli assistenti sociali e le altre professionalità affini. Un percorso che, a distanza di anni va (forse) ripreso e spinto affinché anche la sociologia sia riconosciuta come ordine professionale. Un altro aspetto invece è quello delle tante sigle associative che in Italia sono sorte con lo spirito nobile di creare advocacy, studio e ricerca, promozione della cultura sociologica, proporre riflessioni. Ma nessuna di queste si è potuta spingere oltre, creando lobby e quindi esercitando quella sana pressione affinché si potesse affermare definitivamente il ruolo del sociologo come elemento di forza (e non di debolezza) nei sistemi sanitarie e sociosanitari del nostro paese (con o senza un albo professionale).

Il contributo del sociologo è stato quello di evitare un sistema sanitario miope davanti alle sfide epidemiologiche che la società ci ha posto davanti. La sua parziale e progressiva esclusione ha reso cieca ogni prospettiva futura. Lo dimostra ciò che è avvenuto con la pandemia da Covid-19. Il colossale sistema sanitario ha mostrato i suoi "piedi di argilla" dinanzi alle richieste delle singole comunità che costituiscono l'impalcatura dell'intero paese. Non

essere stati in grado di offrire soluzioni in tempi rapidi ha messo a nudo tipologie di offerte attente solo alla cura e poco alla prevenzione, all'assistenza post-ricovero e alla sicurezza sociale per evitare isolamento e abbandono di quella fetta di popolazione definita "debole": anziani, persone con disabilità, cittadini che vivono in piccoli borghi montani e isolani.

A posteriori, è facile dibattere sull'importanza di ritornare ad una visione di comunità ma la difficoltà sta nel recuperare quanto perso e disperso nel recente passato. La soluzione apparente è quella di differenziare le autonomie locali. Uno "specchietto per le allodole" in grado di spostare l'attenzione sulla crisi economica e non sulla crisi del sistema sociale. Nel corso del tempo abbiamo visto (e subito) ogni forma di management basato sulla visione economicistica. Serve una visione più ampia e concreta in grado di rapportarsi ai bisogni (efficacia degli interventi) piuttosto che ottimizzare solo servizi (efficienza economica). È giunto il tempo che efficacia ed efficienza siano due categorie in grado di sintetizzare ed esaltare ogni tipo di professionalità, tra cui la sociologia.

È necessario che la comunità sociologica non debba più interrogarsi su che tipo di contributo è in grado di offrire, poiché già risaputo tra gli addetti ai lavori. È tempo di generare una forte influenza per poter affermare le capacità e le competenze dei sociologi della salute. E per questo è importante avere un interlocutore unico (magari federando le sigle associative) che sia espressione dell'intera comunità di sociologi e sociologhe, accademici e professionali.

All'indomani del convegno materano, la SISS, in collaborazione con l' AIS, ha promosso un'intesa con le altre associazioni di sociologi professionali (SOIS, ANS, ASI, AIST) con l'obiettivo di avviare un percorso politico-parlamentare al fine di verificare la possibilità di perseguire l'iter legislativo previsto per istituire l'Ordine dei Sociologi. Ciò ha consentito nel luglio 2023 di depositare una proposta di legge in attesa della discussione nella XII Commissione - Affari Sociali.

### **3. Il volume**

L'evento congressuale che ha ispirato il volume si è dunque tenuto in presenza dopo diversi anni in cui ogni tipo di manifestazione è stata svolta in modalità online<sup>5</sup> per via delle limitazioni anti-contagio dovute al Covid-19.

---

<sup>5</sup> Un esempio è stato il VIII Convegno SISS organizzato esattamente un anno prima.

Ed è proprio dall'esperienza pandemica del biennio 2020-2021 che si è deciso di definire i temi e le argomentazioni del convegno materano. La pandemia da Sar-Cov-2 ha messo in luce diverse debolezze e alcuni punti di forza del nostro Servizio Sanitario Nazionale, in particolar modo nell'ambito dei servizi sanitari e socio-sanitari territoriali. Il Covid-19 e le misure assunte hanno avviato un processo di riforme dei modelli organizzativi, con conseguenze diverse sulle dimensioni economiche e finanziarie, con ripercussioni sui determinanti di salute, sulla domanda e offerta dei servizi sanitari e sui processi di prevenzione.

In questo processo, la sociologia e le figure professionali dei sociologi e delle sociologhe sembrano non trovare adeguato riconoscimento e valorizzazione specie negli interventi socio-sanitari e negli interventi territoriali in genere.

Il Convegno si è dunque posto l'obiettivo di promuovere e sviluppare una riflessione sul ruolo del sociologo. Nello specifico il fine è stato quello di:

1. evidenziare il ruolo e le funzioni della sociologia nella storia del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale;
2. focalizzare le competenze teorico-metodologiche e di spendibilità della sociologia e dei sociologi della salute nei servizi sanitari e socio-sanitari;
3. condividere dati e riflessioni sulle *Medical Humanities* nella formazione dei professionisti della salute;
4. promuovere valutazioni sul ruolo della sociologia della salute nei "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel SSN" (DM 77/2022).

Relazioni, dibattiti e momenti strutturati (*world caffè methodology*) hanno reso il Convegno un'occasione preziosa di confronto tra valutazioni di impatto e di risultato e pratiche territoriali. Il volume dunque è stato articolato in base alle sessioni previste nello stesso convegno.

La prima parte coniuga le tappe storiche che hanno rappresentato l'affermazione della sociologia in ambito accademico/professionale con l'evoluzione del Sistema Sanitario Nazionale (SSN). Non mancano nei tre capitoli excursus storici e politici, riferimenti bibliografici e normativi, eventi e passaggi fondanti per la nascita delle organizzazioni di riferimento. A queste si intrecciano esperienze personali, assai comuni per le diverse generazioni di sociologi e sociologhe che nel corso degli ultimi decenni hanno operato (e continuano ad operare) nelle aule universitarie piuttosto che nei servizi sanitari, sociali e sociosanitari.

Inoltre, i contributi focalizzano l'attenzione su due temi importanti quanto attuali. Il primo tema verte sull'autonomia differenziata, ripercorrendo le tappe storiche che vanno dalla riforma del Titolo V fino agli orientamenti e

proposte date dall'attuale legislatore. Il secondo tema affronta la questione del ruolo del sociologo nell'evoluzione delle politiche sociali italiane in relazione a quanto sta accadendo nel resto d'Europa.

La seconda parte pone invece l'accento sulle competenze teorico-metodologiche e sulle esperienze pratico-professionali dei sociologi nei servizi sanitari e sociosanitari. Di fatto si riflette sul paradosso del sociologo nella sanità locale, ovvero su quel confine sottile tra il profilo professionale misconosciuto e le competenze strategiche che solo la Sociologia è in grado di produrre. Ed è proprio su questo punto che si evidenzia la contraddizione del Decreto del Ministero della Salute n. 77/2022 e il potenziale esprimibile dalla professione del sociologo.

La terza parte del volume si concentra sul ruolo e lo sviluppo delle *Medical Humanities* (MH) nella formazione dei professionisti della salute. Gli autori pongono i riflettori sull'insegnamento delle MH e della sociologia nei corsi di laurea in Medicina e Chirurgia e nelle lauree dell'area sanitaria.

La riflessione sul ruolo della Sociologia e delle competenze dei sociologi della salute nell'assistenza territoriale in sanità si conclude affrontando i temi organizzativi e della valutazione nella quarta parte del volume. Si portano all'attenzione dei lettori le potenzialità delle "Case della Comunità" e dei vari servizi sociosanitari operanti sul territorio per far fronte ai bisogni sempre più numerosi e complessi espressi dalle rispettive comunità e l'importanza dei percorsi di accreditamento istituzionale. La sezione si completa con un approfondimento sul contributo storico che il sociologo della salute ha saputo offrire attraverso i sistemi di valutazione della qualità e l'accREDITAMENTO istituzionale. Contributi che si continuerebbe ad offrire se (ovviamente) fossero predisposte le necessarie condizioni.

## Riferimenti bibliografici

- Abbott A. (1988), *The Systems of Professions. An Essay on the Division of Expert Labour*, Chicago University Press, Chicago and London.
- Benvenuti L., Bruni C., Magnante P., Perino A. (2020), *La norma UNI 11695/2017: opportunità e sfide per la professione di sociologo*, «Sociologia Italiana - AIS Journal of Sociology», 15.
- Bilò F., Vadini E. (2016), *Matera e Adriano Olivetti*, Comunità Editrice, Roma/Ivrea.
- Di Santo R. (2022) (a cura di), *Dalla comunità alla prossimità: le nuove sfide del welfare*, Maggioli, Sant'Arcangelo di Romagna.
- Campelli F. (1985), *Professionalizzazione e professionalità*, comunicazione presentata al convegno su "La professionalità scientifica", CNR, Roma, 20-23 marzo.

- Carr-Saunders A.M. (1928), *Professions: Their Organization and Place in Society*, The Clarendon Press, Oxford.
- Chamberlain J.M. (2012), *The Sociology of Medical Regulation: An Introduction*, Springer, New York and Amsterdam.
- Chamberlain J.M., Dent M., Saks M. (2018), *Professional Health Regulations in the Public Interest. International Perspectives*, Polity Press, Bristol.
- Donati P. (1983a) (a cura di), *La sociologia sanitaria. Dalla sociologia della medicina alla sociologia della salute*, FrancoAngeli, Milano.
- Donati P. (1983b), "Introduzione. La salute, la medicina e "il sociale": la legittimazione di una nuova disciplina", in P. Donati (a cura di), op.cit.
- Donati P. (1986), "Prefazione", in Id. (a cura di), *Salute e complessità sociale. Il ruolo della sociologia per un rinnovato servizio sanitario nazionale*, FrancoAngeli, Milano.
- Donati P. (1989) (a cura di), *La cura della salute verso il 2000*, FrancoAngeli, Milano.
- Etzioni A. (1969) (ed.), *The Semi-Professions and their Organization. Teachers, Nurses and Social Workers*, Free Press, New York.
- Freidson E. (1970), *Professions of Medicine*, Dodd, New York.
- Freidson E. (2001), *Professionalism: The Third Logic*, Polity Press, Cambridge.
- Gallino L. (1972), "Crisi della sociologia, ricerca sociologica, ruolo del sociologo", in P. Rossi (a cura di), *Ricerca sociologica e ruolo del sociologo*, il Mulino, Bologna.
- Gouldner A. (1972), *La crisi della sociologia*, il Mulino, Bologna (ed. orig. 1970).
- Greenwood E. (1957), *Attributes of a profession*, «Social Work», 2, 3: 44-55.
- Hughes E.C. (1958), *Men and Their Work*, Free Press, New York.
- Hughes E.C. (1963), *Professions*, «Daedalus», 92: 655-668.
- Johnson T. (1972), *Professions and Power*, Macmillan, London.
- Magnante P. (2014), *Legge 4/2013: tra conquiste e compromessi*, «Sociologia Italiana - AIS Journal of Sociology», 4.
- Minardi E. (1983), "Il ruolo del sociologo e l'organizzazione dei servizi socio-sanitari", in P. Donati (a cura di), *La sociologia sanitaria. Dalla sociologia della medicina alla sociologia della salute*, FrancoAngeli, Milano.
- Minardi E. (1986), "Il sociologo nel Servizio Sanitario Nazionale: un profilo professionale in discussione", in P. Donati (a cura di), op. cit.
- Panza F. (2009), *La professione del sociologo nel Servizio Sanitario Nazionale. Una risorsa innovativa e strategica per la governance della salute*, FrancoAngeli, Milano.
- Parsons T. (1939), *The professions and social structure*, «Social Forces», 17, 4: 457-467.
- Perino A. (2014), *Verso la certificazione della professione sociologica*, «Sociologia Italiana - AIS Journal of Sociology», 4.
- Roth J.A. (1974), *Professionalism. The sociologist's decoy*, «Sociology of Work and Occupations», 1, 1: 6-23.
- Siza R. (2013), *La professione del sociologo tra sviluppo e diffusione della Sociologia*, «Sociologia Italiana - AIS Journal of Sociology», 1: 167-181.



- Strauss A. Schatzman L., Ehrlich D. *et al.* (1963), “The hospital and its negotiated order”, in Freidson E. (ed.), *The Hospital in Modern Society*, The Free Press, Glencoe.
- Toniolo F. (2014), *I percorsi di «certificazione» della SISS e dei sociologi della salute*, «Sociologia Italiana - AIS Journal of Sociology», 4.
- Weber M. (1995), *Economia e società*, vol. 1, Edizioni di Comunità, Milano (ed. orig. 1922).

*I. Il ruolo dei sociologi  
della salute nel SSN:  
come la professione sociologica  
ha attraversato i diversi processi di riforma*



# *1. L'istituzionalizzazione accademica della sociologia della salute in Italia: una pluralità di percorsi e orientamenti*

di *Mara Tognetti*

## **Premessa**

Come scrive Alessandro Cavalli (2022) la sociologia non è soltanto una disciplina che ha trovato in un passato più o meno recente un suo posto nelle istituzioni del sapere che producono o trasmettono conoscenza. Essa si sviluppa per rispondere a domande che vengono dalla società, per interpretare le trasformazioni in atto per capire da dove veniamo e dove stiamo andando e che cosa si può fare per indirizzare il cambiamento verso esiti ritenuti desiderabili. Mentre far sociologia, per Luciano Gallino (2021), praticare sociologia, significa anzitutto fare ricerca sul campo. Significa contare da vicino, classificare, misurare con strumenti specifici, analizzare con categorie rigorose, interpretare oggettivamente – alla luce di una complessa nozione di oggettività – fatti sociali di qualsiasi genere. Ed è sempre Gallino a ricordarci che la sociologia in Italia decolla con l'arrivo degli americani e che il suo ingresso nelle Università è preceduto dalla “formazione di piccoli gruppi di sociologi di campagna, intendo ricercatori sul campo”. A tal proposito la sociologia in Italia si sviluppa grazie al ruolo di Adriano Olivetti e del suo ufficio studi che vede impegnati i maggiori sociologi della prima generazione e che solo successivamente troveranno, e non tutti, posto in accademia<sup>1</sup>. Già

---

<sup>1</sup> Citiamo i primi lavori di Magda Talamo, di Nicola Abbagnano, sul piano regolatore di Ivrea e la costituzione dell'Ufficio Studi Relazioni Sociali con Alessandro Pizzorno che sarà sostituito poi dallo stesso Luciano Gallino. Pizzorno se ne andrà perché entra in conflitto con lo stesso Adriano Olivetti a causa del fatto che Pizzorno si candida nella lista della CGIL. Compito dell'istituto era quello di studiare le relazioni tra impresa e territorio nell'eporediese, una sub regione in cui è insediata l'Olivetti con i suoi 17000 dipendenti (dato del 1959). Altri sociologi studieranno in quegli anni le comunità locali, di nuovo Pizzorno a Rescaldina (la Bassetti), Anfossi e Talamo a Ragusa (la Gulf); Matera (Ardigò e Pagani); Cerveteri (ancora

negli ultimi decenni dell'800, come sottolinea Pietro Rossi, si hanno i primi studi che riflettono sul progredire della società italiana, che s'interrogano sull'arretratezza delle campagne, sulla miseria diffusa fra i contadini<sup>2</sup>. Altri luoghi, "in campagna", per parafrasare Gallino, in cui si produsse sociologia prima del suo consolidamento in Università, fu il Centro di Prevenzione e Difesa Sociale di Milano, associazione fondata nel 1948 da alcuni magistrati milanesi, che organizzò nel 1954 un importante convegno internazionale di studio sulle aree arretrate a cui parteciparono diversi sociologi stranieri, da cui nel decennio successivo prese avvio l'istituzionalizzazione della sociologia<sup>3</sup>. Altri centri di ricerca sorsero nel resto d'Italia in particolare presso enti pubblici: a Portici per iniziativa di un gruppo di economisti agrari facenti capo a Manlio Rossi Doria, a Roma dove nel 1951 fu fondato l'Istituto "Luigi Sturzo". Ad esso si affiancherà lo SVIMEZ (Associazione per lo sviluppo dell'industria nel Mezzogiorno), il COSPOS a Catania e a Milano grazie ad Olivetti e alla Ford Foundation. Da qui partono le prime ricerche sul campo di giovani studiosi per lo più autodidatti.

Solo nella seconda metà degli anni '50 del secolo scorso la sociologia cominciò a penetrare nell'Università, pur restando marginale. Il primo concorso a cattedra si avrà nel 1961. Nel 1957 fu costituita l'Associazione Italiana di Scienze Sociali, la cui presidenza fu assunta da Renato Treves. Il riconoscimento concreto della sociologia italiana avverrà nel settembre del 1959 quando tra Milano e Stresa si tenne il quarto congresso mondiale di sociologia con il sostegno determinante del Centro di Prevenzione e Difesa Sociale di Milano (con relazioni di apertura di Aron e Merton). Queste note sulla prima sociologia per ricordare ancora con Cavalli (2021) che la sociologia si è sviluppata storicamente con le epoche riformiste nei diversi Paesi del Mondo e che la sociologia fin da subito è una sociologia pubblica, che diventerà poi accademica. Con lo studio di coloro che rischiavano di essere tagliati fuori dal sogno americano, in America; così come in Germania l'affermazione della disciplina tra il XIX e XX secolo è stata favorita dalla stagione riformista del periodo bismarckiano.

In Italia la sociologia si consolida e rinvigorisce per rispondere a domande che non arrivavano dal mondo accademico ma dalla volontà di contribuire

---

Ardigò); il triangolo Oristano-Bosa-Macomer in Sardegna di Anna Anfossi, su Castellamare Franco Ferrarotti, i quartieri operai di Genova Luciano Cavalli e molte altre ancora.

<sup>2</sup> Basti ricordare le indagini sul regime di proprietà e sulla popolazione agricola della Lombardia, della Toscana, del Mezzogiorno e le inchieste parlamentari sulla Sicilia (1875) e sulla classe contadina in Italia (1877).

<sup>3</sup> Fra le molte ricerche condotte da questo istituto ricordiamo "La scuola e la società italiana in trasformazione" e l'indagine sulla "Amministrazione della giustizia e la società italiana in trasformazione".

alla ricostruzione del Paese dopo la caduta del fascismo. Poi successivamente occupando spazi creati dalla fase riformista del centrosinistra. La sociologia ha poi accompagnato, e in alcuni casi cavalcato, l'onda dei movimenti collettivi: giovanili, delle donne, degli operai. Ed è in questa fase di mobilitazione degli studenti che si ha una proliferazione degli insegnamenti di sociologia in diverse università, favorendo il processo di istituzionalizzazione della sociologia e, sempre secondo Cavalli, favorendo in alcuni ambiti un consolidamento anche teorico come lo studio appunto dei movimenti collettivi di Alberoni e di Melucci. Movimenti dunque che, da oggetto di studio, assumono anche un ruolo di consolidamento teorico della disciplina. Ed è da queste brevi note introduttive che parte la nostra ricostruzione di come la sociologia italiana e i sociologi della salute, in particolare, hanno attraversato e contribuito a delineare alcuni passaggi delle riforme relative alle politiche sanitarie e ai temi della salute. La breve ricostruzione del radicamento della sociologia della salute che andremo a fare evidenzia che la posizione di coloro che pensano e sostengono che la sociologia con la S maiuscola stia solo in Accademia hanno dimenticato gli insegnamenti e le pratiche dei padri fondatori della sociologia stessa. È la società in trasformazione, fin da subito, ad essere terreno privilegiato degli studi e delle ricerche sociologiche, ma anche ambito di sviluppo e di consolidamento della professione sociologica sia in Accademia che fuori. La separazione fra sociologia accademica e sociologia in pratica non è utile per comprendere, interpretare i cambiamenti in salute e tanto meno per la concretizzazione delle riforme che nel tempo hanno interessato le politiche sanitarie. Ma, cosa più importante, per aprire a nuovi temi e a nuovi sguardi. Anche la storia dello sviluppo della sociologia della salute e della professione del sociologo in sanità in Italia lo mostra e lo sta mostrando chiaramente. Sono proprio le riforme e le trasformazioni sociali a favorire e trovare terreno fertile per la sociologia della salute. È in questi contesti che la tradizionale sociologia della medicina (secondo un approccio funzionalista), importata dagli Stati Uniti, trova in Italia nuovi ambiti di studio e di sviluppo, basti pensare agli studi sul corpo fatti da Alberto Melucci e lo studio delle medicine complementari sempre da parte di Melucci, ma anche di Mara Tognetti e di Pina Lalli.

In questo contributo riprenderò alcune tappe importanti dello sviluppo e del rafforzamento del sapere sociologico in salute. Passaggi che sono caratterizzati prima da studi e interventi sul campo e poi a seguire il consolidamento e il rafforzamento del sapere sociologico più accademico<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> Per coloro che intendono ripercorrere lo sviluppo della sociologia in Italia si veda: Ceri, P. (1985), *I quattro volti dell'anti-sociologia*, «Quaderni di sociologia», n. 4-5; Barbano, F.

## 1. Gli anni di sperimentazione dei Consorzi sanitari di zona

Siamo all'inizio degli anni '70 del secolo scorso, la sociologia della salute, allora definita "sociologia sanitaria", è di fatto sociologia della medicina e per alcuni aspetti sociologia delle professioni, ancora ai margini ed esterna all'Accademia per due ordini di motivi. Innanzitutto, i temi specifici cominciavano a delinearsi timidamente in Italia ed erano praticati da studiosi non ancora strutturati; in secondo luogo, coloro che, pur posizionati in ambito accademico, si occupavano dei nuovi temi lo facevano trattando il mondo sanitario né più né meno come se fosse una fabbrica in cui lavoravano dei professionisti che venivano studiati come tutte le altre professioni, all'interno di un processo produttivo che era la cura. Inoltre, le prime riflessioni sociologiche e le prime ricerche dei sociologi sono al traino di coloro che erano sostanzialmente calati (*embedded*) in esperienze per quel periodo storico assai innovative. Sono le pratiche e le esperienze di innovatori come alcuni medici del lavoro e le spinte derivanti dalle fabbriche che aprono a saperi interdisciplinari, compresi quelli della nascente sociologia della salute italiana. In alcune regioni come la Lombardia, l'Emilia-Romagna, ma anche la Campania si attivano dei centri di ricerca o degli uffici di programmazione in cui si inseriscono negli organici i primi sparuti professionisti, usciti dalle prime Facoltà di Sociologia o da Scienze Politiche indirizzo politico-sociale. Oppure studiosi, spesso studiosi liminari ai movimenti femministi, ma anche liminari al mondo accademico, che guardano alla salute della donna, ai temi della contraccezione e dell'aborto sia con lo sguardo di studiosi ma anche di partecipanti dirette ai movimenti. Professionisti sociologi li troviamo anche negli uffici studi dei diversi sindacati, fra questi alcuni si occupano da subito di salute negli ambienti di lavoro e di riforme per la salute. Esperienze molto importanti sia sul piano culturale che per la concretizzazione delle riforme, ma che non riescono ancora a dare un contributo significativo per il consolidamento del sapere e della disciplina.

---

(1982), *Sociologi, complessità e mutamento sociale*, «Sociologia e ricerca sociale», n. 7; Barbano, F. (1985), *La sociologia in Italia. Gli anni della rinascita*, Giappichelli, Torino; Barbano, F. (1998), *La sociologia in Italia. Storia, temi e problemi 1945-60*, Carocci, Roma; Gallino, L. (1987), "Sviluppi della cultura industriale in Italia: l'intellettuale ricercatore e l'impresa", in Gallino, L., *Della ingovernabilità*, Edizioni di Comunità, Milano; Lentini, O. (1981), *La sociologia italiana nell'età del positivismo*, il Mulino, Bologna; Scartezzini, R. (1981), *Una ricerca di fine secolo: i vagabondi di Florian e Cavaglieri*, «Quaderni di Sociologia», n. 2; Sola, G. (1992), *Profilo storico della sociologia italiana*, Edizioni culturali internazionali, Genova; Treves, R. (1962), *Sociologi e centri di potere in Italia*, Laterza, Bari.

## **2. I movimenti collettivi e i movimenti per la salute e i sociologi**

Dobbiamo arrivare alla spinta dei movimenti collettivi degli anni '60 e '70, per avere un salto di qualità nell'elaborazione del sapere sociologico dentro e fuori dall'Università, spesso in forma intrecciata. Professionisti che fanno ricerca sul campo e che tengono lezioni, in ambito accademico. O giovani borsisti che tengono seminari in Università e conducono ricerche sul campo. In questi anni si sviluppano nuovi temi (la salute delle donne, la salute riproduttiva, l'organizzazione dell'ospedale, ecc.) e nuovi ambiti di riflessione per la sociologia della salute, temi che contribuiscono a rafforzare la disciplina sia sul piano organizzativo che istituzionale. Ricordiamo ancora una volta Melucci e i suoi studi interdisciplinari sul corpo (1987) e non solo, ma anche il movimento del GRIFF basato presso l'Università Statale di Milano (Facoltà di Scienze Politiche) sui temi della riproduzione, della maternità e le ricerche sui consultori familiari. Saranno non poche le giovani sociologhe che lavoreranno ed elaboreranno anche sul piano teorico queste tematiche, dentro e fuori dall'Accademia, in stretta collaborazione con i professionisti che operavano all'interno dei medesimi servizi o in collettivi operai e femministi (Pizzini e Colombo, 1979; Calabrò e Grasso, 2004).

## **3. La salute mentale e il contributo dei sociologi all'approvazione della 180/78**

Anche i movimenti che hanno anticipato un'importantissima riforma per il nostro Paese e non solo, ossia l'approvazione della legge 180/78, relativa alla salute mentale, sono segnati dal contributo della sociologia sia professionale che non: ricordiamo un giovane Augusto Debernardi che lavora a fianco di Franco Basaglia e che produce diversa letteratura in merito. Ricordiamo poi le prime, ricerche commissionate dal CNR sulla salute mentale che vede riunito un gruppo misto di sociologi (accademici e non accademici) e proprio alcuni di questi daranno un contributo importante per il radicamento della sociologia della salute in Italia. Pensiamo ad Alberto Martinelli, a Giuseppe Abbatecola, ad una giovane allora ancora studentessa Mara Tognetti, ma anche a Giuseppe Micheli, ad Ota de Leonardis, ecc. Ciò che sembra caratterizzare chi si occupa di salute mentale in quegli anni è non solo una differente appartenenza istituzionale, ma in particolare l'elaborazione avviene in contesti misti (équipe di ricerca miste formate, oltre che sociologi, da psichiatri, medici che operano dentro e fuori dall'Ospedale psichiatrico, dentro e fuori dall'Accademia) a stretto contatto con gli operatori della salute



mentale, ma anche dei pazienti ed in particolare con i decisori pubblici. Inoltre, la salute mentale, per gli accademici, rappresentava un tema residuale, rispetto ai temi principali che avevano consentito la loro strutturazione in Università. I temi affrontati inizialmente sono relativi al quadro della malattia mentale in Italia, poi l'analisi degli effetti dell'introduzione della riforma psichiatrica sulle organizzazioni per la salute, i cambiamenti nelle istituzioni psichiatriche. Il ruolo della sociologia è del tutto strumentale all'approfondimento di situazioni organizzative, dinamiche relazionali, ruoli professionali all'interno dell'Ospedale Psichiatrico, senza un vero riconoscimento dell'importanza del sapere sociologico in questo ambito, sia da parte delle istituzioni che dei decisori pubblici, se si escludono appunto poche situazioni illuminate.

Ciò nonostante, questi studiosi vanno oltre la sociologia tradizionale americana sul tema in quanto non si limitano a studiare i modelli organizzativi delle strutture di ricovero o i ruoli professionali dentro e fuori dall'Ospedale psichiatrico (Abbatecola *et al.*, 1979), ma guardano al malato di mente nella sua interazione tra luogo di cura e luogo di vita. In alcuni casi, essi si interrogano e lavorano fianco a fianco del decisore pubblico (in particolare alcune amministrazioni provinciali) per delineare nuove politiche per la salute mentale, per costruire molti processi di deistituzionalizzazione e di chiusura degli ospedali psichiatrici (Cerletti di Milano, Perugia, Arezzo, ecc.). I sociologi e la sociologia riflettono sulla costruzione sociale del malato e della malattia, del potere medico, delle istituzioni totali. Abbiamo così lavori che sono orientati da una prospettiva strutturalista ma anche dall'interazionismo simbolico. Nel tempo questi studiosi abbandoneranno nella maggioranza dei casi il tema, per dedicarsi ad altre questioni emergenti oltre il campo della sociologia della salute. Fra i diversi lavori ricordiamo quelli dedicati all'analisi dei processi che hanno portato alla chiusura degli ospedali psichiatrici (De Leonardis e Mauri, 1980; Micheli, 2015; Tognetti Bordogna 1980 e 1985).

#### **4. La riforma sanitaria e il processo di istituzionalizzazione del sociologo della salute**

È a partire dal dibattito sull'importanza e la necessità di avere anche in Italia un unico sistema sanitario e, poi, con l'approvazione della Riforma sanitaria del 1978 e delle successive riforme di modifica della medesima che la sociologia della salute si radica anche in Italia. Innanzitutto, nei contesti extra accademici (uffici ministeriali preposti al disegno della riforma e alla sua implementazione, uffici e organismi sindacali); poi in collaborazione fra

contesti accademici e non accademici (centri studi e servizi di programmazione); e infine anche in Accademia, ricordiamo in particolare fra i primi A. Ardigò e il suo gruppo, ma non solo. Si delinea una nuova e più concreta concezione di salute, un nuovo modo di guardare all'individuo nel suo contesto di vita e di lavoro. Si rafforza il sapere disciplinare in accademia debitore nei confronti degli studi, delle ricerche, delle proposte di politica sanitaria in contesti non accademici. Ricordiamo, oltre i molti sociologi che operano negli uffici studi dei sindacati, coloro che si occupano e operano all'interno del nascente sistema sanitario in diverse regioni: la Lombardia, la Toscana, l'Emilia-Romagna, la Campania, la Sardegna, ecc. Nuovi temi saranno oggetto di studio e di sperimentazione di servizi territoriali: la salute mentale, le tossicodipendenze, gli anziani e i primi studi sulla salute dei migranti. Ancora una volta sono riforme dall'ampia portata culturale il terreno fertile per lo sviluppo e il radicamento della sociologia della salute. Così come la collaborazione virtuosa dentro e fuori dall'Accademia favorirà importanti studi (pensiamo al "quadrilatero della salute" di Achille Ardigò, il tema della promozione della salute diffuso in Italia da Marco Ingrosso, ma anche gli studi sul corpo di Alberto Melucci, così come lo studio delle professioni sanitarie) di sociologia della salute, il suo radicamento istituzionale con la nascita di associazioni specifiche, ma anche con un consolidamento disciplinare.

## 5. Gli anni '80

È proprio negli anni 80 che si concretizzerà un passaggio terminologico, epistemologico e concettuale che darà forza alla sociologia della salute, comprensiva anche delle precedenti accezioni (Ingrosso, 2015). Sul versante associativo e istituzionale invece sono numerose e ricche le iniziative, ricordiamo:

- la rete ASoMeSa che tiene il suo primo convegno dal titolo *Ruolo e funzioni del sociologo nel sistema sanitario* a Milano nel 1981, organizzato da Alberto Martinelli e Mara Tognetti;

- la scuola di sociologia sanitaria e i suoi tre convegni organizzati da Achille Ardigò e Pierpaolo Donati all'Università di Bologna (1982, 1985, 1988);

- la nascita della Sois (1989) a carattere nazionale con articolazioni regionali: citiamo fra i suoi Presidenti e promotori L. Luison, A. Oddati, S. Liaci, R. Siza, ecc.;

- la fondazione del network “Relazioni sociali e salute” da parte di Mara Tognetti che coinvolgerà diversi sociologi accademici come M. Ingresso, ecc.

Se gli anni '70 si connotano per essere anni in cui la sociologia (o, meglio, alcuni sociologi) è coinvolta e sollecitata dalle riforme in atto partecipando direttamente all'implementazione e alla concretizzazione di tali processi, gli anni '80, oltre a vedere un radicamento del sociologo della salute, saranno anni della strutturazione del SSN, in cui si apriranno nuove prospettive in campo sanitario e per gli studiosi di questo ambito proprio a partire dai sociologi. Possiamo considerare gli anni '80 come un periodo dirimente e fondativo per la sociologia della salute italiana, che si affranca sia dai tradizionali approcci struttural-funzionalisti, sia da quelli radicali e neomarxisti. I sociologi della salute e la sociologia, oltre che contribuire alla strutturazione e articolazione del SSN nei diversi contesti regionali, producono un grande sforzo volto a delineare nuovi approcci teorici ed epistemologici che guardano alla salute anche in relazione alla strutturazione proprio del SSN e alla sua costruzione sociale, il cui concorso è parimenti considerato sia che si tratti di operatori, della cittadinanza, delle reti sociali e del sistema stesso dei servizi. Assistiamo ad un consolidamento del sapere sociologico in parallelo ad una professionalizzazione della sociologia della salute. Consolidamento che, oltre a guardare al rinnovamento dei servizi e delle strutture per la salute, è teso a comprendere i bisogni di salute delle diverse fasce di popolazione nelle sue diverse accezioni scientifiche e profane. La produzione sociologica poi, pur con prospettive non omogenee, guarda alle innovazioni organizzative, alle politiche, ma anche ai malati di mente, agli anziani, alle donne e ai minori. Oggetto di ricerche e studi sono anche problematiche nuove come le tossicodipendenze e la salute dei migranti. E saranno proprio i servizi dedicati a questi interventi che si apriranno anche alla sociologia e ai sociologi che in essi faranno ricerca, sia accademici che non (Abbatecola, 1992). L'articolazione territoriale del SSN consentirà e stimolerà a guardare nuove dinamiche di salute ma anche a nuove dimensioni e a nuovi soggetti in cui gli attori saranno studiati sempre di più nella loro dimensione relazionale e nei contesti di vita quotidiani. Si aprono così prospettive di studio e di ricerca più attente al genere e non solo alle donne in quanto madri o partorienti (Pizzini, 1981), seguendo un orientamento etnografico, già ampiamente adottato nei paesi anglosassoni per studiare la salute mentale. La condizione anziana viene osservata con una prospettiva del corso di vita (Giori, 1984). Si guarda allo sviluppo del terzo settore e del volontariato anche in una prospettiva relazionale (Ardigò, 1980; Donati, 1983), pur continuando a studiare il più tradizionale tema delle professioni sanitarie (Tousijn, 1979), ma anche alle

medicines complementari. Tutti ambiti e sforzi epistemologici che fanno fare passi in avanti alla sociologia della salute in Italia, ma che non riusciranno però a valorizzare il sapere della professione sociologica in questo ambito non solo agli occhi del decisore pubblico ma anche fra i colleghi accademici, nonostante cresca proprio in Accademia l'interesse al tema salute e al tema Riforma Sanitaria. Come è stato fatto notare (Ingrosso, 2015, p. 43), l'interazione con altri saperi e altri ambiti disciplinari segnala "la vivacità e la capacità innovativa del pensiero sociologico della salute in questa fase, partendo da una situazione di carenza dell'elaborazione sociologica classica e quindi cercando nuove strade per arricchire la riflessione sociale rispetto ai temi non confinati e non confinabili dentro confini disciplinari predefiniti".

## 6. Gli anni '90

L'implementazione del SSN e i movimenti per la salute nonché le sperimentazioni dei servizi territoriali risultano comunque essere particolarmente importanti per la sociologia della salute italiana e per i sociologi della salute proprio per i molti sforzi teorici compiuti in questo decennio. Infatti il decennio 1990, interessato da diverse riforme (d.lgs n.502/1992; d.lgs 517/1993; d.lgs. n. 229/1999) dell'impianto originale del SSN oltre ad un'involuzione del sistema stesso, non registrerà una particolare vivacità di temi e di ricerche fra i sociologi della salute, pur in presenza di approcci che considerano la struttura sanitaria come parte del sistema sociale complessivo. Gli studi saranno fortemente centrati sul funzionamento del SSN, i suoi modelli organizzativi, le professioni sanitarie senza particolari sviluppi teorici o di nuovi ambiti se si esclude quello dell'immigrazione e degli anziani. Mentre va ricordato nell'ambito della collaborazione fra sociologi accademici e livelli di governo locale, regionale e comunale, la nascita a Bologna del primo modello organizzato di accesso elettronico ai servizi sanitari, ossia Il Centro Unico di Prenotazione più noto come "CUP 2000" portato avanti da Achille Ardigò e dai suoi collaboratori. Quasi in contrapposizione al percorso carsico della sociologia della salute accademica del decennio '90, abbiamo invece un radicamento numerico ma anche un incremento delle attività di ricerca e studi fuori dalla Accademia, nel mondo dei servizi, delle Amministrazioni locali. Infatti, scrive Siza (2006, p. 52), "Negli anni Novanta lo sviluppo professionale del sociologo entrerà in una fase nuova con la costituzione della *Società italiana di sociologia* e della rivista *Sociologia e professione* che più di altre esperienze che le hanno precedute sono riuscite a costruire, per circa dieci anni, uno specifico professionale, ad articolare

abilità e metodi di lavoro, a costruire un progetto di professionalizzazione, una strategia di ricomposizione della comunità sociologica. Su questa prospettiva, culturalmente condivisa, si costruiranno una pluralità di differenziazioni specialistiche – la valutazione, la progettazione e l’organizzazione dei servizi, la salute, la comunicazione, la definizione di modelli d’intervento – e nuove solide esperienze associative. Elaborazioni teoriche ed esperienze associative, nel loro insieme, configureranno una consistente tradizione professionale e promuoveranno sviluppi applicativi della sociologia di notevole rilevanza”.

Le modifiche apportate all’impianto originale del SSN, che si è caratterizzato nella sua fase iniziale e per tutti gli anni ’80 come un sistema in espansione a copertura di diritti di cittadinanza sanitaria nuovi, negli anni ’90 determineranno un contenimento dei destinatari al fine di limitare i costi in espansione. Gli interventi restrittivi riguarderanno sia l’offerta dei servizi, con vere e proprie sottrazioni di strutture erogative, il blocco dell’assunzione del personale sanitario, l’introduzione dei ticket, ecc. Inoltre, questo decennio vedrà delinearci anche un processo di riaccentramento dei poteri (Frisina Doetter e Neri, 2018) che proseguirà anche negli anni successivi. Le organizzazioni sanitarie saranno sempre più condotte secondo i principi del *New Public Management* (Hood, 1991) e secondo un modello di concorrenza amministrata (Enthoven, 1985). Transizioni e trasformazioni organizzative che impegneranno i sociologi accademici anche in sofisticate analisi dei modelli organizzativi, dei diversi ruoli dei livelli di governo, delle reazioni e delle condizioni lavorative con una vera e propria perdita di potere delle professioni sanitarie e mediche in particolare. Una fase restrittiva che in parte condiziona e limita le riflessioni dei sociologi collocati in quelle sedi accademiche che per prime si erano occupate di sociologia della salute e che avevano visto la presenza della prima e seconda generazione dei sociologi accademici della salute (Ingrosso, 2015) ma anche contaminare in modo significativo altre sedi. Nuovi giovani ricercatori cominciano ad occuparsi dei più tradizionali temi ma anche a sperimentarsi su questioni innovative in linea con le trasformazioni della malattia ma in particolare con i nuovi ruoli degli individui malati e non.

## **7. Il nuovo millennio**

Pur in un clima di riduzione e di restrizione del principio universalistico alla base del SSN, il nuovo millennio si connota invece per un entusiasmo

associativo e per una ripresa e crescita del dibattito teorico anche se non porterà ad una crescita di insegnamenti specifici in ambito accademico, né ad un radicamento dei professionisti nel sistema dei servizi. Il processo di istituzionalizzazione della sociologia della salute sarà lungo e accademicamente fragile: basti ricordare che nel 2023 non esiste in Italia ancora un dottorato specifico di sociologia della salute, con tutte le conseguenze del caso sia in termini di elaborazione teorica che di carriera accademica. La sociologia della salute continua ad essere un'area di ricerca fra le altre fra i sociologi accademici. Ciò nonostante vi sono delle tappe istituzionalmente importanti poiché il loro raggiungimento contribuirà a coagulare in modo più ordinato gruppi di lavoro anche di sedi universitarie e di scuole differenti, dando continuità agli studi e alle riflessioni relative sia ai classici temi delle professioni e dei modelli organizzativi dei servizi, alle articolazioni e alle nuove configurazioni del SSN, sia a nuovi approcci e a nuovi temi di sociologia della salute, ossia lo sviluppo dell'associazionismo e la nascita di riviste e collane editoriali specifiche. Ricordiamo:

- la nascita della SISS (Società Italiana di Sociologia della Salute) nell'anno 2002
- la nascita della Sezione di Sociologia della salute e della medicina dell'AIS (2005)
- le riviste e le collane editoriali: *Salute e Società* e *Scienze e salute*
- la rivista *Sociologia e professione*

In questi anni si radica anche in Italia la Sociologia Clinica di ispirazione americana (Tosi e Battisti, 1995). Come è stato evidenziato, questi anni si caratterizzano non solo per essere gli anni *fondativi* della sociologia della salute italiana, ma anche perché si passa definitivamente dal concetto di sociologia della medicina a quello di sociologia della salute. Si supera decisamente la sociologia funzionalista, per lasciare prima spazio a una sociologia critica e poi ad una sociologia connessionista. E come è stato scritto, la sociologia della salute ha risposto con un alto grado di innovatività e capacità euristica, rispetto all'arretratezza in cui si trovava nel periodo precedente (In-grosso, 2015). La sociologia si apre a nuovi temi ma anche a nuovi confronti con altri saperi a partire dalla medicina, ma anche all'epidemiologia, ecc. Il confronto sistematico con altre discipline e altri professionisti diventerà una costante dei convegni, ad esempio, della Sezione di Sociologia della salute e della Medicina della Associazione Italiana di Sociologia, confermando in pratica come solo sguardi plurali e approcci intersezionali possano meglio aiutarci a comprendere dove va la nostra salute e il nostro sistema sociale, ma anche il complesso teorico relativo. Si radica la necessità di ragionare su di una salute della società complessa, sulle culture della salute a partire da

quella dei singoli individui comprese quelle profane, i comportamenti di salute. L'ambiente e la visione sistemica diventano elementi centrali per la sociologia della salute. Così come la dimensione di genere, la narrazione in salute, le disuguaglianze in salute, diventano tema sistematicamente analizzati e oggetto di numerose ricerche. Sono gli anni che stiamo vivendo e sono anche gli anni in cui la sociologia della salute ha assunto chiaramente anche un ruolo pubblico, producendo riflessioni e proposte assai innovative. Per una ricostruzione puntuale dei temi, delle ricerche e della letteratura che i sociologi italiani hanno e stanno producendo rimandiamo alla Newsletter della Sezione di Sociologia della Salute e della Medicina dell' AIS (<https://www.ais-sociologia.it/sociologia-della-salute-e-della-medicina/>) pubblicata a partire dal dicembre 2020. Fra i prodotti più rilevanti della Sezione citiamo il *Libro Bianco. Il Servizio Sanitario Nazionale e la pandemia da COVID-19* (Vicarelli e Giarelli, 2020), il *Manifesto contro il regionalismo differenziato* (2022) e i molti convegni e le molte ricerche condotte in tempo della pandemia di Covid-19. La sociologia della salute grazie al suo sforzo teorico e di ricerca sul campo, ma anche alla sua presenza pubblica si costituisce come campo disciplinare specifico. Cresce il numero degli insegnamenti di Sociologia della salute sia nei corsi di studi di Sociologia che in quelli delle professioni sanitarie e sociali. Molti giovani sociologi vengono incardinati su questo insegnamento, anche se diversamente denominato. Non poche sono le tesi di dottorato che hanno come tema proprio la salute. Così come aumentano i ricercatori incardinati in diverse sedi universitarie che fanno della salute il loro principale tema di ricerca e di teorizzazione. Molti i nuovi temi di ricerca, oltre a quelli più tradizionali legati alle professioni, al SSN, la narrazione in salute, genere e corsi di vita, salute mentale, in particolare anche in relazione alle condizioni di contesto il tema delle disuguaglianze in salute diviene un tema di riflessioni sistematiche (Terraneo, 2018), quello delle nuove tecnologie, dei big data, dell'innovazione digitale in sanità, la salute globale e l'*One Health*, medicalizzazione, biomedicalizzazione e in particolare la farmacologizzazione (Tognetti Bordogna, 2014), tutti i temi del miglioramento umano, della gamificazione e della quantificazione (Maturò e Moretti, 2019), ma anche il tema della disabilità dalle enormi potenzialità teoriche per la sociologia della salute anche se ancora sottovalutato (Terraneo e Tognetti Bordogna 2021; Genova 2023), le trasformazioni familiari e il lavoro di cura con un'attenzione ai bambini (Favretto e Fucci e Zaltron, 2017), le rotture nella vita quotidiana e il loro impatto sulla salute che tornerà al centro del dibattito proprio con la sindemia da Covid-19, l'assistenza primaria ma anche il territorio e la salute di comunità e molti altri temi. Una grande vivacità accresciuta proprio con l'arrivo della pandemia da

Covid-19, che ha modificato il nostro modo di pensare la salute ma anche i nostri sguardi di studiosi.

## **8. La crescita del dibattito teorico e il rallentamento delle lobby professionali**

In parallelo a ricerche e studi seguivano, anche se spesso distrattamente da parte di alcuni, processi di istituzionalizzazione, in particolare fuori dall'Accademia, della figura del sociologo professionale con il raggiungimento della *Certificazione Uni*: e qui ricordiamo il lavoro di Annamaria Perino assieme all'Associazione Italiana di Sociologia e ad altri sociologi (regolamento dalla l. 4/2013). *L'accreditamento del sociologo*, da parte della SoIS o di quello che resta di essa. La partecipazione al tavolo tecnico costituito presso il MIUR Ministeriale da parte di Mara Tognetti per la definizione dell'attività didattica in *Cure Palliative e della Terapia del dolore per le figure sanitarie, psicologiche e del Servizio sociale* (Tavolo Tecnico MIUR, istituito con il D.D. MIUR 2037 del 1 agosto 2018). *L'inserimento del sociologo fra le figure sanitarie* nel Decreto legge n. 73 del 2021. Passaggi importanti per il consolidamento non solo di un sapere ma anche di figure professionali assai innovative, ma nonostante questi importanti obiettivi raggiunti dobbiamo parlare ancora di *un mancato riconoscimento* o, per riprendere le parole di Colin Crouch, *siamo in presenza di contributi forti e influenza debole*. Il sapere sociologico continua ad essere "prevalentemente una conoscenza tacita". Un'attività cognitiva ben più ampia di quella che si riesce ad esprimere e a descrivere compiutamente, aggiungerei e a far comprendere. Lo abbiamo visto nel corso della pandemia da Covid-19: nonostante gli importanti lavori prodotti da parte dei sociologi italiani ed in particolare da parte dei sociologi della salute accademici, sia attraverso ricerche sul campo che con elaborazioni teoriche e proposte operative, i decisori pubblici ma anche i mass media hanno fatto poco tesoro dei contributi che i sociologi in generale e quelli della salute in particolare hanno elaborato.

## **Conclusioni**

Michel Burawoy sottolineava con forza l'importanza della presenza della sociologia nella sfera pubblica laddove sono in gioco i valori fondamentali dell'uguaglianza, della giustizia sociale, delle libertà, dei diritti umani e della sostenibilità ambientale. Insegnamenti importanti ora più che mai proprio



alla luce e in un periodo storico post Covid-19. Diventa allora urgente affiancare all'attività di ricerca e all'elaborazione teorica l'attività di *lobbying* o di visibilità del sapere sociologico a livello collettivo sia nei confronti dei livelli istituzionali che dei mass media, in particolare fra tutti i professionisti della salute e non solo. Diventa strategico consolidare l'alleanza e la ricerca dentro e fuori dall'Accademia sia per la sociologia della salute sia per la valorizzazione di chi ne detiene il sapere. È importante migliorare la comunicazione verso i non addetti al tema (sociologico) e verso gli altri professionisti e decisori. Una sfida che riguarda tutti i sociologi sia che operino in Accademia sia in contesti e organizzazioni non accademiche. Non basta produrre lavori metodologicamente e teoricamente fondati se poi possono essere compresi solo dagli addetti ai lavori o da pochi intimi. Oppure produrre molto lavoro che non sfocia in riflessioni e teorizzazioni e pratiche di cui tutti comprendono l'importanza. È urgente ridurre ed eliminare la stratificazione del sapere sociologico. Così come è necessario consolidare le alleanze fra gruppi di sapere sociologico che operano in ambiti differenti. Un campo straordinariamente importante per la sociologia quello della salute ma che va analizzato e strutturato con metodo e costanza oltre che con sguardi plurali e innovativi.

## Riferimenti bibliografici

- Abbatecola G. (1992), *L'Osservatorio sulle tossicodipendenze: questioni di metodo*, «Vivere Oggi», n. 1.
- Abbatecola G. (1979) (a cura di), *I servizi psichiatrici anti-istituzionali. Problemi e linee di ricerca*, AED, Roma.
- Ardigò A. (1997), *Società e salute. Lineamenti di Sociologia sanitaria*, FrancoAngeli, Milano.
- Ardigò A. et al. (1980), *Riforma sanitaria e sistema sociale*, FrancoAngeli, Milano.
- Calabrò A.R., Grasso L. (2004), *Dal movimento femminista al femminismo diffuso. Storie e percorsi a Milano dagli anni '60 agli anni '80*, FrancoAngeli, Milano.
- Cavalli A. (2022), *La sociologia nello spazio pubblico*, «Il Mulino», 22: 12-18.
- De Leonardis O., Mauri D. (1980), *Note sull'istituzione psichiatrica*, «Rassegna Italiana di Sociologia», n. 3.
- Donati P. (1983), *Introduzione alla sociologia relazionale*, FrancoAngeli, Milano.
- Enthoven A.C. (1985), *Reflections on the Management of the National Health Service*, Nuffield Provincial Hospital Trust, London.
- Favretto A., Fucci S., Zaltron F. (2017), *Con gli occhi dei bambini. Come l'infanzia affronta la malattia*, il Mulino, Bologna.
- Frisina Doetter L., Neri S. (2018), *Redefining the State in Health Care Policy in Italy and the United States*, «European Policy Analysis», 4: 234-254.
- Gallino L. (2021), *Fanzcapitalismo, La civiltà del denaro in crisi*, Einaudi, Torino.

- Genova A. (2023), *Disabilità. Tra barriere istituzionali e violenza simbolica*, il Mulino, Bologna.
- Giori D. (1984), *Vecchiaia e società*, il Mulino, Bologna.
- Hood C. (1991), *A Public Management for All Seasons*, «Public Administration», 69(1): 3-19.
- Ingrassio M. (2015) (a cura di), *La salute per tutti. Un'indagine sulle origini della salute in Italia*, FrancoAngeli, Milano.
- Maccacaro A., Martinelli A. (1977) (a cura di), *Sociologia della Medicina*, Feltrinelli, Milano.
- Maturo A., Moretti V. (2019), *La medicalizzazione della vita tra quantificazione e gamificazione*, «Rassegna Italiana di Sociologia», n. 3: 509-530.
- Melucci A. (1987), *Dopo il corpo. Una riflessione sulle culture e le terapie corporee*, «Riza psicosomatica Dossier», n. 82, dicembre: 100-105.
- Micheli G. (2015), *Il vento in faccia. Storie passate e sfide presenti di una psichiatria senza manicomio*, FrancoAngeli, Milano.
- Pizzini F. (1981) (a cura di), *Sulla scena del parto: luoghi, figure, pratiche*, FrancoAngeli, Milano.
- Pizzini F., Colombo G. (1979), *Gli operatori del consultorio*, «Sapere», 820.
- Siza R. (2006), *La professione del sociologo*, FrancoAngeli, Milano.
- Terraneo M. (2018), *La salute negata. Le sfide dell'equità in prospettiva sociologia*, FrancoAngeli, Milano.
- Terraneo M., Tognetti Bordogna M. (2021) (a cura di), *Disabilità e società. Inclusione, autonomia, aspirazioni*, FrancoAngeli, Milano.
- Tognetti Bordogna M. (2014), *From Medicalisation to Pharmaceuticalisation. A Sociological Overview. New Scenarios for the Sociology of Health*, «Social Change Review», Winter 2014 Vol. 12(2): 25-42.
- Tognetti Bordogna M. et al. (1980), *Dopo il manicomio*, Forvem, Milano.
- Tognetti Bordogna M., a cura di (1985), *I muri cadono adagio. Storia dell'Ospedale Psichiatrico di Parabiago*, FrancoAngeli, Milano.
- Tosi M., Battisti F. (1995) (a cura di), *Sociologia clinica e sistemi socio-sanitari. Dalle premesse epistemologiche allo studio di casi e interventi*, FrancoAngeli, Milano.
- Tousijn W. (1979) (a cura di), *Sociologia delle professioni*, il Mulino, Bologna.
- Vicarelli G., Giarelli G. (2020) (a cura di), *Libro Bianco. Il Servizio Sanitario Nazionale e la pandemia da Covid-19. Problemi e proposte*, FrancoAngeli, Milano.

## *2. Dalla riforma del Titolo V all'autonomia differenziata: una ricostruzione storico-critica*

di *Giovanna Vicarelli*

### **1. Dal centralismo al regionalismo: una storia italiana lunga 140 anni**

La nascita dello stato italiano nel 1861 si realizza mediante le annessioni al Regno sabauda degli stati (o di parte di essi) presenti sul suolo nazionale attraverso formule di carattere incondizionato, cioè senza patti o clausole di istituzioni o di leggi particolari. Ne deriva che il Regno d'Italia si presenta come uno stato nuovo per il suo carattere nazionale, ma vecchio in quanto continuazione del Regno di Sardegna dal quale eredita la dinastia, lo statuto e parti molto importanti dell'ordinamento legislativo, amministrativo, giudiziario, finanziario e militare. Nello specifico, la legge comunale e provinciale che viene emanata nel 1859 (legge Rattazzi) conserva un ordinamento accentrato che resterà per quasi un secolo (1946) a fondamento dell'amministrazione interna dello Stato italiano (Astuto, 2009). Tra il 1860 e il 1861, infatti, cadono i progetti Farini-Minghetti volti a dar vita ad un sistema regionale che tenesse conto delle differenze "naturali" dell'Italia e che creasse una modalità amministrativa a metà tra il centralismo francese e l'indipendenza degli Stati Uniti o della Svizzera. Morto improvvisamente Cavour, il governo Ricasoli accelera l'unificazione amministrativa con i decreti dell'ottobre 1861 che sanzionano il definitivo fallimento dell'ordinamento regionale e la vittoria del sistema accentrato.

L'opzione a favore di un ordinamento centralizzato e politicamente omogeneo assume motivazioni diverse. Determinanti sono le ragioni di ordine politico sostenute dalla diffusa convinzione che il riconoscimento di autonomie territoriali avrebbe alimentato tendenze centrifughe favorite dall'assenza di una coscienza nazionale. Egualmente, sono adottate sia ragioni di ordine economico (i governi liberali considerano il centralismo la via più sicura per assecondare lo sviluppo dell'economia italiana), che motivazioni di natura

giuridica e istituzionale secondo cui le funzioni sovrane (come il potere legislativo e giurisdizionale) dello Stato non possono essere trasferite a enti politicamente autonomi, nonché il prevalere di una concezione del principio di eguaglianza inteso come eguale trattamento dei cittadini innanzi alla legge (Rolla, 2019). Tale scelta accentratrice accompagna tutti i governi liberali e il ventennio fascista, periodo della storia italiana in cui l'assistenza sanitaria resta residuale in quanto garantita solo alle fasce più povere della popolazione, oppure categoriale poiché offerta, a partire dal 1927, attraverso forme di autotutela mutualistica (Vicarelli, 1997).

Con la nascita della Repubblica nel giugno 1946, l'Assemblea costituente introduce una cesura nella natura dello Stato italiano approvando il titolo V della Costituzione che istituisce l'ordinamento regionale. La scelta del Costituente è basata sull'istituzione di un regime "duale" all'interno del quale sono inserite regioni ad autonomia ordinaria e regioni ad autonomia speciale, nessuna diversificazione è prevista tra le regioni ordinarie. Nonostante il timore per alcune tendenze separatiste e la preoccupazione per i difficili problemi sociali ed economici della ricostruzione, matura la convinzione che diverse zone del paese avrebbero costituito un potenziale focolaio di movimenti antiunitari se non si fossero introdotte istituzioni finalizzate a facilitare la partecipazione dei cittadini alla vita pubblica e alle decisioni politiche. Di conseguenza, ribaltando molte delle impostazioni culturali e politiche che avevano alimentato la formazione dello Stato nazionale, la Costituzione repubblicana afferma, per la prima volta, la compatibilità tra natura unitaria dello Stato e decentramento politico. I costituenti, quindi, scelgono di dar vita a un assetto istituzionale "intermedio" tra lo Stato federale e l'ordinamento unitario accentrato. Natura unitaria dello Stato e distribuzione territoriale del potere politico sono considerati valori complementari, due poli contrapposti e inscindibili, dal momento che l'assetto istituzionale (Stato, Regioni ed enti locali) risulta composto da ordinamenti autonomi integrati all'interno di un medesimo sistema di valori e di principi, primi fra tutti quello di eguaglianza (nel godimento dei diritti sociali ed economici) e di solidarietà (tra i territori).

Tuttavia, fino agli anni Settanta si attua una regionalizzazione parziale, consistente nell'attribuire a porzioni del territorio italiano (Sardegna, Sicilia, Valle d'Aosta, Trentino e Alto Adige) condizioni di autonomia secondo i rispettivi Statuti speciali, adottati con legge costituzionale. L'ordinamento regionale ordinario, dunque, non decolla a causa di motivazioni diverse, ma concomitanti: dal prevalere all'interno dei partiti della maggioranza di posizioni centraliste, all'azione frenante svolta dagli apparati ministeriali preoccupati di perdere competenze e quote importanti di potere decisionale, sino

alle preoccupazioni per un eccessivo onere per le finanze pubbliche. Al pari tempo, non decolla il progetto di istituire un Servizio Sanitario Nazionale per motivazioni ugualmente economico-finanziarie e politico-sociali (Giorgi e Pavan, 2021).

Le previsioni del titolo V della Costituzione in termini di regionalismo ordinario trovano le condizioni favorevoli alla loro attuazione solo agli inizi degli anni '70 su motivazioni e per finalità differenti (anche se non antitetiche) da quelle che avevano ispirato i lavori dell'Assemblea costituente. Le Regioni vengono istituite sia per favorire il pluralismo e la partecipazione ridefinendo i rapporti tra società civile e società politica, sia per realizzare una incisiva riforma dello Stato. Con l'approvazione degli statuti regionali prima e il decreto presidenziale n. 616 del 1977 si raggiunge, così, il livello più alto nella progettazione delle relazioni interistituzionali in quanto si afferma un'interpretazione evolutiva delle materie di competenza regionale e si prevede un trasferimento organico di funzioni amministrative a favore delle Regioni, eliminando allo stesso tempo Enti ritenuti inutili nella nuova strutturazione politico-amministrativa (Rolla, 2019). Allo stesso modo, l'istituzione del SSN nel 1978 segna il punto più alto di rinnovamento della politica sanitaria con la creazione di un sistema universalistico forte a valenza territoriale. La legge 833/78, delinea, infatti, un SSN che può essere interpretato sia come un'organizzazione unitaria gerarchicamente ordinata, sia come un sistema a tre livelli di governo, con autonomia politico-istituzionale, operanti entro indirizzi generali definiti congiuntamente. Il prevalere negli anni Ottanta del duplice schema di programmazione e di finanziamento 'a cascata' (elaborato per la Sanità ma trasferito a numerosi altri settori) realizza il disegno di una *autonomia eterodiretta*, volta alla attuazione di obiettivi stabiliti dai livelli superiori. Le relazioni istituzionali fra Stato e Regioni si esprimono principalmente attorno alle politiche di bilancio elaborate dal governo centrale attraverso le leggi finanziarie annuali, che finiscono per comprimere significativamente le competenze delle Regioni con un processo di ricentralizzazione giustificato dalle necessità di controllare la spesa pubblica. In questa fase, d'altro canto, il nascente SSN persegue esplicitamente il principio dell'*eguaglianza delle risorse secondo una idea di universalismo omogeneo*. Si cerca di arrivare, cioè, ad una dotazione tendenzialmente uguale dei presidi sanitari in tutte le Unità sanitarie locali (USL) e lo si fa procedendo alla chiusura dei presidi nelle regioni con dotazioni superiori allo standard e del maggiore finanziamento in conto capitale accordato alle regioni con dotazioni inferiori allo standard (Spina e Vicarelli, 2020).

A partire dagli anni Novanta, tuttavia, con il prevalere di una concezione amministrativa improntata al New Public Management (NPM), si impone

una concezione della autonomia regionale non più politico/riformista, ma funzionale cioè idonea a migliorare l'efficacia ed efficienza delle politiche pubbliche, oltre che a semplificare i processi di decisione politica. Tale spinta è molto forte in ambito sanitario dove l'aziendalizzazione del sistema si coniuga con una competenza regionale più esplicita, dipendendo le nuove Aziende territoriali ed Ospedaliere (ASL e AO) non più di Comuni ma dalle Regioni. Peraltro, i frequenti cambiamenti a livello governativo (dopo la crisi politica di Mani Pulite) offrono ampie possibilità di azione alle Regioni a seconda della loro capacità amministrativa, dell'orientamento ideologico del governo in carica e della stabilità del loro quadro politico. Ne consegue che le Regioni assumono il ruolo più prossimo a quello di "laboratori di politiche" (se non di democrazia) proprio dei sistemi federali nel contesto del sistema di governo "multilivello" che si va formando nel corso degli anni Novanta per il crescente peso dell'Europa e per la forte assertività delle regioni sul piano politico e istituzionale. L'esempio più significativo di questo periodo è la legge della Regione Lombardia (l. 31 luglio 1997 n. 31) che afferma la libertà di scelta del cittadino in un sistema sanitario "aperto" in cui strutture pubbliche e strutture private sono poste su un livello di assoluta parità e la funzione ospedaliera è scorporata pressoché integralmente dalle ASL. Alla fine degli anni Novanta, con il decreto 229/99, viene, inoltre, esplicitato un importante cambiamento nell'accezione dell'eguaglianza assistenziale poiché emerge la necessità di guardare non più solo all'eguaglianza delle risorse, ma *all'eguaglianza nell'accesso* ai servizi/prestazioni portando il dibattito sul passaggio dall'universalismo omogeneo *all'universalismo selettivo*. Matura, in tal senso, la consapevolezza che "l'attualizzazione dell'ordinamento regionale non possa più avvenire attraverso una sua graduale modificazione "tacita", sfruttando (in funzione integrativa) i "silenzi" della Costituzione" (Rolla, 2019). In altri termini, appare ineludibile modificare il testo della Carta costituzionale per giungere ad una *autonomia autodiretta* il che avviene con l'approvazione delle leggi costituzionali n.1 del 1999 e n.3 del 2001. Con la prima ("Disposizioni concernenti l'elezione diretta del Presidente della Giunta regionale e l'autonomia statutaria delle regioni") viene ampliata l'autonomia delle regioni ordinarie affidando agli statuti regionali un ruolo più ampio e centrale nella governance locale. Con la seconda si riformano le competenze legislative, amministrative e finanziarie delle regioni, realizzando la più estesa revisione costituzionale mai compiuta (Mangiameli, 2012).

Dal 1861 al 2001, dunque, lo Stato italiano esprime un processo di trasformazione che lo porta ad assumere dapprima una veste fortemente accen-

trata (fino al 1946), quindi una modalità sempre più decentrata (Stato regionale), fino ad esprimere con la Legge Costituzione n.3 la forma di Stato delle Autonomie.

## **2. Dal regionalismo delle uniformità al regionalismo della differenziazione (2001-2023)**

### *2.1. La formulazione della nuova legge costituzionale*

La legge costituzionale del 18 ottobre 2001, approvata da una maggioranza parlamentare assai ridotta e sulla scia di profonde divisioni politiche, rappresenta il primo caso in cui una scelta relativa ai caratteri dell'ordinamento regionale è assunta in modo non condiviso dalle forze politiche. Inoltre, invece di conferire organicità e stabilità al sistema che si è evoluto nel corso dei trenta anni precedenti, essa intende perseguire un obiettivo più ambizioso, consistente nel superare contemporaneamente tanto l'originaria "idea" di Regione tratteggiata dai costituenti, quanto il concreto regionalismo evoluto nel tempo (Rolla, 2005). Tuttavia, dall'analisi complessiva del nuovo testo costituzionale, non emerge un'idea univoca circa il ruolo delle Regioni. Se l'esperienza di diritto comparato evidenzia distinti modelli di distribuzione del potere su base territoriale, il legislatore italiano non sembra intenzionato a compiere un'opzione netta, per cui all'interno della Costituzione si rinvencono disposizioni riconducibili a visioni contrapposte: vi sono scelte favorevoli a un regionalismo tanto omogeneo, quanto differenziato; così come una visione funzionale dell'autonomia pare convivere con una comunitaria (Rolla, 2005).

Nello specifico, l'articolo 116, terzo comma, della Costituzione prevede la possibilità di attribuire forme e condizioni particolari di autonomia alle Regioni a statuto ordinario, ferme restando le particolari forme di cui godono le Regioni a statuto speciale (art. 116, primo comma). Le prime proposte di revisione costituzionale dell'articolo 116 mirano, in realtà, ad eliminare totalmente la differenziazione tra regioni speciali e ordinarie estendendo forme e condizioni di autonomia anche a quest'ultime, seppur in un dibattito scarno tanto nell'uno quanto nell'altro ramo del Parlamento (Aversente, 2020). A tal proposito, si ritiene che il terzo comma dell'articolo 116 nasca proprio per contrastare le richieste di alcune regioni ordinarie di godere anch'esse di uno statuto speciale e che, quindi, vada interpretato in senso limitativo dell'autonomia piuttosto che estensivo. Secondo alcuni commentatori (Aversente, 2020), in specifico, la novella dell'articolo 116 inserita in Costituzione

sembra ispirarsi all'ordinamento spagnolo secondo il quale non si procede direttamente all'allocazione delle competenze, ma si elencano le materie che possono essere assegnate alle regioni in una logica di maggiore autonomia. La costituzionalizzazione del "diritto all'autonomia" in Spagna ha consentito, infatti, alle singole comunità autonome di scegliere un proprio percorso, in cui l'assetto delle competenze è il risultato di un processo non definito a priori. Un modo di procedere che tradisce un modello di regionalismo non più solidaristico, cioè mirato all'equiparazione o all'equivalenza delle condizioni di vita tra le diverse componenti, ma competitivo o concorrenziale, giustificato dall'acuirsi delle diversità tra territori ricchi e poveri, all'interno di un protagonismo crescente delle singole comunità politiche e regionali. Non a caso, il regionalismo asimmetrico spagnolo ha condotto all'emulazione delle Regioni a maggiore tradizione autonomistica da parte delle altre e al conseguente livellamento in senso accrescitivo delle competenze regionali, con il prodursi di ulteriori rivendicazioni da parte delle prime venute.

Tale caratterizzazione dell'articolo 116, comma 3, conduce ad un percorso di attuazione che può essere individuato in due fasi in cui all'iniziale prevalere della dimensione omogenea del regionalismo fa riscontro, in seguito, quella differenziata.

## *2.2. Una prima fase di applicazione (2001-2016)*

Inizialmente, nell'applicazione della riforma costituzionale si sottolinea come il riparto di competenza legislativa di tipo concorrente tra Stato e Regioni rappresenti il perno di un sistema delle autonomie che converge (nei pur fisiologici conflitti) con l'indirizzo politico statale al fine di consentire a tutti gli enti della Repubblica di concorrere all'individuazione dell'interesse nazionale (Carli, 2018). Nello specifico, il principio di eguaglianza sostanziale (il pieno sviluppo della personalità di ciascuno e l'effettiva partecipazione di tutti alla vita economica, politica e sociale del Paese) è il collante che consente alla Repubblica di essere una e restare indivisibile, di rendere permanente il processo di unificazione nazionale tramite la lotta alle disuguaglianze tra persone, tra gruppi e tra territori. Il superamento delle disuguaglianze, tuttavia, richiede differenziazione in base alle diverse capacità e ai particolari bisogni. Il regionalismo, dunque, viene riconosciuto come una forma di Stato ontologicamente basata sulla differenziazione, non a caso si parla di Stato sociale delle autonomie. Ne discende un ulteriore corollario: il processo di continua integrazione nazionale tramite il livellamento delle di-



seguaglianze presuppone l'adempimento dei «doveri inderogabili di solidarietà economica, politica e sociale» previsti dall'art. 2 della Costituzione e, dunque, soltanto un regionalismo con veste solidaristica può operare da forte collante dell'unità e dell'indivisibilità della Repubblica. Qualunque approfondimento in senso competitivo del regionalismo mortificherebbe, secondo questa interpretazione, la sua dimensione solidale producendo una violazione della Costituzione. In tale contesto, i LEA rappresentano il tentativo istituzionale di comporre principi in tendenziale conflitto come quello autonomistico (le Regioni sono chiamate a gestire la sanità, differenziando) e dell'eguaglianza (lo Stato deve garantire il diritto alla salute, uniformando). La definizione costituzionale di un catalogo di prestazioni pone in capo al decisore pubblico la responsabilità della scelta riguardante la globalità dei servizi, secondo i principi indicati dalla Costituzione, ma anche il dovere di assicurarne il godimento su tutto il territorio nazionale superando le esistenti differenze regionali e impedendo che se ne creino di nuove. In altri termini, lo Stato, definisce i LEA e l'ammontare complessivo delle risorse finanziarie necessarie al loro finanziamento e le Regioni, che hanno il compito di organizzare i rispettivi SSR, garantiscono l'erogazione delle relative prestazioni nel rispetto dei LEA (Balduzzi, 2004). Non a caso, nel 2001, il Decreto ministeriale del 12 dicembre "Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" definisce un insieme di indicatori attraverso cui è possibile ottenere informazioni sintetiche sulla diffusione dei servizi, le risorse impiegate, i costi, i risultati ottenuti. Gli indicatori di monitoraggio dei LEA sono strumenti valutativi che colgono le eventuali disomogeneità presenti nella domanda e nell'offerta dei servizi, spingendo le Regioni ad eliminarle. In altri termini i LEA permetterebbero l'attuazione di un *universalismo differenziato*.

È all'interno di questo clima che nel corso di ben tre legislature (XIV, XV, XVI) e di 5 diversi governi (Berlusconi II e III, Prodi II, Berlusconi IV, Monti)<sup>1</sup> che, dal 2001 al 2012, non viene affrontato il tema delle modalità procedurali di attuazione dell'Autonomia differenziata, né hanno esito i primi tentativi in tal senso esperiti da alcune regioni centro-settentrionali. Se, infatti, già nel 2003 la Toscana delibera la volontà di chiedere maggiore autonomia nel settore dei beni culturali e paesaggistici, dal 2006 al 2007 la Lombardia, il Veneto e il Piemonte esprimono, in vari documenti e atti regionali, l'intenzione di chiedere al governo l'avvio di una procedura di intesa per il riconoscimento di una maggiore autonomia regionale (Tubertini,

---

<sup>1</sup> Si tratta di governi molto differenti per tipo di coalizione: di centro destra i tre governi Berlusconi, di centro sinistra il governo Prodi, mentre il governo Monti è un governo tecnico. La Lega Nord è presente solo nella coalizione del governo Berlusconi IV.

2018). Tali richieste prendono forma dopo il fallimento del referendum del 2006 che mirava ad incrementare, tra le altre, la potestà legislativa esclusiva delle Regioni in alcune materie, tra cui l'organizzazione sanitaria. Il fallimento di queste prime richieste va interpretato alla luce delle resistenze subito dimostrate dai ministeri competenti e, più in generale, rispetto a ragioni politiche legate a governi (Berlusconi II e III) contrari al regionalismo. D'altro canto, la modifica dell'art.116 era stata sostenuta essenzialmente dalla Lega Nord intenzionata ad attribuire lo statuto speciale alle Regioni Veneto e Lombardia, nonché ad opporsi alla maggioranza parlamentare. Vero è che in questi anni le Regioni considerano prioritario il consolidamento delle nuove competenze, piuttosto che la differenziazione, in un contesto in cui la legislazione statale mantiene un approccio ancora "accentratore". Né occorre dimenticare che il dibattito, dopo il 2001, si concentra sulla introduzione del federalismo fiscale, rappresentando l'autonomia di entrata e di spesa degli enti territoriali premessa indispensabile all'attribuzione di nuove funzioni e competenze (Aversente, 2020). Non a caso l'attenzione al tema dell'attuazione dell'articolo 116 terzo comma, si registrerà solo dopo lo svolgimento del referendum popolare del 28 settembre 2016 con cui viene confermata, durante il governo Renzi, la riforma costituzionale (A.S. 1429-D), venendo meno l'idea di un modello di regionalismo basato sulla riduzione di talune competenze delle regioni e, contestualmente, sulla loro partecipazione al procedimento legislativo attraverso la trasformazione del Senato in Camera delle Regioni.

### *2.3. Una seconda fase in progress (2017-2023)*

È solo con la legge di stabilità per il 2014, dunque, che, nel corso della XVII legislatura e del Governo Letta (retto da una coalizione di centro-sinistra), il Parlamento approva alcune disposizioni relative alla fase iniziale del procedimento relativo alla richiesta di forme di maggiore autonomia da parte delle Regioni a statuto ordinario. In particolare, la legge prevede un termine di sessanta giorni entro il quale il Governo è tenuto ad attivarsi in merito alle domande di autonomia presentate al Presidente del Consiglio dei ministri e al Ministro per gli affari regionali (art. 1, comma 571, legge 147/2013). Il termine decorre dalla data del ricevimento delle richieste e l'obbligo di attivazione si traduce nel dare seguito all'impulso conseguente all'iniziativa regionale finalizzata all'intesa. Tali disposizioni si collocano quindi "a monte" del procedimento delineato dall'art. 116, terzo comma, che prevede l'emanazione di una legge rinforzata, il cui contenuto è determinato in base ad una

intesa tra Regione e Stato e al parere degli enti locali interessati, approvata a maggioranza assoluta dalle Camere.

Nel corso della stessa legislatura, nel 2017, con il Governo Gentiloni (sempre di coalizione centro-sinistra), viene svolta un'indagine conoscitiva in seno alla Commissione bicamerale per le questioni regionali. Nel documento conclusivo la Commissione evidenzia come il percorso autonomistico delineato dall'articolo 116, terzo comma, miri a completare l'autonomia ordinaria e come l'attivazione di forme e condizioni particolari di autonomia produca significative opportunità per il sistema istituzionale nel suo complesso, oltre che per la singola regione interessata. La valorizzazione delle identità, delle vocazioni e delle potenzialità regionali determinano, infatti, l'inserimento di elementi di dinamismo nell'intero sistema regionale e, in prospettiva, la possibilità di favorire una competizione virtuosa tra i territori. L'attuazione dell'articolo 116, terzo comma, non deve peraltro essere intesa, secondo tale documento, in alcun modo come lesiva dell'unitarietà della Repubblica e del principio solidaristico che la contraddistingue. Uno dei punti più delicati del dibattito riguarda il tema delle risorse finanziarie che devono accompagnare il processo di rafforzamento dell'autonomia regionale. Al riguardo, nell'ambito dell'indagine conoscitiva emerge come centrale l'esigenza del rispetto del principio, elaborato dalla giurisprudenza costituzionale, della necessaria correlazione tra funzioni e risorse.

Nello stesso anno vengono indetti dalle Regioni Veneto e Lombardia i referendum consultivi sul regionalismo differenziato che vengono svolti il 22 ottobre del 2017, inaugurando un percorso più incisivo di richieste e di intese con lo Stato. Da parte sua la Regione Emilia-Romagna si attiva, su impulso del Presidente della Regione, con l'approvazione da parte dell'Assemblea regionale, il 3 ottobre 2017, di una risoluzione per l'avvio del procedimento finalizzato alla sottoscrizione dell'intesa con il Governo in base all'articolo 116, terzo comma, della Costituzione. Ne consegue che il 28 febbraio 2018, poco prima della chiusura della XVII legislatura, il Governo Gentiloni, dopo una rapida trattativa tutta interna agli esecutivi statale e regionali, sottoscrive tre distinti accordi preliminari che individuano i principi generali, la metodologia e un (primo) elenco di materie in vista della definizione dell'intesa. Le tre Regioni indicano le stesse materie di prioritario interesse oggetto del negoziato (tutela dell'ambiente e dell'ecosistema; tutela della salute; istruzione; tutela del lavoro; rapporti internazionali e con l'Unione Europea), riservandosi la possibilità di estendere successivamente il negoziato ad altre materie.

Con l'inizio della XVIII legislatura, le tre regioni con le quali sono state stipulate le c.d. pre-intese manifestano al Governo l'intenzione di «ampliare

il novero delle materie da trasferire» (Camera dei deputati, Interrogazione a risposta immediata n. 3-00065, 11 luglio 2018). Nel frattempo, altre regioni, pur non avendo firmato alcuna pre-intesa con il Governo, esprimono la volontà di intraprendere un percorso per l'ottenimento di ulteriori forme di autonomia. Pervengono ufficialmente al Governo le richieste di Piemonte, Liguria, Toscana, Umbria, Marche e Campania.

Vengono, quindi, riprese, dal nuovo Governo Conte (1° giugno 2018 – 4 settembre 2019 basato sulla coalizione Movimento 5 Stelle e Lega) e dal Ministro agli Affari regionali e Autonomie Erika Stefani della Lega le trattative tra le tre regioni e i Ministeri interessati. L'istruttoria da parte del Governo comporta la richiesta alle regioni interessate di una documentazione particolareggiata. Sulla base di tale documentazione vengono avviati incontri in cui le strutture regionali competenti nelle singole materie, a mezzo del Dipartimento per gli affari regionali, si confrontano con i tecnici del Ministero cui appartiene la competenza di cui si tratta. Per quanto riguarda l'aspetto economico-finanziario, gli incontri si svolgono con il Ministero dell'economia e delle finanze. Nella seduta del Consiglio dei ministri n. 33 del 21 dicembre 2018 viene condivisa l'informativa svolta dal Ministro per gli affari regionali e le autonomie in merito al percorso di attuazione dell'autonomia differenziata richiesta dalle Regioni Veneto, Lombardia ed Emilia-Romagna. Nella seduta del Consiglio dei ministri n. 44 del 14 febbraio 2019, il Ministro per gli Affari regionali illustra i contenuti delle intese. Il Consiglio dei ministri ne prende atto e ne condivide lo spirito. I testi delle bozze di intese sono pubblicati sul sito del Dipartimento Affari regionali della Presidenza del Consiglio; si tratta di un testo concordato tra Governo e ciascuna delle tre regioni, limitatamente alla "parte generale". A marzo 2019 la Commissione parlamentare per le questioni regionali da avvio ad un'indagine conoscitiva (conclusa a marzo 2021) nell'ambito della quale sono ascoltati rappresentanti del Governo, rappresentanti degli enti territoriali, nonché studiosi ed esperti della materia oggetto dell'indagine, mentre, con particolare riferimento agli aspetti dell'autonomia finanziaria, la Commissione parlamentare per l'attuazione del federalismo fiscale svolge un ciclo di audizioni.

Nel corso del 2019 sulle richieste pervenute e sul percorso di definizione delle intese si apre un ampio dibattito. Le questioni oggetto di discussione riguardano, tra le altre, le modalità del coinvolgimento degli enti locali, il ruolo del Parlamento e l'emendabilità in sede parlamentare del disegno di legge rinforzato che contiene le intese, il rispetto del principio di sussidiarietà, nonché la definizione dell'ampiezza delle materie da attribuire per evitare che l'attuazione dell'art. 116, terzo comma, si risolva in una attribuzione fittizia di autonomia speciale alle Regioni ordinarie. Il tema è approfondito

in relazione all'esigenza di associare il conferimento delle ulteriori forme e condizioni di autonomia sia alla previa definizione dei Livelli essenziali di prestazione (Lep) nelle materie previste, sia alla definizione di strumenti di perequazione ai sensi degli articoli 117, secondo comma, lett. m) e 119, quinto comma, della Costituzione.

Il nuovo Governo Conte II (con coalizione di centro-sinistra) si insedia il 5 settembre 2019 (si concluderà il 13 febbraio 2021) e agli Affari regionali e Autonomie viene nominato il Ministro Francesco Boccia (PD). Quest'ultimo, in una audizione presso la Commissione parlamentare per l'attuazione del federalismo fiscale e presso la Commissione bicamerale per gli affari regionali (rispettivamente il 13 novembre 2019 e il 30 settembre 2020), annuncia l'intenzione del Governo di presentare un disegno di legge in cui definire gli interventi di attuazione dell'articolo 116, terzo comma, tenendo conto delle previsioni costituzionali e del modello di perequazione delle regioni a statuto ordinario definito dalla legge 42/2009 e dal decreto legislativo 68/2011. Si avvia, in tal modo, pur nel contesto pandemico, un percorso che vede il Dipartimento per gli Affari regionali della Presidenza del Consiglio predisporre una bozza di legge quadro, sottoposta alla Conferenza Stato-Regioni. Il disegno di legge, recante "Disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata di cui all'articolo 116, terzo comma, Cost." viene inserito dal Governo nella nota di aggiornamento al DEF 2020 tra quelli collegati alla manovra di bilancio. Il tema dell'autonomia differenziata viene trattato all'interno del Programma nazionale di riforma 2020, nel quale si conferma come prioritario, anche alla luce dell'emergenza sanitaria ed economica nel frattempo emersa, l'obiettivo della definizione preliminare dei livelli essenziali nelle materie oggetto di autonomia. Inoltre, si dà conto di voler proseguire nel processo di definizione di strumenti perequativi, con attenzione anche a quelli infrastrutturali, finalizzati alla riduzione del divario tra il Nord e il Sud del Paese, in modo da rendere possibile la realizzazione del processo dell'autonomia attuando al contempo i principi di coesione e di solidarietà nazionale.

Durante il Governo di ampie intese Draghi (dal 13 febbraio 2021 all'ottobre 2022), la Ministra per gli Affari regionali e le autonomie, Mariastella Gelmini (Forza Italia) incontra la Commissione parlamentare per l'attuazione del federalismo fiscale (26 maggio 2021) e la Commissione bicamerale per gli affari regionali (13 luglio 2021). Negli incontri, la Ministra informa dell'istituzione di una apposita Commissione, presieduta dal Prof. Beniamino Caravita, (istituita con DM 25 giugno 2021), con il compito di approfondire e predisporre una proposta di intervento normativo sul tema dell'autonomia differenziata e di fornire supporto agli Uffici ministeriali nelle fasi di implementazione delle eventuali iniziative legislative assunte in materia.

In tale quadro, la Ministra rinsalda l'impegno del Governo a non disperdere il lavoro svolto sinora e a proseguire sulla strada del conferimento di maggiori competenze alle Regioni con apposita "clausola di salvaguardia" per quelle che ne hanno fatto precedentemente richiesta. Al contempo, evidenzia che se si vuole "dare gambe al progetto di regionalismo differenziato, la definizione dei fabbisogni standard rappresenta un passaggio cruciale, così come lo è la definizione dei meccanismi perequativi, che assicurino il conseguimento dei Lep, affinché i diritti fondamentali di cittadinanza vengano garantiti a ogni cittadino, indipendentemente dal luogo di residenza". Ne consegue che, il disegno di legge sull'attuazione dell'autonomia differenziata è nuovamente incluso tra i provvedimenti collegati alla manovra di bilancio 2022-2024 (si v. nota di aggiornamento al DEF 2021).

La Commissione parlamentare, incaricata dell'indagine conoscitiva sul regionalismo, presenta un documento conclusivo approvato il 12 luglio 2022. In esso si indica come necessario, dal punto di vista politico, giungere all'approvazione di una legge-quadro che disciplini il procedimento di attuazione dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione. Al tempo stesso, si auspica che il negoziato in corso con Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto trovi una definizione per rispettare la volontà espressa dalle popolazioni coinvolte. La Commissione ritiene che dovranno essere previste, nell'ambito della legge-quadro e fermo restando il rispetto dell'autonomia regolamentare delle Camere, modalità adeguate di coinvolgimento del Parlamento nel processo di stipula delle intese. Un coinvolgimento che potrebbe essere garantito dalla trasmissione alle Camere degli schemi delle intese prima della loro firma definitiva per le conseguenti deliberazioni parlamentari, garantendo in questo quadro un ruolo significativo della Commissione parlamentare per le questioni regionali. Parallelamente, secondo la Commissione è necessario compiere uno sforzo per giungere alla completa definizione dei Lep nelle materie concernenti l'esercizio dei diritti civili e sociali. Si tratta peraltro di una misura inclusa nel Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) per cui secondo la Commissione è auspicabile che il processo di definizione si concluda prima della scadenza prevista dal Piano, cioè il marzo 2026. Sui Lep si esprime anche la Corte costituzionale, con la sentenza n. 220 del 2021, nella quale si valuta negativamente il «perdurante ritardo dello Stato nel definire i Lep, i quali, una volta normativamente identificati, indicano la soglia di spesa costituzionalmente necessaria per erogare le prestazioni sociali di natura fondamentale» e rappresentano, dunque, «un elemento imprescindibile per uno svolgimento leale e trasparente dei rapporti finanziari fra lo Stato e le autonomie territoriali».

In merito ai tempi per la presentazione alle Camere del disegno di legge in materia di autonomia differenziata, nel corso del *question time* svolto nella seduta del 29 giugno 2022, la Ministra Gelmini riconosce che il tema del regionalismo differenziato non è certo nuovo, che le aspettative delle prime tre regioni coinvolte sono ancora disattese e poiché si è unita alla loro richiesta quella di altre regioni, l'autonomia differenziata è divenuto un tema non più di contrapposizione tra Nord e Sud, ma nazionale: “una questione di cui il Governo ha mostrato di volersi occupare, vedendola come una grande opportunità di efficientamento della spesa pubblica, di semplificazione e di sburocratizzazione, lontano da una lettura ideologica conflittuale. L'autonomia differenziata così intesa non attribuisce (...) alle regioni richiedenti risorse maggiori rispetto a quelle di cui attualmente dispongono, né toglie alcunché alle regioni che non abbiano avanzato alcuna richiesta di autonomia; ha piuttosto l'obiettivo di responsabilizzare le classi dirigenti, le quali, chiedendo più autonomia, raccolgono la sfida di poter esercitare, in condizioni di maggiore efficienza ed economicità, funzioni oggi svolte dallo Stato. Si vincolano così coloro che chiedono l'autonomia a un uso efficiente e razionale delle risorse e a una massimizzazione del rapporto fra costi e risultati”. Questa è in sintesi la *ratio* del modello di autonomia che la Ministra dichiara di voler portare quanto prima all'esame del Consiglio dei ministri. Il lavoro istruttorio, secondo la Ministra, è stato svolto: la bozza è stata oggetto di vaste interlocuzioni dapprima con le Regioni che nel febbraio 2018 avevano siglato accordi preliminari all'attuazione dell'autonomia differenziata e che hanno accettato di rinegoziare le intese, inquadrandole nella cornice della legge quadro; il confronto con il Ministero del Sud ha prodotto buone osservazioni, già in parte recepite e in parte oggetto di approfondimento e di analisi; sono stati coinvolti enti di ricerca, come, per esempio, lo Svimez e nel mese di aprile 2022 il testo è stato oggetto di un'interlocuzione con il Ministero dell'Economia e delle Finanze che ha richiesto alcune modifiche integralmente recepite. Quindi, secondo la Ministra, il disegno di legge, pur oggetto di ulteriori limature e aperture a modifiche migliorative, è pronto ad essere valutato nel suo complesso in tempi rapidi all'interno del Consiglio dei ministri. In realtà, le Camere vengono sciolte il 21 luglio 2022 a seguito delle dimissioni del Governo Draghi e la XVIII legislatura si chiude senza che il Disegno di legge approdi in Parlamento.

La XIX legislatura avviata il 13 ottobre 2022, è conseguente ai risultati delle elezioni politiche del 25 settembre 2022 cui fa seguito il nuovo Governo di centro destra Meloni, il cui Ministro agli Affari regionali ed Autonomie è Roberto Calderoli della Lega. Nel discorso alla Camera per la fiducia, svoltosi il 25 ottobre 2022, la Presidente Meloni dichiara di voler dare seguito al

processo virtuoso di autonomia differenziata già avviato da diverse Regioni italiane secondo il dettato costituzionale e in attuazione dei principi di sussidiarietà e solidarietà, in un quadro di coesione nazionale.

L'8 novembre 2022 il Ministro Calderoli pubblica la bozza del disegno di legge (ddl) su “Disposizioni per l’attuazione dell’autonomia differenziata di cui all’articolo 116, terzo comma, della Costituzione” e subito dopo incontra i Presidenti delle Regioni per una prima, molto complessa, discussione. La Campania, infatti, ed alcune Regioni del sud presentano rilievi sulla opportunità che venga emanato un simile atto che viene identificato come lesivo degli interessi dell’Italia meridionale. L’articolato del ddl (9 articoli in tutto) riprende, modificandole, le indicazioni provenienti dalla Commissione Parlamentare conclusasi nel 2021 in tema: di coinvolgimento delle Camere (tuttavia il Parlamento esprime un parere non vincolante entro 60 giorni, di cui il Governo potrà tenere conto a sua discrezione), di emanazione dei Lep (entro 12 mesi, ma come DPCM da una apposita Commissione Tecnica istituita con la Legge di Bilancio 2023 e non dal Parlamento) e di strumenti perequativi. Inoltre, il trasferimento delle funzioni alle Regioni potrà essere effettuato dopo la definizione dei Lep, senza attendere la loro attuazione: in altri termini l’autonomia precede il recupero dei divari tra le varie aree del Paese. Il Ministero dell’Economia e delle Finanze (MEF) elaborerà una relazione tecnica per stimare i costi delle intese, visto che legge-quadro e singole intese non dovranno comportare costi per lo Stato (cd. clausola di salvaguardia “allargata”). Inoltre, il MEF dovrà essere rappresentato nelle Commissioni paritetiche Stato-Regioni. Nel lungo elenco delle materie oggetto di attribuzione a Regioni a statuto ordinario compare la “tutela della salute” che entra, di conseguenza, nei contenuti dei possibili ambiti di autonomia differenziata.

Il 29 dicembre 2022, il Ministro per gli Affari regionali e le autonomie trasmette alla Presidenza del Consiglio il ddl sull’autonomia, mentre l’11 gennaio 2023 accoglie tutte le richieste di modifica avanzate dalle Regioni. Il 2 febbraio 2023, la bozza del ddl, datata 30 gennaio 2023, viene approvata dal Consiglio dei ministri e quindi inviata il 17 febbraio a tutte le Amministrazioni statali coinvolte, alle Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano, all’Associazione Nazionale dei Comuni Italiani (ANNCI) ed all’Unione delle Province Italiane (UPI) perché si indichi una Conferenza unificata. Quest’ultima si tiene il 2 marzo 2023 e si conclude con il voto contrario delle Regioni Campania, Emilia-Romagna, Puglia e Toscana, nonché con considerazioni e richieste emendative sia da parte dell’ANCI che dell’UPI. Questi ultimi soggetti, da un lato, chiedono una maggiore precisazione in merito al ruolo delle autonomie locali, tanto nella procedura di concessione



della autonomia differenziata, quanto nella sua esplicazione. Dall'altro, ribadiscono che la differenziazione regionale deve realizzarsi nel contesto di una piena conferma del carattere unitario della Repubblica e nel rafforzamento degli strumenti solidaristici tra territori. A fronte di tale andamento della Conferenza Unificata il Ministro per gli affari regionali e le autonomie, nel corso del proprio intervento, manifesta l'intenzione di portare all'attenzione del Consiglio dei ministri alcune delle richieste espresse dagli enti locali.

## **Considerazioni conclusive**

Gli accordi preliminari, siglati nel febbraio 2018, fra il Governo Gentiloni e le tre Regioni richiedenti l'Autonomia differenziata confermano l'interesse ad acquisire competenze molto ampie in merito all'organizzazione e all'erogazione dei servizi sanitari nei propri territori. Si tratta di competenze estremamente importanti poiché riguardano, con poche differenze tra le tre Regioni: 1. L'organizzazione della rete ospedaliera, dei servizi territoriali e le relative forme di integrazione e di modalità di erogazione; 2. le funzioni relative al sistema tariffario, di rimborso, di remunerazione e di compartecipazione, limitatamente agli assistiti residenti nella regione; 3. una maggiore autonomia finalizzata a rimuovere specifici vincoli di spesa in materia di personale stabiliti dalla normativa statale (decreto 98/2011), nonché in materia di accesso (di programmazione per la Lombardia) alle scuole di specializzazione, con la possibilità di stipulare, per i medici, contratti a tempo determinato di "specializzazione lavoro", di regolamentarne l'attività libero-professionale (Veneto) e di prevedere incentivi e misure di sostegno, anche avvalendosi di risorse aggiuntive regionali, da destinare prioritariamente al personale dipendente in servizio presso sedi montane disagiate; 4 la distribuzione, erogazione e monitoraggio dei farmaci nonché la possibilità di sottoporre all'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) valutazioni tecnico-scientifiche relative all'equivalenza terapeutica tra diversi farmaci; 5 la competenza a programmare gli interventi sul patrimonio edilizio e tecnologico del SSN in un quadro pluriennale certo e adeguato di risorse; 6 una maggiore autonomia legislativa, amministrativa e organizzativa in materia di istituzione e gestione di fondi sanitari integrativi.

Si tratta di tematiche di politica sanitaria a dimensione nazionale che non fanno riferimento ad una problematica specifica regionale come prevede una lettura accorta del comma 3 dell'art.116 che fa riferimento a "forme e condizioni particolari di autonomia" rispetto a quelle già definite come oggetto di legislazione concorrente delle Regioni, tra cui la sanità, previste

dall'art.117 della Costituzione (Balduzzi e Servetti, 2019). Le forme di autonomia richieste sono, infatti, il risultato delle politiche sanitarie di razionalizzazione e di razionamento della spesa emanate nel decennio precedente la pandemia da Covid 19, alcune delle quali riviste proprio nell'ambito delle politiche di intervento per affrontare la crisi pandemica (Vicarelli e Giarelli, 2021; Vicarelli e Neri, 2021; Vicarelli e Giarelli, 2022). Se queste richieste dovessero essere accolte è evidente che diventerebbe ancor più accentuato il divario regionale in termini di assetti organizzativi dei servizi cioè di peso della componente territoriale ed ospedaliera, nonché di regolazione dei fattori produttivi (personale, farmaci, tecnologie e strutture) ed ancor più di incidenza e caratterizzazione dei fondi sanitari integrativi. Si tratta, infatti, di componenti determinanti l'efficacia e la qualità dei servizi offerti, così come la tutela complessiva del diritto alla salute. La riflessione è se, alla luce delle politiche avviate nel corso della pandemia e previste nel PNRR, tali richieste abbiano ancora legittimità e se non si debba passare alla loro estensione a tutto il territorio nazionale, prescindendo quindi, dal riconoscimento dell'Autonomia differenziata regionale. D'altro canto, dai dati della survey GIMBE, ad oggi l'unica condotta sul tema del regionalismo differenziato, emerge come sia ampia la percezione (almeno all'interno degli stakeholder della sanità) dell'impatto sulle già ampie diseguaglianze regionali. Tra le preoccupazioni più frequenti: l'irreversibilità del processo, l'imprevedibilità delle conseguenze, l'ulteriore spaccatura Nord-Sud, l'aumento del divario tra Regioni ricche e povere, la differenziazione del diritto costituzionale alla tutela della salute (Cartabellotta *et al.*, 2023). In altri termini, un percorso che potrebbe preludere alla destrutturazione complessiva del Servizio Sanitario Nazionale.

È all'interno di questo quadro che va inserito il "Manifesto dei sociologi italiani contro l'autonomia differenziata". Facendo seguito alla presentazione del Libro Bianco sul SSN e la pandemia da Covid 19 (Vicarelli e Giarelli, 2021), la sezione di Sociologia della salute e della medicina dell' AIS (Associazione italiana di sociologia) ha discusso e definito un documento volto a sostenere la necessità di un regionalismo coordinato, politicamente e socialmente solidale, nonché economicamente responsabile. Tale documento, fatto proprio dal Consiglio Nazionale dell' AIS, testimonia il dovere etico e scientifico, sentito dagli studiosi di Sociologia, di fronte ad un'autonomia differenziata e incontrollata, lesiva dei principi di universalismo e di solidarietà propri della Carta costituzionale e fondanti il SSN. Una voce, quella dei sociologi, che si è unita a quella dei tanti cittadini italiani che, da Nord a Sud, hanno firmato la proposta di legge popolare per fermare l'autonomia differenziata. Dopo un'ampia mobilitazione politica e sindacale, infatti, il

1° giugno 2023 al Senato sono state presentate le firme raccolte – oltre il doppio di quelle necessarie – contro una riforma dello Stato considerata da molti la più eversiva mai concepita dalla nascita della Repubblica a oggi.

## Riferimenti bibliografici

- Astuto G. (2009), *L'amministrazione italiana. Dal centralismo napoleonico al regionalismo amministrativo*, Carocci, Roma.
- Aversente G. (2020), *Il regionalismo differenziato tra genesi, mancata attuazione e riforme fallite*, Seminario di studi e ricerche parlamentari «Silvano Tosi».
- Balduzzi R. (2004) (a cura di), *La sanità italiana tra livelli essenziali di assistenza, tutela della salute e progetto di devolution*, Giuffrè, Milano.
- Balduzzi R., Servetti D. (2019), *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, «AIC», n. 2: 1-15.
- Carli M. (2018), *Diritto regionale*, Giappichelli, Torino.
- Cartabellotta N., Cottafava E., Luceri R., Mosti M. (2023) (a cura di), *Il regionalismo differenziato in sanità*, Report Osservatorio Gimbe, Bologna.
- Giorgi C., Pavan I. (2021), *Storia dello Stato sociale in Italia*, il Mulino, Bologna.
- Mangiameli S. (2012), “Il regionalismo e le riforme: questioni risolte e problemi aperti”, in ID. (a cura di), *Il regionalismo italiano tra tradizione unitarie e processi di federalismo. Contributo allo studio della crisi della forma di Stato in Italia*, Giuffrè, Milano: 8.
- Rolla G. (2019), *L'evoluzione dello Stato regionale italiano: dalle riforme centrifughe al fallimento di quelle centripete*, «Fundamentos», n. 10: 89-128.
- Spina E., Vicarelli G. (2020), *Disuguaglianze e Servizio Sanitario Nazionale: una contraddizione irrisolvibile?*, «Politiche Sociali», 1: 77-102.
- Tubertini C. (2018), *La proposta di autonomia differenziata delle Regioni del Nord: una differenziazione solidale?*, «Federalismi», 7: 318-335.
- Vicarelli G. (1997), *Alle radici della politica sanitaria in Italia. Da Crispi al fascismo*, il Mulino, Bologna.
- Vicarelli G., Giarelli G., a cura di (2021), *Libro Bianco. Il Servizio Sanitario Nazionale e la pandemia da Covid-19*, FrancoAngeli, Milano.
- Vicarelli G., Neri S. (2021), *Una catastrofe vitale? Le scelte di politica sanitaria per far fronte al Covid-19*, «Politiche Sociali/Social Policies», 2: 233-254.
- Vicarelli G., Giarelli G. (2022), *Tackling the Covid-19 pandemic. The Italian National Health Service in a comparative perspective*, «Rassegna Italiana di Sociologia», 3: 555-584.

### *3. Il sociologo nelle politiche socio-sanitarie: una prospettiva europea in trasformazione*

di Remo Siza

#### **1. Nuove forme di controllo della domanda di prestazioni**

La crescita delle risorse destinate al finanziamento del sistema sanitario che abbiamo osservato negli anni della pandemia non è stata una scelta strutturale. Non è cambiato, ugualmente, l'equilibrio pubblico-privato e la cura della salute, al di là di molte affermazioni pubbliche, ha ancora una direzione univoca e una logica di sviluppo che tende a marginalizzare le reti sociali nei processi di cura, gli interventi territoriali di aiuto non fortemente specializzati e ad alta intensità relazionale, tecnologicamente poveri. I rischi sociali collettivi sono diventati in maggior misura rischi ai quali dobbiamo prevalentemente rispondere individualmente mobilitando le nostre abilità, trovando una soluzione individuale a problemi collettivi, combinando creativamente le risorse pubbliche e private di cui possiamo disporre.

La stabilità delle caratteristiche strutturali del sistema sanitario deriva dalle strategie di riforma e ricalibratura elaborate e sostanzialmente condivise dalle maggiori forze politiche e sociali del nostro paese negli anni che precedono la crisi finanziaria del 2008. Queste scelte sono state consolidate negli anni successivi e hanno rafforzato progressivamente il ruolo della sanità privata e indebolito sensibilmente il ruolo regolativo e promozionale del settore pubblico. Senza, allo stesso tempo, raggiungere un equilibrio socialmente ed economicamente sostenibile per una larga parte delle famiglie italiane.

L'esigenza era quella di assicurare la sostenibilità economica del welfare e superare le sue criticità: i crescenti costi del sistema sanitario pubblico, il ruolo preminente della spesa pensionistica, la grave transizione demografica, l'inconsistenza delle politiche di conciliazione, la necessità di rafforzare un welfare aziendale sostenendolo con agevolazioni fiscali consistenti, la rilevanza delle prestazioni puramente assistenziali e la dipendenza dal welfare dei beneficiari (Siza, 2018).

A partire dalla crisi economica e finanziaria delle 2008, il riferimento del welfare italiano è diventato il modello adottato da molte nazioni europee come la Germania, la Francia, l'Olanda, la Svezia in cui il sistema pubblico convive con un sistema privato molto dinamico e finanziato in larga parte da fondi sanitari, fondi pensionistici, welfare aziendale, un modello che rafforza il ruolo dei soggetti privati che storicamente hanno avuto in Italia un ruolo marginale. Riforme e ricalibrature sono state organizzate con l'obiettivo di modificare le tradizionali funzioni redistributive e i tradizionali regimi di welfare verso modelli di welfare ibridi che combinano, in termini ritenuti finanziariamente sostenibili, caratteristiche dei sistemi di welfare liberali con quelli socialdemocratici, indebolendo il ruolo centrale che aveva il settore pubblico nei welfare continentali e nel modello mediterraneo.

Tre forme di controllo della domanda di prestazioni di welfare sono state introdotte da quasi tutti i sistemi di welfare europei: dualizzazione, condizionalità, *welfare chauvinism*. Queste forme di controllo modificano le relazioni di cura, le sue finalità, i valori e le relazioni che producono, gli strumenti e le risorse utilizzate nelle pratiche professionali quotidiane.

La ricerca e la pratica sociologica possono utilmente evidenziare i limiti delle riforme avviate, i loro effetti sulle condizioni di vita di differenti gruppi sociali, sui livelli di uguaglianza e sui diritti delle persone e creare condizioni e iniziative fondati su principi e sistemi di valori differenti.

## **2. La dualizzazione dei sistemi sanitari**

Dualizzazione, *welfare chauvinism*, condizionalità creano molte divisioni sociali e conflittualità che hanno un impatto non secondario sulle relazioni dei cittadini con il sistema sanitario, sulla relazione medico-paziente e sulla convivenza civile. La dualizzazione dei sistemi di welfare è la forma di controllo della domanda di prestazioni maggiormente perseguita. In tutti i paesi europei, la classe media è stata incoraggiata ad optare per il welfare privato, solitamente attraverso incentivi fiscali (Humpage, 2015; Siza, 2022): per migliorare la propria situazione è necessario rivolgersi al mercato piuttosto che alle strutture pubbliche percepite come fragili (Mau, 2015: 101).

Una parte delle famiglie, differente da una nazione e l'altra, continua ad accedere ad un sistema pubblico teoricamente ancora universalistico, anche se la qualità delle prestazioni è sempre meno soddisfacente. Le famiglie con redditi e condizioni lavorative più stabili possono, invece, accedere agevolmente ad un sistema pubblico-privato sempre più integrato e complessiva-

mente efficiente. Distinguendo le famiglie a basso reddito alle quali è necessario assicurare prestazioni pubbliche dalla restante popolazione che in larga parte è ritenuta capace di accedere a prestazioni private (sanitarie, pensionistiche, istruzione), si canalizza una parte non secondaria della domanda di prestazioni sanitarie verso il privato.

L'equilibrio raggiunto fra pubblico e privato è ritenuto capace di fronteggiare i più rilevanti rischi per la salute e si è consolidato anche negli anni dell'epidemia. Nel 2019, i 318 fondi assicurativi avevano in carico un totale di 14.715.200 persone, comprendenti, oltre ai lavoratori, anche i loro familiari, i pensionati e i familiari di quest'ultimi e con un ammontare generale impegnato per erogare le prestazioni sanitarie pari a 2,83 miliardi di euro. Nel 2021, è cresciuto il numero di soggetti assicurati, ha superato quota 15,5 milioni. Comunque, in Italia rispetto a nazioni come la Germania, la Francia, l'assicurazione sanitaria volontaria gioca un ruolo minore mentre la spesa diretta delle famiglie è la più alta d'Europa. In Italia l'*out of pocket* è stimato pari a 40 miliardi (OECD, 2021): la percentuale sulla spesa sanitaria complessiva è aumentata dal 20,5 % nel 2010 al 23,2 % nel 2019, contro il 16% degli altri Stati membri.

La dualizzazione è stata sempre presente in alcuni settori del welfare italiana in particolare nell'ambito della protezione del lavoro (prevedendo un livello di protezione molto differente per il sistema pubblico da quello privato); nella sanità e nell'istruzione riguardava solo una minoranza delle famiglie italiane (quelle a reddito alto) che utilizzavano un mix di pubblico e privato molto differente dal mix utilizzato dalla maggioranza delle famiglie italiane. Le due direzioni (verso il pubblico, verso il privato) non s'intrecciano più, non sono più convergenti e rischiano di creare due sistemi molto differenti nella stessa nazione. Il primo sistema, prevalentemente privato, è accogliente e reattivo, è rivolto alle persone che operano fattivamente nel sistema lavorativo. Il secondo, prevalentemente pubblico, ha tempi di attesa normalmente lunghi, e una qualità delle relazioni di cura spesso non soddisfacente.

Ora la dualizzazione è molto più generalizzata e riguarda praticamente tutte le famiglie italiane e tutti gli ambiti di vita: una differenziazione nel sistema dei trasporti dall'alta velocità ai treni dei pendolari, nell'organizzazione degli spazi urbani, nello sviluppo economico di aree territoriali differenti. In questo modo si intende costruire una società dinamica e moderna, senza alcuna preoccupazione sulle troppo estese disuguaglianze e separazioni che inevitabilmente contribuisce a creare.

### 3. I servizi condizionali e il *welfare chauvinism*

Una seconda forma di controllo della domanda, la condizionalità, è stata introdotta in quasi tutti sistemi di welfare europei negli ultimi due decenni. La condizionalità riguarda principalmente le persone con disabilità o disturbi mentali non particolarmente severi, le persone dipendenti da sostanze psicoattive, le persone obese, i gruppi sociali che beneficiano di prestazioni di sostegno al reddito (disoccupati, giovani, migranti, persone senza dimora, madri sole con figli minori). Il diritto di molte persone di ricevere determinate prestazioni di welfare dipende dal loro comportamento e dal loro senso di responsabilità.

In molte nazioni, progressivamente si introducono forme di condizionalità sempre più stringenti. Nel Regno Unito, l'accesso a interventi chirurgici non urgenti delle persone obese che non dimostrino di aver iniziato una dieta o un percorso terapeutico è posticipato (Laverty e Harris, 2018). La condizionalità è spesso utilizzata nei servizi per le dipendenze, per le persone con disturbo mentale o disabilità in cui la qualità della relazione di cura e di aiuto cambia radicalmente nel caso di non rispetto di prescrizioni comportamentali. Le rigide prescrizioni comportamentali possono essere previste a persone con forme depressive o disordini bipolari. Due tipi di condizionalità sono normalmente previsti:

- politiche premianti, che prevedono benefici aggiuntivi a favore di individui che rispettano le prescrizioni;
- politiche punitive che prevedono sanzioni o riduzioni dei benefici (Henman, 2011).

Nell'ambito delle dipendenze molto diffuso è il "*contingency management*" un trattamento comportamentale basato sui principi condizionali: ad esempio, dopo la conferma di uno screening antidroga sulle urine negativo, i pazienti guadagnano la possibilità di ricevere un premio o una carta regalo. Nell'ultimo decennio, in tutta Europa, le prescrizioni sono diventate più rigide e prevalgono forme "punitive" di condizionalità. Le proposte di molti esperti di non assicurare la gratuità delle prestazioni alle persone che non rispettano alcune prescrizioni terapeutiche e comportamentali; le lunghe discussioni su quali supporti assicurare a persone che continuano ad abusare di sostanze psicoattive, la proposta di alcune forze politiche di introdurre meccanismi di premialità nell'accesso ai servizi per chi segue un regolare e concordato percorso di monitoraggio dello stato di salute costituiscono le argomentazioni che sostengono e legittimano pratiche condizionali di singoli professionisti o di interi sistemi di intervento indebolendo i diritti alla salute e i diritti sociali delle persone più fragili.

Storicamente, la condizionalità nell'accesso ai servizi e alle prestazioni era fondata su due livelli. In primo luogo, il riconoscimento di una condizione di deprivazione (una determinata patologia, il riconoscimento di una disabilità, disoccupazione, povertà). In secondo luogo, un livello di gravità di queste condizioni che viene certificata sulla base di criteri e procedure e di una valutazione da parte di un'autorità pubblica ("test dei mezzi", o "prova" dei mezzi dei quali il richiedente dispone): un livello di non autosufficienza, la gravità di una patologia o un reddito al di sotto di un determinato livello (Clasen e Clegg, 2007). A questi due livelli comunemente utilizzati si è aggiunto un terzo livello correlato alla responsabilità che dimostra il beneficiario nelle sue relazioni con il sistema di welfare, alla regolarità dei suoi comportamenti, al rispetto delle prescrizioni che possono riguardare l'offerta di lavoro ma anche il rispetto di prescrizioni di carattere comportamentale, impegni di cura, formativi, incontri. Le persone che rifiutano di comportarsi in modo responsabile perdono il loro diritto a ricevere le prestazioni di welfare. Il welfare condizionale è fondato sul principio che non esistono diritti acquisiti una volta per tutti dalle persone (Clasen e Clegg, 2007).

In molte nazioni europee come la Danimarca, la Norvegia, la Francia, il Regno Unito, i Paesi Bassi, e la Norvegia i servizi territoriali sono in larga parte condizionali. Il tradizionale regime di welfare universale e inclusivo che fornisce servizi uguali a tutti i cittadini ha subito una trasformazione importante e spesso inosservata. Il welfare diventa uno strumento per cambiare il comportamento delle persone, non solo per contrastare dipendenze patologiche, abusi, comportamenti violenti, ma per sconfiggere ogni passività, favorire l'acquisizione di una normalità e una regolarità nella fruizione dei benefici, per acquisire un comportamento disciplinato anche da parte dei gruppi sociali che vivono condizioni di grave svantaggio sociale.

Una terza selettività molto diffusa in tanti paesi europei riguarda le minoranze etniche. Il termine *welfare chauvinism* (Andersen e Bjørklund, 1990; Schumacher e Van Kersbergen, 2016; Greve, 2019) è comunemente utilizzato per definire una configurazione di welfare che limita l'accesso ai sussidi o riduce il livello di benefici per gli immigrati, introduce più selezioni e misure basate sulla condizionalità per le minoranze etniche e i gruppi ritenuti tradizionalmente non meritevoli, le persone i cui valori e comportamenti sono considerati la causa primaria della loro condizione. I tagli alla spesa pubblica devono essere limitati esclusivamente ai benefici e agli interventi destinati a questi gruppi minoritari. In molte nazioni il welfare di fatto riduce la concorrenza con le minoranze etniche nell'accesso ai programmi abitativi, ai servizi sociali, ai servizi sanitari destinati a questi gruppi minoritari.



In Europa, la condizionalità e il *welfare chauvinism* sono state introdotti massicciamente nel settore sociale ed emergono in molti provvedimenti soprattutto nell'erogazione di sostegni economici al reddito. In Italia, le disposizioni del Reddito di cittadinanza hanno previsto severe sanzioni, prevenendo sospensioni e decadenze dai benefici previsti per chi non rispetta accordi e prescrizioni e un severo *welfare chauvinism* con l'esclusione dai benefici gli immigrati con una residenza in Italia inferiore ai 10 anni. La condizionalità è utilizzata da molti comuni anche nella gestione delle case popolari. Per esempio, l'Unione Pedemontana Parmense, il Comune di Fidenza ha introdotto una sorta di patente a punti: si perdono punti fino alla perdita dell'assegnazione dell'alloggio in caso di abbandono di rifiuti, parcheggi irregolari.

#### **4. La crescente frammentazione sociale**

Le scelte di riforma del welfare adottate in questi anni si fondano su una analisi per certi versi molto parziale della società italiana. Rilevano i cambiamenti demografici, individuano l'impatto del processo di invecchiamento della popolazione, l'esigenza di assicurare maggiore competizione alle imprese in un mercato globalizzato. Queste sfide si ritiene che rendano economicamente insostenibile il welfare universalistico e rendano necessario accrescere il controllo sulla spesa, politiche di austerità nell'uso delle risorse finanziarie e del personale, introdurre nuovi incentivi e nuove forme di selettività. I cambiamenti previsti riguardano l'entità delle risorse finanziarie e la disponibilità di personale e una maggiore enfasi sui comportamenti individuali.

La dualizzazione si fonda su presupposti e logiche molto deboli. La famiglia di classe media italiana è rappresentata come moderna, individualizzata, che può partecipare in modo attivo e dinamico a livelli di vita condivisi. La convinzione diffusa è che una parte considerevole della classe media, superata periodi contingenti di crisi economica, potrà investire una parte del proprio reddito per garantire prestazioni sociosanitarie efficaci e di qualità che forniscano protezione contro i rischi dell'invecchiamento, delle malattie prolungate e della perdita del lavoro. In realtà, questa rappresentazione è riferibile solo a quella quota minoritaria della classe media che in questi anni ha migliorata sensibilmente la sua condizione economica.

Altre profonde trasformazioni della società italiana non sono valutate nelle loro implicazioni sebbene contribuiscano ad accrescere i problemi di governabilità del sistema e influiscano sulla qualità dei servizi, sull'appro-

priatezza delle prestazioni, rendano difficili i programmi di responsabilizzazione nell'uso di farmaci e servizi. Non intendo riferirmi soltanto alle condizioni più drammatiche. Indubbiamente la povertà sta crescendo sebbene con una progressiva inferiore a quanto pubblicamente rappresentato.

La globalizzazione, le innovazioni tecnologiche, la crisi ecologica e l'intensificarsi dell'individualizzazione non hanno influito solo sul reddito delle famiglie, sul lavoro e sulla vita economica. Allo stesso tempo hanno creato anche altre priorità per un welfare attivo che riguardano i legami sociali, la stabilità delle appartenenze, la crescente sfiducia nei confronti delle istituzioni. In tutto il mondo stanno creando processi, dinamiche, interdipendenze, gruppi di interesse e aspettative che non siamo più in grado di governare. Ciò che emerge è una società altamente individualizzata, un indebolimento dei legami sociali, delle appartenenze collettive i cui effetti ricadono pesantemente non solo nei gruppi sociali più poveri ma nella maggioranza degli italiani, creando inquietudine, preoccupazione per il proprio futuro, conflittualità sociale molte estese (Siza, 2022).

Questa instabilità e inquietudine e risentimento di larghi strati sociali contro l'establishment la ritroviamo nelle relazioni con tutte le istituzioni nella vita quotidiana. Lo ritroviamo in un mutato atteggiamento nell'ambito delle relazioni di cura e nelle relazioni complessive con il sistema sanitario, nella crescente conflittualità che emerge nella relazione medico-paziente, nella crescita dei contenziosi come rilevato dall'ANIA (Associazione Nazionale per le Imprese Assicuratrici) nei suoi rapporti annuali. L'Inail rileva che nel triennio 2019-2021 sono stati denunciati e riconosciuti 4.821 infortuni legati a episodi di violenza. Gli atteggiamenti prescrittivi originati dal timore di incorrere in possibili contenziosi penali e civili hanno assunto una dimensione numericamente e finanziariamente rilevante. L'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali stimava in uno studio del 2015 che i costi della medicina difensiva siano annualmente di 10 miliardi di euro. Il rispetto da parte dei medici dei protocolli diagnostici-terapeutici e il consenso informato non sembrano sufficienti a fronteggiare il fenomeno.

Nelle relazioni che si sviluppano nella vita quotidiana sono presenti conflittualità e rischi, ma si producono allo stesso tempo risorse importanti per la nostra salute e la nostra convivenza civile. Una parte non secondaria della società italiana è costituita da famiglie, organizzazioni e individui impegnati quotidianamente nel ricostruire legami sociali, collaborazioni con le istituzioni, superare divisioni tra i gruppi sociali. Nella consapevolezza che la costruzione del benessere sociale e dell'equità nella comunità non dipende soltanto da innovazioni tecnologiche e centri di eccellenza, ma anche da una valorizzazione di quanto nella società si muove per riaggregare, per superare

frammentazioni sociali e distanze, per stabilire relazioni positive tra le persone. Le Case della comunità, così come nel passato i Distretti sociosanitari e le Case della salute, rischiano di non essere dei luoghi di socialità e convivenza civile. In questi luoghi, la salute che si costruisce nelle relazioni informali rischia di non essere parte essenziale delle azioni per la salute realizzate dalle istituzioni sanitarie, così come nei Distretti non era osservabile un chiaro riorientamento del sistema professionale dei presidi sanitari alla vita di tutti i giorni.

## 5. Distanze e interazioni nella comunità sociologica

Rispetto all'entità dei cambiamenti avvenuti nel tessuto sociale, dualizzazioni fra pubblico e privato, condizionalità, *welfare chauvinism*, medicina difensiva appaiono soluzioni che aggravano divisioni sociali e disuguaglianze. Il principio che orienta la condizionalità è che l'essere umano risponde a incentivi e sanzioni, soprattutto di carattere economico. Il beneficiario di prestazioni di welfare è rappresentato come un individuo che di volta in volta valuta razionalmente costi e benefici, dispone delle informazioni necessarie per decidere e percepisce razionalmente la probabilità con cui le azioni che intende mettere in atto si tradurranno in risultati positivi o negativi. La complessità delle relazioni sociali e le condizioni reali di vita delle famiglie italiane perdono rilevanza nei nuovi sistemi di welfare. Nel percorso di cura le relazioni non sono percepite come risorsa che è possibile coinvolgere in processi collaborativi, emergono solo come comportamenti opportunistici e conflittuali che è necessario controllare. La distanza delle politiche sanitarie si misura nell'incapacità di promuovere servizi che riconoscono e valorizzano l'autonomia delle persone, sistemi di cura capaci di costruire fiducia e relazioni collaborative, di proporre nuove forme di relazione tra operatori e persone, fra decisori aziendali e cittadinanza, di umanizzare realmente i servizi, di contrastare con una sanità di iniziativa il degrado e l'abbandono che si consolidano nel tessuto sociale.

Di fronte a questi sviluppi del sistema sanitario, è necessario che i sociologi si interrogino sulla rilevanza che hanno le loro analisi nel dibattito pubblico e su quale ruolo dovrebbero assumere. L'esigenza che emerge è quella di affermare un principio scientifico e professionale: se si hanno le risorse argomentative, culturali e in parte istituzionali per chiarire un'idea che si ritiene dannosa e confusa, oppure argomentare contro una tesi che si ritiene dannosa o falsa, perché seguita da molti, è bene farlo, indipendentemente da chi la propone e in quale sede. Un tale principio di responsabilità epistemica

presuppone un'idea del dibattito pubblico come bene comune (Lalumera, 2021).

Nell'ambito della comunità sociologica, la preoccupazione di molti autori (Burawoy, 2005) è di individuare una soddisfacente interazione tra senso comune e ricerca scientifica, di comprendere come la sociologia possa assumere un ruolo attivo nel discorso pubblico interagendo con vari soggetti sociali. Allo stesso tempo il sociologo dovrebbe agire nei dibattiti pubblici come uno scienziato sociale teoricamente ed empiricamente informato (Lauder *et al.*, 2004).

La ricerca e l'intervento del sociologo possono contribuire concretamente a mutare un clima culturale o organizzativo nei confronti del sistema sanitario, a fornire analisi e informazioni, pratiche professionali che influenzino il modo di concettualizzare la salute e la sua cura che mostrino i limiti di punti di vista e soluzioni attualmente prevalenti.

L'impegno per le professioni sociologiche è particolarmente rilevante. La base cognitiva su cui fondare la professione ora è ampia e solida. Rispetto ad un recente passato, il sociologo può disporre nella sua pratica professionale di conoscenze disciplinari per certi versi meglio finalizzate all'operatività e in alcuni ambiti – quali la valutazione, la progettazione, la comunicazione – emergono specializzazioni e capacità di utilizzare conoscenze circoscritte in modo professionale. La ricerca non costituisce più l'abilità esclusiva dell'azione pratica, ma è affiancata da altre modalità conoscitive e d'intervento sulle relazioni sociali in vari ambiti organizzativi.

In vari ambiti organizzativi, al sociologo è affidata la decisione di formulare un piano, un progetto d'intervento, di gestire relazioni umane, di decidere sulla continuazione di un servizio utilizzando i risultati di una ricerca valutativa, di compiere un'analisi ed un intervento organizzativo, di produrre relazioni, ambiti e strumenti comunicativi, di costruire insieme ad altre professioni e in termini interattivi, un intervento di inserimento sociale, di promozione della salute, di rigenerazione sociale di un quartiere, di predisporre un quadro normativo consapevole di relazioni umane, un intervento nei confronti di patologie che coinvolgono profondamente relazioni tra le persone e il rapporto con la comunità di appartenenza (Siza, 2018).

Ciascuno di questi ambiti professionali e di queste abilità – la valutazione, la progettazione e l'organizzazione dei servizi, la salute, l'analisi organizzativa, la comunicazione, la definizione di modelli d'intervento nelle politiche sociali – richiedono costanti aggiornamenti conoscitivi per potere proporre servizi e interventi professionali adeguati. Su questo piano permangono disattenzioni e distanze. Il problema è che in molti di questi ambiti applicativi mancano i livelli di comunicazione, i legami, i sentimenti di condivisione e

di appartenenza ad una identica comunità di accademici e professionisti, che consentano ai primi di promuovere la crescita dei secondi, di sentirsi e di agire nell'ambito di un progetto comune volto allo sviluppo e alla diffusione della sociologia e dei sociologi, al di là delle appartenenze istituzionali.

La comunità sociologica troppo spesso è considerata coincidente con la comunità accademica, in questo modo si trascura un'area estesa e oramai consolidata di sociologi professionali che operano in una pluralità di contesti, ai quali non si assicurano adeguate risorse conoscitive, di metodi e di tecniche. Ai sociologi che operano in contesti non accademici raramente la comunità sociologica nel suo complesso assicura un qualche sostegno nei conflitti interprofessionali, con azioni puntuali nella definizione di norme o con una presenza pubblica che veicoli l'utilità della professione e della disciplina, che intenda contrastare l'utilizzo improprio di concetti sociologici o azioni professionali generiche o confuse.

Una frammentazione che apparentemente è di interessi, di status, di appartenenze organizzative, ma che soprattutto si configura come intenzionalità e costruzione di solchi e steccati. Il dibattito, che riporterò in termini generali, che si è sviluppato su varie riviste italiane (fra le quali, «Sociologica», «Sociologia italiana-AIS Journal of Sociology», «Rassegna italiana di sociologia», «Studi di sociologia», «Il Mulino») sull'utilità sociale, sullo stato e sui compiti della disciplina sociologica a partire dai saggi di Boudon (2002) e Burawoy (2004) ci aiuta a capire una parte considerevole delle scelte e delle ragioni profonde che hanno favorito queste separazioni (Siza, 2019).

In precedenza, il dibattito sugli stessi temi, in particolare sulla *public sociology* di Burawoy, si era sviluppato nell'ambito dell'American Sociological Association (Clawson *et al.* 2007) e nelle pagine del «British Journal of Sociology» e «Critical Sociology». Nel suo saggio Boudon (2002) sostiene che la diversità della sociologia rispetto ad altre scienze può essere compresa con il fatto che l'etichetta "sociologia" comprende quattro tipi principali e costanti di produzioni sociologiche:

- la sociologia camerale, orientata a informare i decision-makers piuttosto che a spiegare i fenomeni sociali, volta più a raccogliere dati, a condurre inchieste su luoghi e i fenomeni sociali che sono sconosciuti al pubblico e ai decisori;
- la sociologia critica che identifica patologie sociali e propone rimedi, che sostiene o legittima movimenti e lotte politiche;
- la sociologia espressiva esprimere in un modo originale sentimenti di cui molte persone fanno esperienza nelle loro vite quotidiane: esso è ben rappresentato dalle opere di Riesman sulla folla solitaria, di Erving Goffman,

di Le Bon, in cui la sociologia sconfinava nella letteratura, o meglio in un genere letterario specializzato nella saggistica sociale;

- la sociologia cognitiva, che ha l'obiettivo di produrre spiegazioni valide dei fenomeni sociali. Tutta la sociologia classica rientra in questo programma e ai successi di questo programma si deve l'istituzionalizzazione della sociologia.

Questi quattro orientamenti caratterizzano la sociologia classica e quella contemporanea. Tocqueville, Weber, e Durkheim rappresentano il quarto tipo di sociologia, ma per varie ragioni gli altri tre tipi di sociologia sono cresciuti indebolendo la sociologia cognitiva. Boudon ritiene che dal momento che le altre tre attività diventano dominanti, la sociologia perde di continuità e di cumulatività. La sociologia è una scienza come le altre, la singolarità rispetto ad altre scienze si spiega con il fatto che l'etichetta sociologia comprende anche altri tipi ideali di produzioni sociologiche. Il declino della sociologia può essere combattuto solo adottando un programma volto a valorizzare la sociologia scientifica, e a limitare drasticamente lo sviluppo della sociologia camerale e degli altri tipi di sociologia.

Una parte considerevole della sociologia italiana condivide le conclusioni di Boudon e la necessità di limitare le interazioni fra questi quattro tipi di sociologia e lo sviluppo di differenti produzioni sociologiche. Per molti sociologi la sociologia non deve essere coinvolta nell'agire pratico, nelle questioni di intervento.

Una parte forse ancora più ampia dei sociologi italiani ritiene che i quattro tipi di sociologia abbiano una interdipendenza reciproca e ogni sociologia trae energia, senso e immaginazione dalla sua connessione con le altre. Il saggio di Michael Burawoy (2005) ben rappresenta questa posizione. Questo autore individua quattro tipi di sociologia: sociologia professionale e sociologia di policy (cognitiva e camerale nella tipologia di Boudon) sociologia pubblica e sociologia critica. I suoi quattro tipi di sociologia sono complementari, interconnessi, si rafforzano a vicenda e sono mutualmente dipendenti, ognuno fa parte di una divisione del lavoro sociologico. Senza una sociologia professionale non può esistere una sociologia politica o pubblica, ma nemmeno una sociologia critica. Anche la sociologia professionale dipende per la sua vitalità dalla continua sfida delle questioni pubbliche attraverso il veicolo della sociologia pubblica. La sociologia delle politiche, da parte sua, ha rivitalizzato la sociologia professionale sperimentando le sue ipotesi teoriche e confrontandosi con problemi significativi. La sociologia pubblica crea una relazione di tipo dialogico tra il sociologo e differenti pubblici.

La classificazione di Burawoy ci consente di guardare in termini differenti alle relazioni e agli equilibri fra i differenti tipi di sociologia: è possibile

fare *professional sociology* e contemporaneamente fare *policy sociology*, *public sociology* e *critical sociology*. Questa possibilità non si esprime solo in una ulteriore divisione del lavoro tra soggetti diversamente specializzati, ma può tradursi in un modello integrato a cui ogni sociologo può aspirare (Santoro, 2007).

## Riferimenti bibliografici

- AA. VV. (2015), *Medicina difensiva. Diffusione e impatto economico. Un modello di valutazione*, Quaderno di Monitor, AGENAS, Roma.
- Andersen J.G., Bjørklund T. (1990), *Structural changes and new cleavages: The progress parties in Denmark and Norway*, «Acta Sociologica», 33(3): 195-217.
- Boudon R. (2002), *Sociology that really matters*, «European Sociological Review», 18(3): 371-378.
- Burawoy M. (2005), *For Public Sociology, ASA Presidential Address*, «American Sociological Review», 70(1): 4-28.
- Clasen J., Clegg D. (2007), "Levels and levers of conditionality: measuring change within welfare states", in J. Clasen, N.A. Siegel (eds.), *Investigating Welfare State Change. The Dependent Variable Problem in Comparative Analysis*, Edward Elgar Publishing, Cheltenham: 166-197.
- Greve B. (2019), *Welfare, Populism and Welfare Chauvinism*, Policy Press, Bristol.
- Henman P. (2011), *Conditional Citizenship? Electronic Networks and the New Conditionality in Public Policy*, «Policy and Internet» 3:1-18.
- Humpage L. (2015), *Policy Change, Public Attitudes and Social Citizenship*, Policy Press, Bristol.
- Lalumera E. (2021), *Qual è il ruolo dei filosofi nel discorso pubblico in Italia?*, «Il Mulino» (<https://www.rivistailmulino.it/>).
- Laverty L., Harris R. (2018), *Can conditional health policies be justified? A policy analysis of the new NHS dental contract reforms*, «Social Science & Medicine», 207: 46-54.
- Mau S. (2015), *Inequality, Marketization and the Majority Class Why Did the European Middle-Classes Accept Neo-Liberalism*, Palgrave Macmillan, New York.
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), *Italy: Country Health Profile 2021*, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris.
- Santoro M. (2007), *Per una Sociologia professionale e riflessiva (solo così anche pubblica)*, «Sociologica», 1/2007:1-13.
- Siza R. (2019), *The sociologist: a profession without a community*, «International Review of Sociology», 3(29): 378-389.
- Siza R. (2018), *Narrowing the gap: the middle class and the modernization of welfare in Italy*, «International Journal of Sociology and Social Policy», 38(1-2):116-129.
- Siza R. (2022), *The Welfare of the Middle Class. Changing Relations in European Welfare States*, Policy Press, Bristol.

*II. Competenze ed esperienze dei sociologi  
nei servizi sanitari e sociosanitari*





## 4. *Il paradosso del sociologo nella sanità locale: tra profilo professionale misconosciuto e competenze strategiche*

di Angela Genova e Giulia Mascagni<sup>1</sup>

### 1. Il contesto, gli obiettivi della ricerca, la metodologia

La pandemia da Sar-Cov-2 ha messo in luce i punti di forza ma anche le molte debolezze del nostro Servizio Sanitario Nazionale (Burau *et al.*, 2022; Siza, 2022). In questo scenario di pesanti sfide in ambito sociale e politico, economico e finanziario e in una fase di ulteriore e complesso rinnovamento dei modelli organizzativi (Vicarelli e Giarelli, 2021), la sociologia e le figure professionali espressione della disciplina sembrano non trovare adeguato riconoscimento e valorizzazione (Perino e Savonardo, 2017), nemmeno nei processi di riforma in atto.

Se infatti la situazione emergenziale ha spinto verso una rapida e marcata riorganizzazione delle attività dei servizi sociali e sanitari ma anche delle “priorità di intervento a livello nazionale, generando una nuova *ribalta* politica e mediatica per le professioni sociali e sanitarie, assistenti sociali e infermieri su tutte” (Mascagni e Valzania, 2022), nel nostro Paese la figura del sociologo è ancora una volta rimasta esclusa da questo processo di riprogrammazione e rinnovamento.

Solo per fare due esempi particolarmente indicativi: primo, durante la fase pandemica mentre nel resto dei paesi europei i Comitati Tecnico Scientifici nominati per fare fronte all'emergenza presentavano una composizione multidisciplinare e potevano contare su competenze dell'area medica ma anche dell'area delle scienze sociali ed umanistiche, in Italia esperti e dirigenti pubblici erano tutti afferenti alla sola area medica (Pistoi, 2021).

Secondo, la riforma della sanità territoriale (DM 71/2022 e DM 77/2022), se pure presta una crescente attenzione al modello organizzativo delle Case

---

<sup>1</sup> Il lavoro è frutto delle riflessioni congiunte delle autrici, tuttavia Giulia Mascagni è autrice dei paragrafi 1 e 2. Angela Genova è autrice del paragrafo 3.

della Comunità, delinea uno scenario nel quale è totalmente assente la figura professionale del sociologo (Pesaresi, 2022; Geddes, 2022).

Alla luce di tale contesto di riorganizzazione dei servizi sanitari e sociosanitari, cogliendo e riformulando alcuni spunti di riflessione relativi alla necessità per la sociologia della salute di potenziare la sua partecipazione e rilevanza in termini di interdisciplinarietà e di definire nuove possibili agende di intervento (Pescosolido, 2006; Karvonen, Kestilä e Mäki-Opas, 2018), ci si interroga sulla rappresentazione della sociologia e del ruolo del sociologo da parte degli stessi professionisti attualmente impegnati nel settore.

I dati qui presentati sono tratti da una più ampia attività di ricerca condotta nell'ambito del Convegno nazionale congiunto promosso dall'Associazione Italiana di Sociologia sezione Sociologia della Salute e della Medicina (AIS-SSM) e dalla Società Italiana di Sociologia della Salute (SISS) dal titolo *Mission e competenze dei sociologi della salute una risorsa strategica per la governance del SSN* tenutosi a Matera il 28 e 29 ottobre 2022.

L'indagine di tipo qualitativo ha previsto due fasi distinte ma concatenate di lavoro sul campo e analisi dei dati (Gobo, 1998).

La prima fase ha contemplato il coinvolgimento diretto dei colleghi e delle colleghe che quotidianamente svolgono la loro attività in ambito socio-sanitario per indagarne la percezione e l'auto-percezione della posizione lavorativa, delle attività quotidiane, e le dinamiche di interazione con le altre figure professionali. Lo strumento utilizzato è stato quello della *survey* esplorativa (Lehdonvirta *et al.*, 2021) a domande aperte e chiuse, accessibile nel mese di ottobre 2022 su applicazione web e autosomministrato. L'invito alla compilazione è avvenuto via mail in concomitanza con la diffusione del Programma definitivo del Convegno alle liste di iscritti e simpatizzanti di AIS-SSM e SISS<sup>2</sup>. Il campionamento è stato dunque di tipo non probabilistico, esplorativo, orientato ad indagare un tema poco investigato e ad intercettare una popolazione non facilmente circoscrivibile e raggiungibile

Nella seconda fase, i risultati preliminari della *survey* online sono stati presentati e discussi durante il Convegno congiunto AIS-SSM e SISS 2022 in momenti organizzati di confronto, strutturati secondo la *world café methodology* e il *brainstorming*<sup>3</sup>.

---

<sup>2</sup> Gli invii effettuati tramite le mail istituzionali SISS e AIS-SSM hanno raggiunto 57 contatti SISS e 203 contatti AIS-SSM, per un totale di 245 contatti al netto delle doppie appartenenze. La percentuale di rispondenti è dunque del 19,2% (47 su 245).

<sup>3</sup> Le autrici ringraziano Roberto Lusardi e Natale Pepe per il supporto offerto durante l'incontro di *brainstorming* con 3 classi (50 studenti circa) dell'ultimo anno del Liceo delle Scienze Umane e dell'Istituto Professionale per i Servizi Sociali di Matera e tutte le studen-

Questo contributo analizza e presenta unicamente quanto emerso dalla prima fase della ricerca.

## **2. La sociologia come professione: esperienze, rappresentazioni e riconoscimenti mancati**

I 47 questionari sono stati compilati da 25 sociologhe e 22 sociologi, di età compresa tra i 75 e i 30 anni, con media aritmetica attestata sui 52 anni e una presenza significativa di quarantacinquenni.

Tutti risultano laureati nella classe di laurea delle Scienze Politiche e Sociali<sup>4</sup> con percorsi di studio universitario che attestano una netta prevalenza delle università del Centro Italia con 31 fra laureate e laureati (12 nel solo ateneo di Urbino) 9 del Sud, 7 del Nord; completa la distribuzione 1 laureato presso una università telematica.

Come richiesto dai criteri di inclusione, sono tutti professionalmente attivi nel settore sociosanitario: più nel dettaglio, in 22 casi lavorano presso il servizio sanitario pubblico, in 8 casi come liberi professionisti, in 6 presso servizi pubblici sociali, in altri 6 presso università o altri enti di ricerca, in 5 nel terzo settore.

Ancora per quanto riguarda il ruolo lavorativo, in 18 – 12 uomini su 22 e 6 donne su 25 – ricoprono una posizione propriamente dirigenziale o comunque di responsabilità e di vertice.

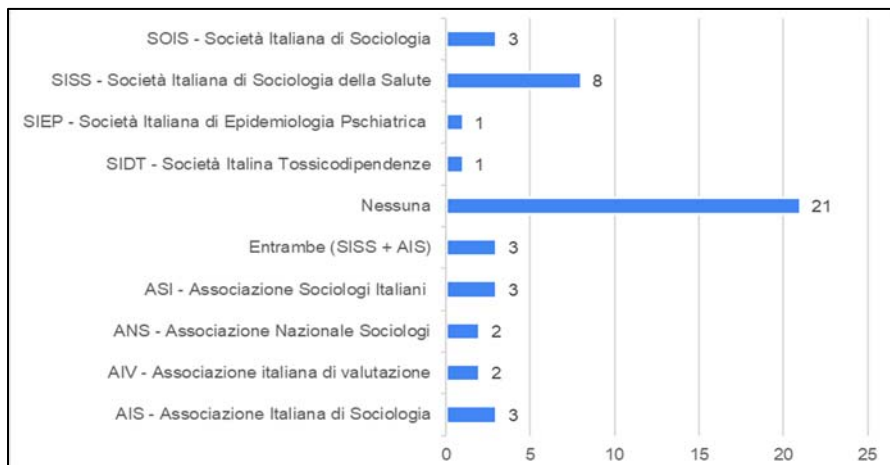
Completa il quadro – e anticipa il tema del grado di definizione dell'identità professionale, della rappresentatività e della frammentarietà – il dato relativo all'adesione associativa: come restituito dal Grafico 1, poco meno della metà degli intervistati (21) non è iscritta ad alcuna associazione, mentre i restanti 26 restituiscono emblematicamente la frammentazione associativa caratteristica del settore, aderendo a una o più delle sei associazioni di ambito disciplinare menzionate o ad associazioni relative alle aree di attività (psichiatria e dipendenze).

---

tesse e gli studenti coinvolti; ringraziano altresì le colleghe e i colleghi per la loro partecipazione ai lavori del *world café* e quanti hanno dato il loro contributo compilando il questionario online.

<sup>4</sup> In 4 profili, tutti di rispondenti donne, è segnalato anche il titolo di Dottore di Ricerca.

Grafico 1 – Iscrizione alle associazioni professionali di area sociologica

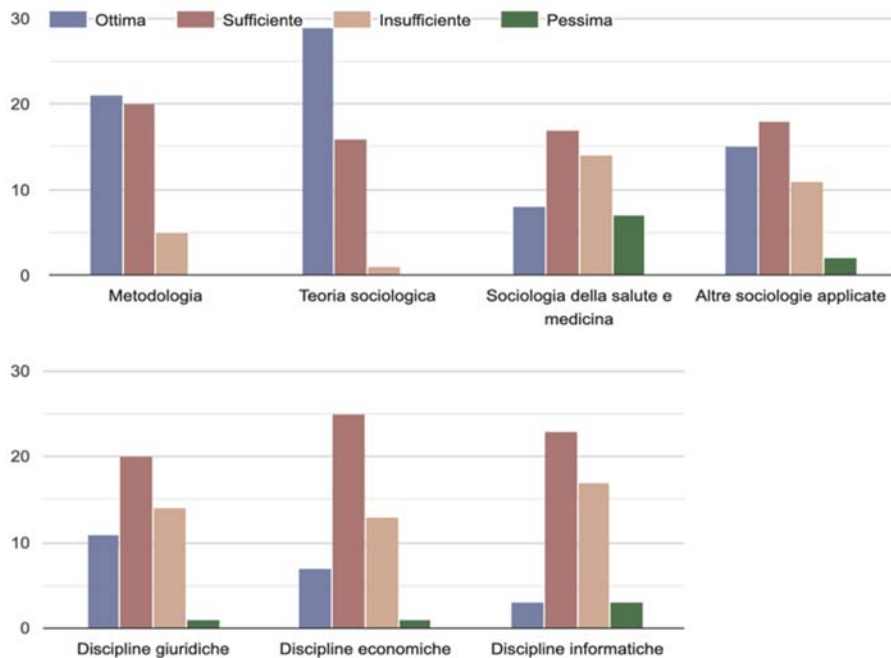


Definito il profilo dei rispondenti, ci dedichiamo ad analizzare i risultati relativi alle quattro principali aree tematiche al centro dell'indagine, già in parte richiamate nel paragrafo precedente: I. l'adeguatezza del percorso formativo e gli eventuali cambiamenti proposti; II. la congruità tra mansioni richieste e competenze professionali; III. il riconoscimento del profilo professionale del sociologo da parte dei colleghi; IV. i cambiamenti e le sfide che la figura professionale del sociologo impiegato nei servizi sanitari ha vissuto e affrontato negli ultimi dieci anni.

Iniziando dunque dalla prima area tematica e stimolando una riflessione sulla valutazione del percorso formativo intrapreso e sui cambiamenti auspicati, al momento dell'ingresso nel mondo del lavoro le competenze acquisite tramite gli studi seguiti risultano del tutto adeguate (21) o almeno sufficienti (18) per la maggioranza del campione, anche se in 9 casi sono dichiarate insufficienti o del tutto inadeguate. Entrando nel dettaglio della formazione specifica per aree formative (vedi Grafico 2), quella in sociologia della salute e della medicina risulta la più debole, essendo stata giudicata insufficiente o pessima per 21 intervistati.

Come mostra il successivo Grafico 3, le aree formative sulle quali converge il bisogno di un maggiore potenziamento sono epidemiologia, lingue straniere, antropologia, informatica, statistica, metodologia. Tra queste – e in modo netto – ritroviamo anche la stessa sociologia della salute e della medicina, a conferma del dato precedente relativo alla poca soddisfazione della formazione ricevuta.

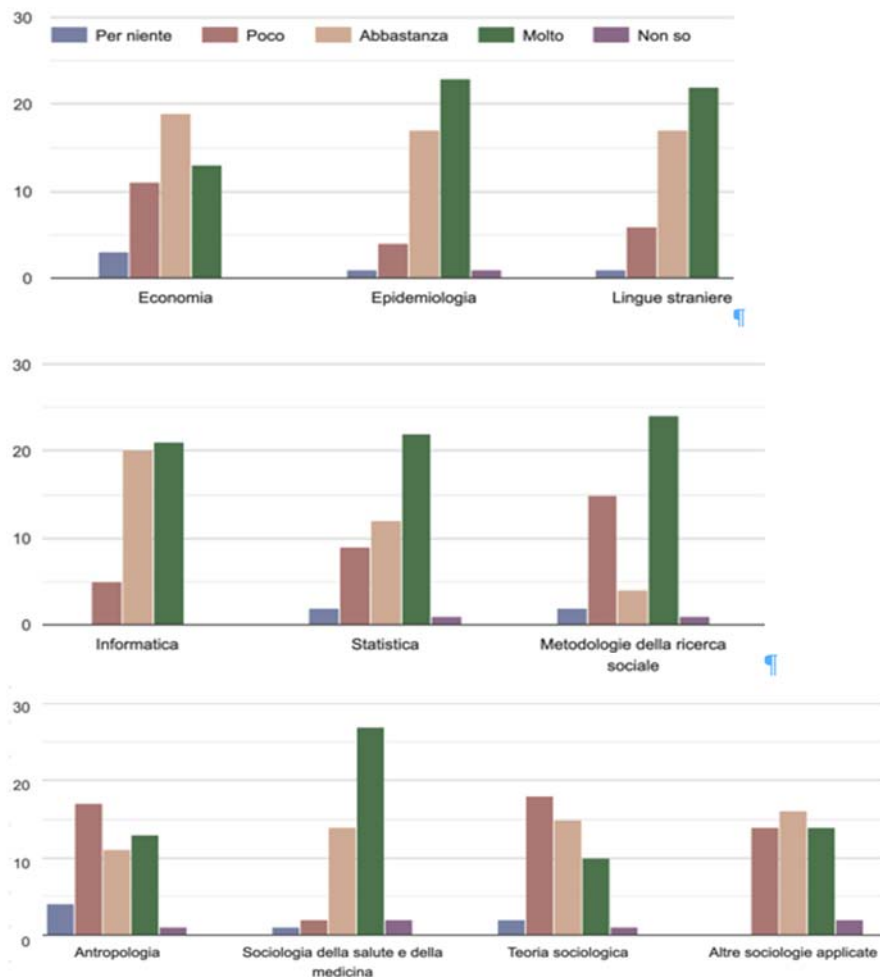
Grafico 2 – Giudizio sulla preparazione universitaria in merito a specifiche aree formative



Per tentare di colmare alcune delle lacune imputate all'impostazione troppo marcatamente teorica dei corsi di studio e per rendere più efficace l'avvio dell'esperienza lavorativa, si afferma la possibilità di inserire attività di tirocini professionalizzanti anche nei corsi di laurea in sociologia: una opzione considerata *molto utile* da 27 rispondenti, e *abbastanza utile* da 13 sul totale di 47.

Le motivazioni che vengono esplicitate a supporto della proposta del tirocinio ne evidenziano un duplice vantaggio. Per il tirocinante/discente: dal momento che al tirocinio viene riconosciuto un valore formativo importante di esperienza pratica e di apprendimento in situazione, che potenzia le competenze specialistiche teoriche arrivando a sopperire a eventuali carenze formative nell'ambito dell'applicazione pratico-professionale. Per le organizzazioni in cui il tirocinio viene svolto e per i tutor che lo seguono: poiché quella del "praticantato" è attività che può contribuire al consolidamento e alla visibilità della professione stessa.

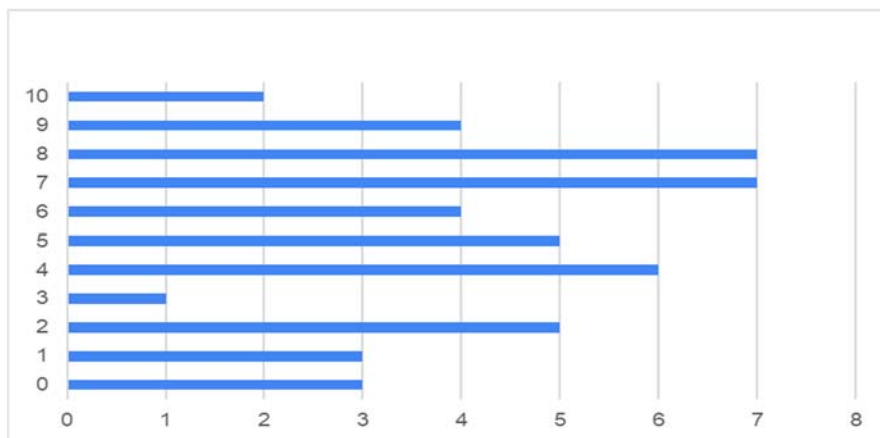
Grafico 3 – Ambiti disciplinari da introdurre o potenziare



Nell'affrontare il successivo tema del riconoscimento della figura del sociologo (seconda area tematica presa in esame), la congruità tra mansioni richieste e profilo professionale è percepita e valutata in modo non univoco. Per 25 su 47 tale corrispondenza è alta (media o molto), mentre per i restanti 22 la congruenza bassa rileva un *mismatch* tra attività da svolgere e competenze disciplinari, mettendo in luce potenziali severe criticità.

Il riconoscimento degli *skills* professionali da parte dei colleghi (cfr. Grafico 4) è poi giudicato insufficiente in 23 casi, e solo per 6 raggiunge i punteggi massimi.

Grafico 4 – Riconoscimento delle competenze professionali da parte di colleghi di altri ambiti disciplinari



Risultati che sembrano pienamente in linea con quanto rilevato dalla letteratura riguardo alle condizioni di lavoro particolarmente complesse quando non critiche dei sociologi operanti in ambito sociosanitario. Negli ultimi decenni – come ricordato anche da Remo Siza e Giovanna Vicarelli proprio durante il Convegno di Matera – tendenze di dualizzazione, welfare *chauvinism* e condizionalità<sup>5</sup> intrecciandosi a pesanti riassetti organizzativi come i crescenti margini di autonomia regionale e locale, la costituzione dei Distretti sociosanitari, delle Case della Salute e più recentemente alla pianificazione e prossima inaugurazione Case della Comunità (PNRR 2021 e DM 77 del 23

---

<sup>5</sup> Tra le forme di controllo della domanda di prestazioni posta ai sistemi delle politiche sociali nazionali, la *dualizzazione* del welfare è la soluzione di reindirizzamento verso il privato che va ad operare una distinzione tra la parte di popolazione in grado di accedere privatamente alle prestazioni (sanitarie, pensionistiche, educative e didattiche) e la parte di popolazione più deprivata per la quale è necessario assicurare prestazioni pubbliche (Siza, 2022). Con *welfare chauvinism* a partire dagli anni 90 dello scorso secolo si definisce una configurazione di welfare “escludente” orientato a garantire il più ampio ventaglio di protezioni e vantaggi per gli autoctoni e parallelamente a limitare l’accesso ai sussidi e ai servizi per le minoranze etniche e i gruppi ritenuti “non meritevoli” ovvero i cui valori e comportamenti sono considerati causa primaria della loro condizione di bisogno, indigenza, malessere (Andersen, Bjørklund, 1990). Infine, e in parte analogamente al punto precedente, con la *condizionalità* si nega l’acquisizione perpetua del diritto al godimento delle prestazioni di welfare, e si introducono progressivamente forme sempre più stringenti di accesso legandole alla condotta e al senso di responsabilità individuali. La *condizionalità* intesa come incentivo comportamentale (Leone, 2016) revoca alle persone che non si comportano secondo “il patto di collaborazione” con le istituzioni il diritto a ricevere prestazioni, sussidi, esenzioni.



maggio 2022, GU 144), hanno progressivamente ridisegnato il nostro welfare con impatti rilevanti sia sul fronte dell'erogazione dei servizi sia sul fronte dell'organizzazione del lavoro.

In questo scenario e in particolare nel comparto sociosanitario, il profilo del sociologo risulta poco o per niente affermato e – in particolare considerando gli ultimi 10 anni – sembra avere avuto un accesso limitato o nullo a ruoli dirigenziali e di prestigio (cfr. Grafico 5). Affrontando dunque le questioni chiave della terza area tematica, emerge chiaramente come la scarsissima valorizzazione da parte delle altre figure sanitarie si accompagni ad un apprezzamento e ad una richiesta di collaborazione altrettanto marginale e limitata. La valutazione degli intervistati è netta: ad oggi il sociologo come figura professionale operante in ambito sociale e sanitario ha perso prestigio (22 risposte) e visibilità (28 risposte).

Alla domanda “Sulla base della tua diretta esperienza lavorativa, di cosa si dovrebbero occupare una sociologa o un sociologo afferenti ad una organizzazione attiva negli ambiti del sociosanitario e/o della salute?” le risposte raccolte rivelano uno scenario di aspettative professionali orientate su due principali fronti: la ricerca e l'organizzazione.

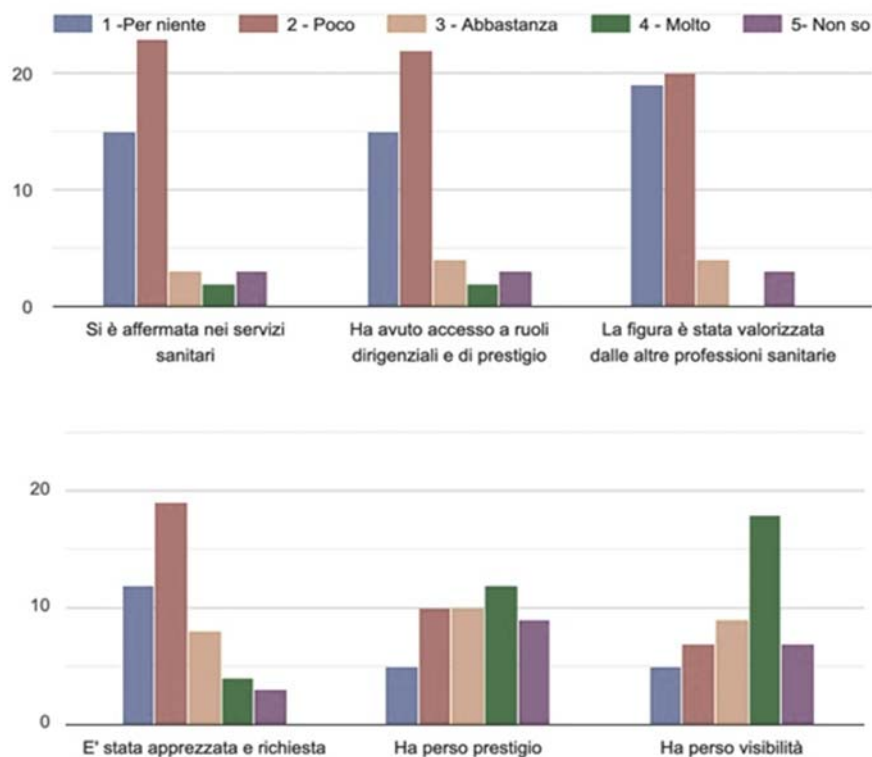
Sul primo, vengono poste in evidenza le capacità di fare una ricerca propriamente sociologica che si declina come *studio del territorio, analisi di ambito, valutazione*, nella prospettiva di una *applicazione finalizzata alla programmazione* e alla *progettazione di interventi*, in una logica di attenzione ad impatto ed esito.

Sul secondo fronte, quello dell'organizzazione dei servizi, si pone in evidenza come il sociologo possa collocarsi in un ruolo di coordinamento e facilitazione nelle dinamiche di relazione tipiche dei contesti complessi: il sociologo sa *implementare e coordinare la rete delle professioni sanitarie*, può supportare *l'organizzazione nel territorio dei rapporti con le famiglie dei pazienti*, la *programmazione sociosanitaria* e la *gestione dei servizi di integrazione ospedale-territorio*. Ancora, il sociologo si occupa *tout court di coordinamento e dirigenza*; ma è anche responsabile e promotore di quel *cambiamento organizzativo* che passa dalla promozione di *dialogo tra professioni sociali e sanitarie* ai *processi di umanizzazione* degli interventi fino ad arrivare ai *processi di governance* degli stessi, con una specifica attenzione alla *co-progettazione*, alla *gestione delle risorse umane*, all'investimento sui *processi formativi in funzione dei cambiamenti sociali*.

Si delinea, inoltre, un terzo fronte che, se pure minoritario, suggerisce una nuova attitudine della figura professionale del sociologo proponendone l'impegno in prima linea nella presa in carico delle situazioni di fragilità come

*socio-terapeuta* ovvero come esperto di terapia sociale, nel ruolo di *case manager*, o in ambito più propriamente riabilitativo.

Grafico 5 – La figura del sociologo negli ultimi 10 anni nei servizi sanitari



Il consolidamento della posizione professionale del sociologo per un rispondente su 5 è obiettivo raggiungibile solo attraverso il potenziamento della rappresentatività e la promozione di azioni di *lobbying*, più efficacemente attuabili con la formalizzazione di un ordine professionale e dell'albo professionale.

Indipendentemente dalla possibilità di intraprendere il percorso formale dell'istituzione della professione, emerge comunque diffusamente la consapevolezza della necessità di potenziare la coesione interna attraverso il rafforzamento delle organizzazioni associative di rappresentanza con l'auspicio di una loro riunificazione o almeno della condivisione della *mission*. Maggiore allineamento e coesione sono auspicati anche rispetto alle diverse aree di intervento della disciplina, segnata invece da frammentarietà e dispersa in

“sub-discipline, associazioni e correnti” (Q3): ciò deregola e depotenzia l’interfacciarsi con altre istituzioni e professioni mentre, al contrario, ciò che serve è “maggiore unitarietà e senso di identificazione” (ancora Q3).

Le colleghe e i colleghi intervistati restituiscono il profilo di una figura professionale consapevole del suo valore, ma che stenta ad ottenere adeguato riconoscimento da parte del contesto esterno, soprattutto in ambito sociosanitario: “le *nostre* [N.d.R.] competenze sono cruciali e richieste, ma spesso non siamo inquadrati come sociologi, ci costringono a fare concorsi come operatori, come educatori, a integrare crediti per rientrare in qualche altra figura. E a subirne le frustrazioni conseguenti” (Q22). Si sottolinea inoltre la necessità di “restituire al sociologo sanitario una collocazione negli organici del Sistema Sanitario Nazionale, con riconoscimento del ruolo dirigenziale sanitario” (Q47).

Per la promozione della figura professionale del sociologo viene, inoltre, auspicato un maggiore dialogo tra mondo accademico e servizi sociosanitari del territorio (Q34): tale “raccordo” tra Università e Direzioni regionali e Aziende sanitarie oltre a restituire adeguata rilevanza al contributo disciplinare di settore favorirebbe un più efficace accompagnamento dei processi di cambiamento in atto.

Concludiamo questo paragrafo analizzando i risultati della riflessione finale proposta nella *survey* che invitava all’identificazione dei principali ostacoli e ad un primo bilancio dei loro effetti sul percorso di consolidamento dell’identità professionale del sociologo nei servizi sociosanitari (quarta area tematica).

Due, in estrema sintesi, sono le questioni centrali delineatesi: la prima di identità, la seconda di spazio.

Sul nodo dell’identità ciò che emerge è che i confini talvolta poco chiari e non normati del “mestiere del sociologo” ne rendono difficile il riconoscimento professionale arrivando a minarne la stessa “credibilità sociale” (Q2): senza un preciso disciplinare, senza la tutela di un ordine “tutti possono dirsi sociologi” (Q10).

Proprio questa debolezza identitaria, questa “reputazione sbiadita” (Q20) è elemento chiave nelle dinamiche organizzative che abbiamo chiamato di “multidisciplinarietà escludente” (cfr. Paragrafo 3) e introduce il nodo degli spazi e della loro mancata difesa.

In un contesto di complessificazione e strutturazione multidisciplinare degli interventi l’indebolimento della professione di sociologo si è tradotto – non solo ma anche – nell’assenza di un presidio costante e coordinato dei spazi propri delle conoscenze e delle competenze disciplinari specifiche. Spazi che sono stati velocemente occupati da altri professionisti.

La “predominanza della componente medica in ruoli attinenti all’organizzazione di servizi e politiche” (Q38), la “cannibalizzazione dei profili di ruolo da parte delle componenti mediche e sanitarie” (Q20) hanno portato ad un ulteriore misconoscimento e confinamento della figura del sociologo dentro l’organizzazione sanitaria.

Psicologi, assistenti sociali e le numerose figure sanitarie instaurano relazioni competitive e (per loro) vincenti: “Oramai le nostre competenze sono state assorbite e distribuite ad altre professioni [...] che invece dovrebbero essere di supporto all’*équipe* multidisciplinare e muoversi nel loro ambito professionale” (Q35).

Quello che si auspica per i sociologi è l’avvio di una stagione di nuova consapevolezza professionale e di ritrovata differenziazione: ovvero di “collaborazione” ma senza “compromissione di ruoli” (Q24). Per fare questo sembra essere innanzitutto necessario lavorare insieme nel e per l’ambito disciplinare con l’obiettivo di una più certa e immediata “identificazione della figura del sociologo rispetto alle altre professioni” (Q14) e scongiurando la percezione di una sociologia “davvero morta e sepolta” (Q47).

### 3. Conclusione e discussione

Questo studio muove dalla constatazione dell’assenza di figure professionali di formazione sociologica nell’attuale processo di riforma della sanità territoriale.

Attraverso la *survey* rivolta a sociologi e sociologhe che lavorano nell’area sociosanitaria si sono volute indagare le rappresentazioni di questa specifica figura professionale nei contesti sanitari. Se pure lo studio sia esplorativo e presenti il limite della non rappresentatività statistica, come illustrato nel paragrafo di apertura (cfr. paragrafo 1), i dati raccolti consentono altresì di mettere in luce specifici aspetti della professione ed elementi inediti, sui quali avviare ulteriori approfondimenti conoscitivi (Lehdohvirta *et al.*, 2021).

Ciò che innanzitutto si delinea è una figura professionale indebolita oggi sempre più fragile nella sua identità, se pure consapevole delle sue competenze nelle aree della ricerca, dell’organizzazione e formazione, della progettazione e valutazione. La scarsa adesione associativa, combinata alla frammentazione delle stesse associazioni traccia uno scenario di rappresentanza del tutto inadeguato ed estremamente debole, con una conseguente azione di lobby quasi del tutto assente.

La formazione universitaria è giudicata nel complesso positivamente, ma molto carente proprio nell'area della sociologia della salute e nello sviluppare competenze pratiche per le quali si auspica l'introduzione di un tirocinio universitario.

La figura del sociologo si delinea all'interno di un percorso professionale monco (Wilensky, 1964), privo dei vincoli ma anche della protezione e delle garanzie di un ordine professionale e di un codice deontologico. Il sociologo – come appena ripercorso nei risultati della *survey* – è e si riconosce escluso dai principali processi di riforma della sanità territoriale.

Di nuovo per un mancato peso collettivo e condiviso di gruppo professionale, ma anche per due perduranti punti critici, emersi in filigrana dalle testimonianze raccolte e che possiamo provare a restituire in estrema sintesi prendendo a prestito la lettura ancora amaramente attuale di Pierre Bourdieu.

La sociologia continua a presentare tra le sue caratteristiche specifiche due difficoltà e una minaccia. Alla perdurante *difficoltà di affermare la propria scientificità*, raggiungerla, consolidarla e vedersela riconosciuta si somma ancora oggi la difficoltà dell'estrema vulnerabilità nei confronti delle forze sociali (Bourdieu, 1992, p. 144): “la maggior parte delle difficoltà che la sociologia incontra derivano proprio dal fatto che si continua a ritenere che non sia una scienza come le altre. Dalla sociologia ci si aspetta troppo o troppo poco. [...] in queste materie tutti si ritengono detentori di una scienza infusa” (Bourdieu, 1992, p. 144).

La minaccia – non risolta, anzi forse inaspritasi negli ultimi decenni – è quella della perdurante separazione tra teoria e ricerca empirica “che possiamo osservare dappertutto e che alimenta un parallelo sviluppo della perversione metodologica e della speculazione teorica” (Bourdieu *et al.*, 1976, p. 52).

Negli ultimi anni, in ambito sociosanitario, si sono delineati due principali orientamenti di riforma: uno centrato sulla persona che ha trovato applicazione in termini operativi con i *budget di salute*, i *budget di cura*, i progetti individuali; l'altro su prospettive integrate che trovano espressione nelle prospettive *One Health* e *One Welfare* (Genova *et al.*, 2023). Nessuna di queste nuove riconfigurazioni dell'intervento contempla formalmente il profilo professionale del sociologo che rimane così escluso dal lavoro di *équipe*. Ci troviamo dunque di fronte al paradosso della “multidisciplinarietà escludente” e proprio a danno della disciplina sociologica, come ampiamente dibattuto anche nel contesto internazionale in merito all'approccio *One Health* (Cradock e Hinchliffe, 2015).

Il contributo presentato ha voluto indagare questo processo di marginalizzazione della sociologia, con l'intento non solo di comprenderne meglio

le dinamiche ma anche di restituire visibilità e voce alla stessa disciplina e arginare il suo (nemmeno troppo) lento percorso di *exit* non solo dai nodi organizzativi più strategici ma anche dai livelli più operativi e diffusi come le équipes sociosanitarie (Hirschman, 1970). Per un nuovo riconoscimento e prestigio della professione due sono le principali strade che i dati raccolti sembrano indicare: 1) la necessità di agire come attore unico, compatto nelle sue tante associazioni di rappresentanza, interlocutore forte nei processi di *policy making*; 2) puntare su maggiore vicinanza tra sfera accademica e professionale a partire da una seria riflessione sulla preparazione universitaria fino a maggiore rigore empirico.

Questo stesso studio esplorativo, nato dal dialogo e dalla collaborazione tra AIS e SISS e consolidatosi in occasione del Convegno di Matera del 2022, intende essere un tassello concreto in questa direzione.

## Riferimenti bibliografici

- Andersen J.G., Bjørklund T. (1990), *Structural Changes and New Cleavages: The Progress Parties in Denmark and Norway*, «Acta Sociologica», 33(3): 195-217.
- Bourdieu P. (1992), *Risposte. Per un'antropologia riflessiva*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Bourdieu P., Passeron J. C., Chamboredon J. C. (1976), *Il mestiere del sociologo*, Rimini, Guaraldi [ed. orig. 1968].
- Brach C., Harris L.M. (2021), *Healthy People 2030 Health Literacy Definition Tells Organizations: Make Information and Services Easy to Find, Understand, and Use*, «J. Gen. Intern. Med.», Apr 36(4): 1084-1085.
- Burau V., Falkenbach M., Neri S., Peckham S., Wallenburg I., Kuhlmann E. (2022), *Health system resilience and health workforce capacities: comparing health system responses during the COVID-19 pandemic in six European countries*, «Int. J. Health Plann. Mgmt.»: 1-17.
- Craddock S., Hinchliffe S. (2015), *One world, one health? Social science engagements with the one health agenda*, «Soc Sci Med., Mar.», 129: 1-4.
- Geddes M. (2022), *Case della Comunità: la lunga marcia*, «SosSanità», 14 gennaio (<http://www.sossanita.org/archives/15661>).
- Genova A., Bronzini M., Pavolini E. (2023), *Salute e benessere nel post-sisma. One welfare nelle Marche per una programmazione integrata*, FrancoAngeli, Milano.
- Gobo G. (1998), “Il disegno della ricerca nell’indagine qualitativa”, in A. Melucci (a cura di), *Verso una sociologia riflessiva: ricerca qualitativa e cultura*, il Mulino, Bologna.
- Hirschman A. (1970), *Lealtà, defezione, protesta. Rimedi alla crisi delle imprese, dei partiti e dello stato*, Bompiani, Milano, [ed. orig. 1982].

- Karvonen S., Kestilä L.M., Mäki-Opas T.E. (2018), *Who Needs the Sociology of Health and Illness? A New Agenda for Responsive and Interdisciplinary Sociology of Health and Medicine*, «Front. Sociol.», 3:4.
- Lehdonvirta V., Oksanen A., Räsänen P., Blank G. (2021), *Social media, web, and panel surveys: Using non-probability samples in social and policy research*, «Policy & internet», 13(1): 134-155.
- Leone L. (2016), *Le condizionalità nelle politiche di welfare: quando e come utilizzarle*, «Welfare Oggi», 21/2: 28-33.
- Mascagni G., Valzania A. (2022), *Pandemia, servizi sociali e nuove priorità: il caso della Toscana*, «Autonomie Locali e Servizi Sociali», XLV(III): 443-458.
- Perino A., Savonardo L. (2017) (a cura di), *Sociologia, professioni e mondo del lavoro*, Egea, Milano.
- Pesaresi F. (2022), *Le case della comunità. Come saranno*, «I luoghi della cura online», n. 1/2022: 1-13 (<https://www.luoghicura.it>).
- Pescosolido A.B. (2006), *Of Pride and Prejudice: The Role of Sociology and Social Networks in Integrating the Health Sciences*, «Journal of Health and Social Behavior», 47,3: 189-208.
- Pistoi S. (2021), *Examining the role of the Italian COVID-19 scientific committee*, «Nature Italy» (<https://www.nature.com/articles/d43978-021-00016-7>).
- Siza R. (2022), *In the midst of the COVID-19 pandemic: economic insecurity and coping strategies of Italian households*, «International Journal of Sociology and Social Policy», 42(3-4): 298-312.
- Vicarelli M.G., Giarelli G. (2021) (a cura di), *Libro Bianco. Il Servizio Sanitario Nazionale e la pandemia da Covid-19. Problemi e proposte*, FrancoAngeli, Milano.
- Wilensky H.L. (1964), *The Professionalization of Everyone?*, «American Journal of Sociology», 70(2): 137-158.

## 5. Medicina territoriale e sociologi della salute: quali prospettive dopo il decreto del Ministero della Salute n.77/2022

di Caterina Musella e Paolo Ugolini

### Introduzione

Lo scopo di questo lavoro è quello di evidenziare la crescente domanda di servizi territoriali emersa soprattutto dopo l'emergenza Covid-19 che ha reso evidente quanto, questa organizzazione sanitaria ospedalocentrica abbia vacillato nel momento di estremo bisogno e quanto quel SSN che tutti ci invidiano abbia fallito. Il drammatico carico di vittime e di rilevanti costi socioeconomici ha colpito duramente il SSN e i SSR, mettendo in luce i limiti sul piano dell'assistenza nel territorio e di prossimità, ed evidenziando quanto sia importante rivedere la funzione ed il senso del nostro attuale sistema di *Welfare Community*. Se si vuole dare sviluppo ed evidenza a questo, significa dare valore alla ricca ed interessante letteratura scientifica internazionale e nazionale, anche di taglio sociologico, nella sua capacità di fare rete ed integrazione tra sanitario e sociale a vari livelli (*hub and spoke*)<sup>1</sup>, con una gestione organizzativa capace di integrare il livello individuale, di gruppo, istituzionale, comunitario (Ranci, 1999; Cardano *et al.*, 2020; Guzzo, 2022).

Dalla dichiarazione dell'OMS del 1948 ad oggi, è chiaro che la ratio degli interventi consiste nel ritenere che la salute è il risultato di una serie di determinanti di tipo sociale, ambientale, economico e genetico, e non il semplice prodotto di una qualsivoglia organizzazione sanitaria, fosse anche la più perfetta dal punto di vista organizzativo e gestionale. Per questi motivi, diventa ancor più urgente e cruciale mettere in pratica e con successo la "Missione salute" del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza 2022-26

---

<sup>1</sup> Il termine *hub and spoke* sta a significare solitamente un modello di sviluppo di reti complesse la cui rete è formata da un *hub*, che è il centro a cui afferiscono centri periferici, detti *spoke*, con l'intento di creare collegamenti più efficienti, soprattutto in situazioni complesse.



(d'ora in avanti nel testo PNRR) sostenendo il servizio sanitario pubblico, nazionale e regionale, nell'integrazione tra cure ospedaliere, intermedie e assistenza sociosanitaria. Obiettivo di questo contributo è pertanto quello di porre in evidenza la spendibilità nei servizi di prossimità della sociologia della salute alla luce degli scenari aperti dal DM n.77 del 2022.

## 1. Riconfigurazioni post-pandemiche dei servizi sociosanitari

Nel nostro Paese, il sistema delle politiche sociali già prima della pandemia risentiva di diverse problematiche (Ranci, 1999; Siza, 2022) acuite ulteriormente nel periodo del *lockdown* con l'aggravarsi delle situazioni già fragili e il delinearsi di nuove povertà. La risposta è spesso arrivata dalla comunità, attraverso reti di solidarietà, che si sono integrate, in maniera responsabile ed efficace, ai servizi offerti dalle istituzioni. La pandemia ha dunque reso evidente quanto sia importante rivedere organizzazione e geometrie di un sistema di politiche sociali sempre più in bilico tra scenari di depotenziamento e implosione e possibilità di rilancio nella direzione del *welfare mix* (Franzoni e Antonelli, 2022).

L'arma vincente, oggi più che mai, sembra dunque essere quella di potenziare le "trame" dei servizi sociosanitari per sviluppare una reale assistenza integrata, incentrata sulla persona, sulla famiglia e sulla comunità, con l'obiettivo di un cambiamento partecipato da parte dei cittadini (*empowerment*) che sempre più si avvicinano a quelle forme di *Community Care* alla ricerca di strade alternative alle logiche troppo "segreganti" delle istituzioni e che hanno nel tempo medicalizzato sempre più le comunità che necessitano (e necessitano tuttora) di risposte di salute. Vanno dunque, ripensati i ruoli, le funzioni e le visioni delle tante professionalità e dei sistemi in cui essi operano orientandosi sempre più verso azioni di prevenzione di tutti quei fattori di rischio (diseguaglianze sociali, povertà, disoccupazione, bassi livelli di scolarità...) in quanto agiscono come importanti determinanti di malattia e di promozione della salute. In quest'ottica, si inserisce il dispositivo combinato del "Decreto Rilancio" (D.L.34/2020) e del PNRR, attraverso l'attivazione dei piani di assistenza territoriale. Questi ultimi consentono di ripensare la rete di servizi potenziandola e adeguandola ai nuovi bisogni post pandemia, con una rinnovata attenzione all'integrazione tra sociale e sanitario. L'integrazione sociosanitaria e la sua gestione, già disciplinata dal D.L.229/1999, dalla legge n. 328/2000 e dai successivi atti di indirizzo, si è sviluppata con declinazioni e ritmi diversi creando uno scenario nazionale

variegato e disomogeneo, che presenta alta variabilità anche all'interno degli stessi territori regionali (Ranci, 2005; Bissolo-Fazzi, 2012).

Occorre, pertanto, rafforzare i fondamentali rapporti tra il sanitario ed il sociale, tra Aziende Sanitarie Locali e Comuni, tra questi e le reti associative, tra le competenze sanitarie, psicologiche e sociologiche, per ottimizzare le risorse e le competenze di ciascuno, per metterle a disposizione efficacemente e tempestivamente rispetto alle richieste, innovando e potenziando i servizi territoriali, le progettualità e l'integrazione sociosanitaria nelle diverse forme.

Tale percorso – sfidante e complesso ma non meno necessario e legato inesorabilmente ai principi della giustizia sociale – è praticabile all'interno di modelli di *governance* e livelli di integrazione sociosanitaria diversificata: i) *istituzionale*: tra Enti come ASL, Province, Comuni, Associazioni di Comuni, Terzo settore, ii) *gestionale*: a livello distrettuale tramite i Comitati di Distretto e i Piani Locali di intervento come i Piani di Zona, iii) *professionale*: tra i professionisti (servizi sanitari, sociali, educativi), iv) *comunitaria*: con la comunità locale (istituzioni, imprese, terzo settore, cittadini, organizzazioni sindacali).

L'integrazione sociosanitaria può rappresentare un passaggio decisivo verso la costruzione di un welfare comunitario di *care* territoriale, che si prefigge il passaggio da bisogni a prevalenza sanitaria e a rilevanza sociale, a bisogni a prevalenza sociale e rilevanza sanitaria. E dunque da un modello di Welfare State a un modello di Welfare Community, da Programmi di Cura a Progetti di Vita, con il coinvolgimento attivo di tutti gli attori nella costruzione della propria "Salute".

Secondo i principi indicati dall'OMS, la "*Community Oriented Primary Care*" è la forma più evoluta dell'assistenza sanitaria di base con l'integrazione delle cure primarie in un approccio di Sanità Pubblica. In tale ambito una precisa collocazione la troverebbe il sociologo<sup>2</sup>.

## **2. Sociologi della salute e i nuovi scenari della Missione 6 "Salute" del PNRR**

Le competenze della figura professionale del sociologo della salute possono, in generale, apportare un notevole contributo alla costruzione di un

---

<sup>2</sup> La figura professionale del sociologo è stata recentemente riconosciuta, insieme ad altre professioni (assistente sociale, educatore professionale e operatore sociosanitario), come inquadramento nel ruolo sociosanitario ai sensi del cosiddetto sostegno bis, il D.L. 73/25, maggio 2021.

sistema volto all'integrazione di servizi ospedalieri e servizi territoriali. Abbiamo sintetizzato nella Tab.1 a seguire queste opportunità.

Tab. 1 – Interventi del sociologo della salute nei diversi ambiti sanitari del PNRR

Ambito	Descrizione interventi sociologici
Processi di governance della salute	Coordinare le relazioni sociali, orientate sia all'integrazione sociosanitaria, sia al miglioramento dei processi, nell'ambito della gestione dei diversi sistemi a rete del welfare.
Sistemi Informativi	Gestire flussi informativi per la valutazione e la programmazione sociosanitaria come supporto informativo al management sanitario ma anche gestione cartelle cliniche informatizzate anche nei processi di valutazioni di impatto e/o di risultato.
Qualità ed accreditamento istituzionale dei servizi erogati dall'Azienda USL o da Enti sanitari e sociosanitari	Attivare sistemi di Total Quality Management volti alla valutazione della qualità a diversi livelli: "partecipativa"/ cittadino-utente, "professionale"/tecnica e "manageriale"/ organizzativo-gestionale (con prevalenze diverse a seconda delle diverse normative regionali).
Programmazione e organizzazione servizi Ospedale /Territorio e gestione percorsi dimissioni protette, in particolare per alcune categorie più fragili (es. persone senza reti familiari o di vicinato, SFD, immigrati etc.)	Definire Procedure dei percorsi, con relativi indicatori di monitoraggio e valutazione dei processi, all'interno del sistema di accreditamento istituzionale.
Verifica andamento epidemico	Monitorare e valutare impatto e/o risultato degli interventi attuati.
Miglioramento della qualità e sicurezza (assistenziale ed organizzativa)	Pianificare, programmare, monitorare, valutare e coordinare le procedure e i programmi attuativi.
Progetti innovativi "di vita"	Progettare in base a modelli bio-psico-sociali in sinergia con le componenti sociali (Conferenza sociosanitaria Territoriale, SST e mondo dell'associazionismo).
Diffusione e replica buone prassi	Raccogliere, elaborare e analizzare i dati per la valutazione di impatto e/o di risultato e per riprogettare le buone pratiche.
Prevenzione e promozione della salute universale, selettiva, mirata	Progettare, programmare, valutare azioni di comunicazione socio-educativa in base al target di riferimento.
Miglioramento del processo e degli esiti dell'assistenza sociosanitaria erogata e della qualità percepita	Attivare sistemi organizzativi di Total Quality Management (qualità manageriale, qualità professionale, qualità percepita).

Le riforme e gli investimenti del PNRR nella Missione 6 “Salute” tendono a perseguire due finalità prevalenti: potenziare il SSN nelle sue capacità di prevenzione e cura e promuovere il supporto di tecnologie innovative in campo assistenziale sanitario.

Questo porterà auspicabilmente ad azioni di miglioramento della sanità territoriale (Case di Comunità, Ospedali di Comunità) ma anche riqualificazione e rafforzamento dell’assistenza presso il domicilio del paziente, specie con patologie cronico-degenerative.

La Missione “Salute” si articola in due componenti:

**C1:** *Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale*, con l’importo dedicato di 7,00 miliardi con sub interventi per a) Rafforzare le prestazioni erogate sul territorio. b) Rafforzare l’assistenza domiciliare. c) Sviluppare la telemedicina. d) Integrare tutti i servizi sociosanitari.

**C2:** *Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale* con l’importo dedicato di 8,63 miliardi con sub interventi per a) Rinnovare e ammodernare le tecnologie tecnologiche esistenti. b) Completare e diffondere il Fascicolo Sanitario Elettronico. c) Migliorare la capacità di erogare e monitorare i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) con maggior supporto dei sistemi informativi. d) Incrementare la ricerca scientifica. e) Formare il personale.

### **3. Riforma della sanità di prossimità (DM 77/2022) e sociologi della salute**

Il DM 77/2022 *Modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale*, sancisce la riforma di settore per la definizione di un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale. Un provvedimento volto a definire modelli e standard strutturali, tecnologici e organizzativi per l’assistenza territoriale, facendo propria la cultura di approccio *One Health*, di salute globale. Un modello sanitario basato sull’integrazione di discipline diverse che fondono i bisogni di salute delle popolazioni con l’ambiente in cui vivono.

La riforma della sanità di prossimità nasce quindi dalla Componente 1 della Missione 6 *Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale* del PNRR. I parametri fissati dovranno essere rispettati da ciascuna Regione con la vigilanza dell’Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS). Quest’ultima presenterà un’apposita relazione semestrale con la valutazione del modello per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel SSN e gli Standard qualitativi, strutturali, tecnologici

e quantitativi delle strutture dedicate all'assistenza territoriale e al sistema di prevenzione sanitaria.

La Legge n. 234/2021<sup>3</sup>, in riferimento agli Standard previsti dal DM n. 77 prevede cospicui finanziamenti per il personale dipendente e convenzionato. La medesima Legge ha altresì previsto un complesso di interventi per i Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS) realizzati dagli Ambiti Territoriali Sociali (ATS), al fine di favorire la programmazione, il coordinamento e la realizzazione dell'offerta integrata degli stessi LEPS sul territorio e l'integrazione tra gli ambiti sanitari, sociosanitari e sociali.

Da un'attenta disamina del PNRR e dell'intero modello organizzativo, non si intravede con evidenza quale cornice di sanità territoriale/distrettuale il legislatore proponga. All'interno dei poteri e nell'autonomia delle Regioni, lo Stato lascia ad ogni Regione la scelta del modello più efficace, pur se polarizzato sul Distretto sociosanitario e nel dibattito in corso, sembra prevalere una cornice che tenga conto di un partenariato pubblico-privato. Non è obiettivo di questo saggio analizzare le proposte e le prospettive del Distretto dentro a questa Riforma della sanità di prossimità, anche se va ribadito quanto questo sia centrale nei mesi e anni a venire per proposte di riorganizzazione territoriale della sanità nelle Regioni italiane a cui il sociologo, quale risorsa strategica per la *governance* della salute, possa dare un importante contributo nella scelta dei più idonei modelli regionali secondo i territori di riferimento, indipendentemente dal modello di regia organizzativa del Distretto.

#### **4. Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN**

Il succitato Decreto Ministeriale<sup>4</sup>, definisce modelli organizzativi, standard e principali tematiche connesse agli interventi previsti nell'ambito della Mission 6 Componente 1 "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza territoriale" del PNRR. Queste ultime considerate in un'ottica più ampia e integrata, anche attraverso l'analisi di *strumenti e ruoli trasversali* propedeutici al potenziamento dell'assistenza territoriale. A seguire si riportano le principali direttrici di sviluppo.

1. Stratificazione della popolazione e delle condizioni demografiche dei territori come strumento di analisi dei bisogni, finalizzata alla programmazione e alla presa in carico.

---

<sup>3</sup> Legge 30 dicembre 2022, n.234 «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2026», pubblicata in Gazz. Uff. Serie Generale n.310 del 31 dicembre 2021.

<sup>4</sup> Vedi descrizione contenuta nell'Allegato 1 al Decreto.

2. Distretto: funzioni e STD organizzativi.
3. Casa della Comunità.
4. Infermiere di famiglia o di comunità.
5. Unità di Continuità Assistenziale.
6. Centrale operativa 116 117.
7. Assistenza domiciliare.
8. Ospedale di Comunità.
9. Rete delle cure palliative.
10. Servizi per la salute dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie.
11. Prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico.
12. Telemedicina.
13. Sistemi informativi e di qualità.

Questo nuovo sistema di welfare sociosanitario enfatizza quindi le potenzialità del territorio e della prossimità come modalità più idonea alla risposta universale ai bisogni di cura. Il nuovo scenario delineato proietta un'idea di integrazione e di risposta aggregata capace di interagire con tutti gli attori del sistema delle cure del territorio, dalle équipes multidisciplinari di professionisti, medici ed infermieri, a tutti i presidi di sistema, *in primis* il Distretto. Strutture e reti, tutte dialoganti ed elevata interconnessione digitale, per un'appropriata presa in carico qualitativa e per livello di intensità di cura richiesta del cittadino-utente. Il tutto all'insegna di una moderna idea di appropriatezza, perseguibile non soltanto nella dimensione ospedaliera.

## 5. Tecniche e strumenti di sociologia della salute tra standard e metodologie

Diverse le metodologie e gli strumenti propriamente sociologici rinvenibili nei modelli di management e dei diversi strumenti di integrazione tra sanitario, sociosanitario e sociale<sup>5</sup>. In tal senso preme qui richiamare le principali tematiche ove l'apporto della sociologia della salute potrebbe risultare fondamentale per creare sistemi efficaci, efficienti ed appropriati. Vediamoli in dettaglio nella tab. 2.

---

<sup>5</sup> Dettati in modo prescrittivo dall'Allegato n.2 al più volte citato D.M. 77.

Tab. 2 – Finalità, azioni e strumenti sociologici

Finalità	Azioni	Strumenti sociologici
Attivare sistemi multi-stakeholder di servizi sanitari, sociosanitari e sociali.	Definizione del modello organizzativo in base alla mission dell'istituzione, della domanda di salute e dei bisogni latenti non tradotti in domanda di servizio sociosanitario.	PDCA (Plan, Do, Check, Act) di Deming e relativa cassetta degli attrezzi.
Individuare bisogni e determinanti sociali nelle disuguaglianze di salute.	Analisi della domanda di salute, integrata con analisi sociologiche dei bisogni, analisi delle «risorse» sociali, culturali, economiche, strutturali di una comunità, analisi dei determinanti sociali nelle disuguaglianze di salute, ... Analisi delle culture della salute della comunità di riferimento, salute percepita, rappresentazioni sociali e stili di vita. Organizzazione di servizi in grado di intervenire sui determinanti di salute e di anticipare e governare i fabbisogni.	Redazione profilo di salute della Comunità (Interviste in profondità, semistrutturate, questionari. Osservazione partecipa. Ricerche-azioni sociologiche. Distribuzione di fenomeni nello spazio e nel tempo, Rapporti, Tassi, Indicatori di incidenza e prevalenza. Epidemiologia sociale, ...).
Assicurare processi di governo della domanda, di identificazione dell'offerta di servizi sanitari, sociali e socioassistenziali e di integrazione degli stessi e di committenza ai provider pubblici e privati nel Distretto come ruolo di committenza	Programmazione e governo del Fondo Regionale della Non Autosufficienza (FRNA) e altre fonti di finanziamento pubblico e privato. Realizzazione di progetti comunitari rivolti alla popolazione debole e fragile.	Attivazione di strumenti di co-progettazione e partecipazione alle decisioni della comunità locale: <ul style="list-style-type: none"> <li>• progettazione euristica</li> <li>• progettazione partecipata</li> <li>• progettazione razional sinottica.</li> </ul>
Promuovere <i>advocacy</i> e azioni di tutela per la piena cittadinanza sociale di tutti. Distretto come sistema di garanzie di comunità.	Azioni di <i>empowerment</i> cittadini/comunità.	Realizzazione audit civici, laboratori per cittadini competenti, mediazione sociale e amministrazione di sostegno per popolazioni fragili.
Favorire equità nella distribuzione dell'offerta e nelle opportunità di accesso ai servizi nel distretto con funzioni di garanzia tecnica.	Valutazione di soddisfazione delle attese; rendicontazione sociale; comunicazione e informazione, tutela privacy.	Realizzazione di progetti/programmi in/formativi per dare attuazione alla Carta dei servizi e alla Carta etica.
Ottimizzare le risorse e	Supporto organizzativo e formativo del	Progettazione/programmazione

<b>Finalità</b>	<b>Azioni</b>	<b>Strumenti sociologici</b>
le competenze di ciascuno per metterle a disposizione al momento giusto in base alle richieste all'interno della Casa della comunità.	lavoro di cura-assistenza in team multiprofessionali/disciplinari. Facilitazione e supporto per l'integrazione con i servizi e i professionisti del sociale. Interventi di promozione della salute e di salute pubblica. Supervisione delle reti domiciliari, formali e informali, nell'ottica della "casa" quale primo luogo per la cura delle persone. Raccordo tra Casa della comunità hub e medicina di gruppo e poliambulatori esterni alla Casa della salute. Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la Neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza	partecipativa, professionale, manageriale. Strumenti di ricerca. Interviste in profondità, semi-strutturate, questionari. Osservazione partecipata.
Ospedale di Comunità:		i) Sistema di raccolta delle informazioni sanitarie attraverso la cartella clinico-assistenziale integrata, inserita in un processo di informatizzazione con il FSE. ii) Sistemi di monitoraggio dei pazienti, in loco o in collegamento funzionale, anche attraverso servizi di telemedicina. iii) Flusso informativo per rilevare le prestazioni erogate dagli Ospedali di Comunità.
Realizzare la rete delle cure palliative	Aggregare tutti i soggetti erogatori nei diversi setting assistenziali.	Sistemi di valutazione, miglioramento della qualità e controllo dei percorsi di cura erogati. Raccolta e trasmissione dati al sistema informativo.
Migliorare servizi per la salute dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie	Attività di coordinamento sul piano del funzionamento interno e su quello dell'integrazione in rete con gli altri servizi sanitari (territoriali e ospedalieri) e con gli altri attori della rete materno infantile.	Progetti/programmi integrati con istituti scolastici, associazionismo, volontariato. Attività di ricerca sociologica quali-quantitativa i) domanda e bisogni latenti non tradotti in domanda di servizio ii) stili di vita e bisogni di bambini/adolescenti e genitori
Prevenire in ambito sanitario, ambientale e climatico, prevenire rischi nei diversi ambiti di vita dei singoli e	Raccordo con il Distretto per la programmazione, attuazione, validazione e coordinamento di azioni finalizzate all'individuazione di condizioni di ri-	Supporto alle attività di pianificazione, programmazione, organizzazione e monitoraggio.



Finalità	Azioni	Strumenti sociologici
delle comunità.	schio individuali e al conseguente indirizzo ad interventi mirati alla promozione della salute e/o alla presa in carico della persona.	
Favorire la realizzazione di sistemi informativi di qualità	Raccogliere informazioni per prendere decisioni appropriate a tutti i livelli: pianificazione, gestionale, ricognizione dei processi operativi e loro traduzione in flussi informativi con indicatori per la valutazione della qualità e per la misurazione dell'impatto e/o del risultato.	Prodotti/servizi offerti dal servizio al cittadino/utente. e verifica indicatori quali quantitativi. Costruzione di strumenti per la rilevazione di dati. Ricerca sociologica. Azioni di miglioramento/innovazione dei prodotti/servizi offerti.

## Osservazioni conclusive

Per non perdere questa importante ma non scontata occasione di miglioramento del nostro Servizio Sanitario Nazionale è indispensabile riconoscere l'apporto reale e potenziale del ruolo del *Sociologo della Salute*. Siamo in una fase di transizione verso un sistema di *Welfare Global-Community* proteso alla costruzione di un sistema di integrazione sociosanitaria reale che in parte abbandona la cultura verticistica medico centrica a vantaggio di un metodo globale di collaborazione e partecipazione. Solo così ci si libererà di un approccio prestazionale di cura per realizzare un efficace ed equo sistema del prendersi cura.

L'attuale situazione del Servizio Sanitario Nazionale e delle sue declinazioni Regionali, inquadrato in un contesto più ampio che comprende complesse e delicate variabili (culturali, sanitarie, sociali, economiche, politiche, etc.) richiama il ruolo centrale che la sociologia può svolgere per la comprensione delle dinamiche connesse all'analisi scientifica del rapporto salute/malattia. Pur contribuendo notevolmente alla crescita e al miglioramento dei servizi sociosanitari, alla sociologia e ai sociologi della salute operanti nel SSN, non è stato tributato il giusto riconoscimento, né in termini di legittimazione professionale né sul piano normativo-giuridico. Questo è confermato anche dal legislatore del DM 77/2022 *Regolamento recante la definizione di modelli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale del SSN*. A fronte però delle numerose aree e funzioni con prevalenza di saperi, metodologie e tecniche sociologiche – come riportato nel paragrafo e in particolare nella tab. 2 – il citato provvedimento, nei suoi diversi allegati, non

prevede esplicitamente il contributo del sociologo nella riorganizzazione della medicina territoriale e di prossimità. Una presenza che viene, forse, rinviata alla discrezionalità delle singole realtà regionali e locali.

Questo “forse”, questo sospeso, ci spinge più che a concludere a chiudere la nostra disamina con una domanda che resta aperta.

Se il DM 77/2022 può dunque essere considerato la testa di ponte per la nuova riforma del territorio va a riconnettersi dopo quasi 10 anni con il DM 70/2015 che era ed è punto fondamentale di Riforma Ospedaliera; se la prospettiva è quella di una rinnovata centralità dei Distretti sociosanitari e dei medici di Medicina Generale con l’obiettivo di una complessiva riorganizzazione delle cure primarie; se i territori vedranno la riorganizzazione delle strutture ospedaliere tra *hub and spoke* e potranno contare su una rinnovata multifunzionalità del Distretto come agenzia di salute, come committenza, come sistema di garanzia di comunità, come funzioni di garanzia tecnica; in questo scenario quale sarà lo spazio per il sociologo come professionista chiave nel percorso di prevenzione e cura?

Tale domanda sorge non solo per una legittima preoccupazione dettata da “sensibilità di appartenenza professionale” ma anche perché una ormai consolidata letteratura (Panza, 2009; Ugolini e Saponaro 2009, Guzzo, 2021) – a partire dagli stessi contributi presenti in questo volume – mostra come le istituzioni siano chiamate a prevedere l’introduzione strategica del sociologo nell’organico del personale per il suo ruolo chiave nella maggior parte dei servizi previsti, in primis nell’ambito di un miglioramento del nostro Servizio Sanitario in una logica di *Total Quality Management* (Cinotti e Cipolla, 2003; Fontana, 2005; Fazzari, 2012; Deflorio, 2023) e dunque inteso come garanzia e potenziamento della qualità partecipativa, della qualità professionale, della qualità manageriale.

## Riferimenti bibliografici

- Bissolo G., Fazzi L. (2012), *Costruire l’integrazione sociosanitaria*, Carocci, Roma.
- Cardano M., Giarelli G., Vicarelli G., a cura di (2020), *Sociologia della salute e della medicina*, il Mulino, Bologna.
- Cinotti R., Cipolla C. (2003), *La qualità condivisa tra servizi sanitari e cittadini*, FrancoAngeli, Milano.
- Deflorio C. (2023), *Il total quality management nella sanità pubblica e il governo clinico*, «Cammino Diritto», 3/2023: 1-23.
- Fazzari A. (2012), *Sistemi di gestione per la qualità*, Giappichelli, Torino.
- Fontana F. (2005), *Clinical governance: una prospettiva organizzativa e gestionale*, FrancoAngeli, Milano.

- Franzoni F., Anconelli M. (2022), *La rete dei servizi alla persona. Dalla normativa all'organizzazione*, Carocci, Roma.
- Guzzo P.P. (2021), *Sociologie e sociologi nella pandemia. Teoria, analisi e confronti nel sistema sanitario nazionale*, Homeless Book, Faenza.
- Melone G. (2023), *Scenari e modelli di governo, organizzazione e management del sistema sanitario italiano. Tra pandemia e PNRR*, Maggioli, Sant'Arcangelo di Romagna.
- Panza F. (2009), *La professione del sociologo nel Servizio Sanitario Nazionale, Una risorsa innovativa e strategica per la governance della salute*, FrancoAngeli, Milano.
- Ranci C. (1999), *Oltre il welfare state. Terzo settore, nuove solidarietà e trasformazioni del welfare*, il Mulino, Bologna.
- Ranci C. (2005), *Le sfide del welfare locale. Problemi di coesione sociale e nuovi stili di governance*, «La Rivista delle Politiche sociali», (2)2: 9-26.
- Siza R. (2022), *The Welfare of the Middle Class. Changing Relations in European Welfare States*, Policy Press, Bristol.
- Ugolini P., Saponaro A. (2009), “Auditor in sanità e conoscenze e competenze sociologiche. Esperienze nell'area dipendenze”, in F. Panza, *La professione del sociologo nel Servizio Sanitario Nazionale*, FrancoAngeli, Milano.

*III. Ruolo e sviluppo  
delle Medical Humanities  
nella formazione  
dei professionisti della salute*



## 6. *L'insegnamento delle Medical Humanities nei Corsi di Laurea delle professioni sanitarie in Italia*

di Lia Lombardi, Linda Lombi, Monica Murero, Pietro Paolo Guzzo, Alice Scavarda, Veronica Moretti e Stefano Ratti<sup>1</sup>

### 1. *Medical Humanities*. Discussione e punti critici

Il termine *Medical Humanities* (MH) è stato menzionato per la prima volta nell'articolo *Medical Humanities. The New Medical Adventure* da un medico australiano preoccupato per la difficoltà degli studenti di discutere le più ampie questioni culturali, filosofiche e sociali rilevanti per la pratica clinica. (Fen-Yu, 2016). Le *Medical Humanities* hanno sviluppato una prima identità negli Stati Uniti, dove il termine è stato coniato nel 1947. Kenneth M. Ludmerer (1999) ha tracciato la storia dell'educazione medica statunitense del ventesimo secolo come un ciclo di erosione e poi riconquista della fiducia del pubblico, in cui i medici devono impegnarsi in questioni di ordine sociale più ampio così come nell'empatia per gli individui. La presa di coscienza politica negli Stati Uniti degli anni '60 e dei primi anni '70, tra la guerra del Vietnam e il movimento per i diritti civili, ha portato le scuole di medicina a diventare più reattive socialmente e a impegnarsi con la riforma educativa. Un effetto a catena è stato quello di introdurre più insegnamenti umanistici nella formazione medica (Lombardi *et al.*, 2023).

Nel 1984, Cassell ha pubblicato un articolo di opinione con l'Hastings Center, sottolineando che il contributo delle discipline umanistiche alla medicina è riconosciuto come il passaggio della medicina dal considerare solo le malattie al vedere la persona malata. La cultura delle MH si consolida nel

---

<sup>1</sup> Sebbene questo capitolo sia frutto di un lavoro comune, il par. 1 è di Lia Lombardi; il par. 2 è di Pietro Paolo Guzzo; il par. 3 è di Linda Lombi; il par. 4 è di Monica Murero; i parr. 5 e 6 sono di Alice Scavarda, Veronica Moretti e Stefano Ratti; le conclusioni sono da attribuire a tutte le autrici e autori. Il gruppo di ricerca sulle *Medical Humanities* è composto da: Linda Lombi, Monica Murero, Lia Lombardi, Pietro Paolo Guzzo, Veronica Moretti, Alice Scavarda, Alessandro Porrovecchio.

Regno Unito all'inizio degli anni '90. Nel 1993, il *General Medical Council* (GMC) pubblica la prima edizione di *Tomorrow's Doctors* (1993) che stabilisce un curriculum per le scuole mediche del Regno Unito nel quale le MH fanno affidamento sulla collaborazione multidisciplinare, non sui ruoli lavorativi interdisciplinari (Bates e Goodman, 2014).

Il campo delle MH o, sempre più spesso, delle *Health Humanities* (HH) definibile come un campo inter e multidisciplinare – questo dipende dalla prospettiva e dal risultato, non tanto dal contributo disciplinare (Evans, 2002; Chiavaroli, 2016) – esplora i contesti, le esperienze e le questioni critiche e concettuali della medicina e dell'assistenza sanitaria, ha una storia relativamente lunga di letteratura accademica. Dalle sue radici nel movimento dell'arteterapia nel Regno Unito negli anni '40 e nelle riforme dei curricula delle scuole di medicina negli Stati Uniti negli anni '60, il campo si è evoluto ed espanso fino a raggiungere una fase in cui la sua letteratura può essere esaminata e si può fare un bilancio dei cambiamenti, degli sviluppi, dei dibattiti e delle revisioni a cui è stata soggetta (Chiavaroli, 2016).

Dall'apprendimento delle MH ci si aspetta che gli studenti di medicina pensino in modo critico, comprendano i valori personali e siano dotati di competenza culturale, leadership, lavoro di squadra ed empatia. C'è un certo consenso sul fatto che le discipline umanistiche dovrebbero essere inserite nella formazione medica ma, nonostante questo, le MH sono rimaste come una parte marginale dell'educazione medica e, nelle scuole di medicina, ricevono più critiche che lodi.

Le MH si caratterizzano come una vasta area di attività accademiche e pedagogiche che comprende scopi multipli e talvolta contrastanti (Shapiro, 2012): da un approccio interdisciplinare e integrato (Evans, 2002) a un'etichetta mal definita e insoddisfacente (Campo, 2005), erroneamente confusa con l'umanesimo (Polianski e Fangerau, 2012). Queste insoddisfazioni, nota Shapiro (2012), probabilmente riflettono le contraddizioni irrisolte, e forse intrinseche, di questo campo disciplinare. Rimangono alcune domande nodali, secondo l'autrice: quali sono gli obiettivi e gli scopi delle discipline umanistiche e artistiche in contesti educativi medici e sanitari? L'obiettivo è quello di formare medici migliori? Il modo in cui si danno risposte a tali domande ha importanti implicazioni nella definizione dei risultati della formazione in MH e per determinare la misurazione di tali risultati (Shapiro, 2012).

Nonostante l'accettazione all'interno di molti corsi di medicina, il posto e il valore delle discipline umanistiche in un curriculum medico sono ancora oggetto di dibattito, in particolare in termini di evidenze basate sui risultati. Come hanno notato Ousager e Johannessen (2010), la letteratura delle MH

si è concentrata più spesso sul “perorare la loro causa” e giustificare ideologicamente la loro inclusione nei curricula medici, e meno spesso sulla ricerca o la raccolta di prove del loro impatto (Chiavaroli, 2016). Tuttavia, Ousager e Johannessen (2010) hanno ragione nel sostenere che le MH sarebbero ampiamente sostenute dalla capacità di offrire evidenze dei loro risultati pedagogici, dell’impatto sulla formazione medica e della soddisfazione degli studenti (Chiavaroli, 2016). Pertanto, comprendere il processo di apprendimento degli studenti di medicina e i risultati delle discipline umanistiche diventa una questione essenziale nell’educazione medica e sanitaria (Yu-Chun, 2019).

## 2. Le MH tra diritto, medicina e sociologia: fonti, principi, impatto

L’ordinamento giuridico italiano riconosce solo *indirettamente* le MH in diverse fonti normative di differente livello<sup>2</sup>, attraverso i noti principi di *umanizzazione* e *personalizzazione* delle cure e di trattamenti sanitari dignitosi (CSS, 2018). Il combinato disposto di queste fonti in riferimento alla formazione sul lavoro sancisce:

- a) l’obbligo per Regioni e Province Autonome di istituire e realizzare programmi annuali di umanizzazione delle cure, da monitorare con apposite indagini di soddisfazione ex art.14 D.lgs. n. 502/92;
- b) la formazione come principale obiettivo e leva di politiche e strategie d’intervento di umanizzazione delle cure;
- c) l’inserimento di almeno un’attività di formazione del personale nei predetti programmi;
- d) la promozione dell’umanizzazione attraverso l’allestimento di confortevoli ed accessibili luoghi di cura, capaci di innescare relazioni umane di accoglienza empatica;
- e) il ricorso al consenso informato e alla medicina narrativa come mirati strumenti di comunicazione-informazione nella relazione medico-paziente.

La formazione al lavoro in medicina, *MH oriented*, diventa fulcro e strumento di promozione dell’umanizzazione globale di un curriculum che lega

---

<sup>2</sup> Art.32 Cost.; art.4 Patto per la Salute 2014-2016; art.14 del D.lgs n.502/92, D.M. 15.10.1996; Atto di indirizzo 2018 Ministero Salute; Linee guida Garante Privacy indagini di *Customer satisfaction* in ambito sanitario del 05.11.2001; Accordo Stato, Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano “Piano Nazionale per la Cronicità 2016”, 15 settembre 2016.



capacità metodologica di confronto interdisciplinare/interprofessionale e condivisione empatica con pazienti e caregiver (Fieschi *et al.*, 2013).

L'impatto giuridico e sociale delle MH resta però debole, istituzionalizzato con messaggi vaghi e significati delle norme disallineati tra le diverse audience interpellate (Friedman, 2016).

Affiorano non poche ombre: a) il pregiudizio del legislatore italiano ad "aggiungere" piuttosto che "integrare" (Greaves e Evans, 2000) le diverse discipline umanistiche nella medicina; b) l'impostazione «ancillare» delle MH alla base della distribuzione "residuale" dei loro crediti universitari (Pattuzzo e Ciliberti, 2017); c) le MH «come esperienze "spot" di moduli disciplinari slegati tra loro» (Consorti, 2019). Tutto ciò evidentemente contrasta con la funzione *sociale delle MH*: alimentare il processo di democratizzazione delle cure per costruire e mantenere relazioni fiduciarie, più empatiche e personalizzate tra tutti gli attori della cura (professionisti, pazienti, familiari) basate su diritti relazionali di cittadinanza sanitaria (Guzzo, 2021).

### 3. Introduzione alla ricerca

L'obiettivo della ricerca che qui presentiamo è stato quello di valutare lo stato dell'arte rispetto all'inserimento di discipline afferenti alle MH nei Corsi di Laurea (CdL) indirizzati alla formazione dei professionisti sanitari in Italia. In maniera più dettagliata, lo studio è stato finalizzato a: (1) indagare la presenza, l'articolazione e la distribuzione dei corsi di MH; (2) esplorare i contenuti degli insegnamenti di MH, con un focus specifico sulla sociologia.

Attraverso un'analisi secondaria, i dati sono stati raccolti consultando i siti internet dei CdL e inseriti in una scheda di rilevazione strutturata e informatizzata attraverso la piattaforma Qualtrics©. Il lavoro di mappatura è stato realizzato anche con il supporto del sito <https://www.universitaly.it/>, un portale promosso e gestito dal Ministero dell'Università e della Ricerca, al cui interno sono pubbliche le schede SUA CdS (Scheda Unica Annuale del Corso di Studi).

La scheda strutturata è risultata composta da tre macro-sezioni: a) *dati strutturali del CdL* (nome CdL; ateneo, tipo di ateneo: pubblico vs privato; Regione; sedi/campus; classe di laurea<sup>3</sup>; tipo di corso di laurea: laurea trien-

---

<sup>3</sup> Le classi di lauree che sono state mappate sono state le seguenti: L/SNT1 Classe delle lauree in Professioni Sanitarie Infermieristiche e Professione Sanitaria Ostetrica/o; L/SNT2 Classe delle lauree in Professioni Sanitarie della Riabilitazione; L/SNT3 Classe delle lauree in

nale/magistrale a ciclo unico; sito internet del CdL); (b) *articolazione insegnamenti MH*: presenza/assenza di insegnamenti per aree disciplinari (Scienze Umane, Scienze Sociali e Arti) e singole discipline; distribuzione per annualità di corso; totale CFU (suddivisi per obbligatori e facoltativi); tipologia di insegnamento (corso autonomo vs integrato); (c) *syllabus*: in questa sezione sono stati raccolti, laddove pubblicati, i programmi di insegnamento delle singole discipline afferenti alle MH, con specifico riguardo ai contenuti del corso e alle relative unità didattiche. I dati raccolti si riferiscono all'anno accademico 2020-2021. Le MH mappate sono state le seguenti: 1. macro-area scienze umane: Filosofia, Etica e bioetica, Scienze religiose, Storia della medicina, altre scienze umane; 2. macro-area scienze sociali: Sociologia, Psicologia (eccetto psicologia clinica PSI-08), Antropologia, Pedagogia, Diritto, Economia, Demografia, Statistica sociale; altre Scienze sociali; 3. macro-area delle Arti: Letteratura, Cinema, Teatro, Musica, Danza, altre Arti.

Una volta raccolti, i dati sono stati analizzati tramite il software statistico SPSS© vers. 27 che ha consentito di elaborare le principali statistiche descrittive. Per stimare l'impatto delle MH, è stata condotta un'analisi comparata degli insegnamenti MH pesati per tipi di corsi di laurea (triennali, 180 CFU; magistrali, 120 CFU; a ciclo unico, 360 CFU) ed è stato sviluppato un approfondimento per aree disciplinari (Scienze Umane, Scienze Sociali e Arti). Le informazioni raccolte tramite l'analisi dei sillabi sono invece state sottoposte ad analisi del contenuto tramite il software NVivo.

#### **4. Gli insegnamenti di *Medical Humanities* nei Corsi di Laurea Infermieristici: analisi dei risultati**

La domanda che ha mosso la nostra ricerca empirica è la seguente: le MH sono presenti o assenti nei corsi di laurea indirizzati alla formazione dei professionisti della salute in Italia?

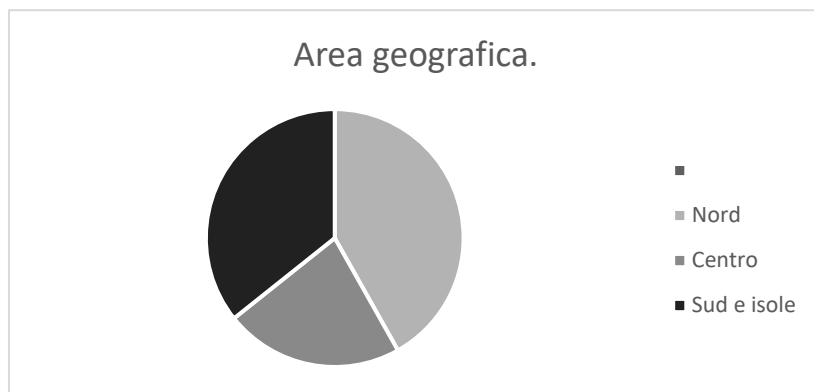
---

Professioni Sanitarie Tecniche; L/SNT4 Classe delle lauree in Professioni Sanitarie Della Prevenzione; LM/ 41 Medicina e Chirurgia; LM/46 Odontoiatria e Protesi Dentarie; LM/SNT1 Classe delle lauree in Professioni Sanitarie Infermieristiche e Professione Sanitaria Ostetrica/o; LM/SNT2 Classe delle lauree in Professioni Sanitarie Della Riabilitazione; LM/SNT3 Classe delle lauree in Professioni Sanitarie Tecniche; LM/SNT4 Classe delle lauree in Professioni Sanitarie della Prevenzione. Si è convenuto di escludere dall'analisi i CdL in Scienze motorie e dello sport in quanto spesso gestiti in interfacoltà e poiché indirizzati a formare figure professionali che lavorano anche e prevalentemente fuori dal contesto sanitario.

In questo studio osserveremo, nello specifico, in che misura le MH siano insegnate nei corsi di laurea che formano una delle figure più centrali del Servizio Sanitario Nazionale e dell'assistenza privata: gli infermieri.

Prima però di addentrarci nei risultati emersi dall'analisi dei corsi di laurea infermieristici, vale la pena osservare un primo dato generale. La nostra ricerca, condotta su 679 corsi di laurea (Murero e Porrovecchio, 2023) mostra che il 14,7% dell'offerta totale è riservata ai corsi di laurea magistrali (n=104), mentre il 15,3% dei CdL offerti è a ciclo unico (n=100). Notiamo, inoltre, che si ha una netta prevalenza (70% dei casi) di corsi triennali (n=475/679) dedicati alla formazione dei professionisti della salute in Italia. Per tale ragione, in questo studio ci concentreremo sui risultati emersi dall'analisi dei corsi di laurea triennali (L/SNT1) che includono: infermieristica, ostetricia e infermieristica pediatrica, da ora in avanti indicati come *Infermieristica*. In Italia vi sono ben 98 CdL in Infermieristica, tre dei quali sono condotti totalmente in lingua inglese (*Nursing*). I 98 CdL sono presenti in 43 Atenei italiani e la maggior parte di essi (n=41/98, pari 41,8%) si trova nelle regioni del Nord (Figura 1), seguite dalle regioni del Sud con le Isole (n=32, pari al 32,5%) e, infine, dalle regioni del Centro Italia (n=22 pari al 22,4%)

Fig. 1 – Distribuzione dei CdL in Infermieristica e Ostetricia per area geografica



L'analisi dei dati generali ha sottolineato che le MH sono spesso *assenti* nei 679 CdL che formano i professionisti della salute in Italia. Successivamente, ci siamo domandati se nei CdL triennali di Infermieristica siano o meno presenti nelle tre macro-categorie di insegnamenti che caratterizzano le MH - Scienze umane, Scienze sociali e le Arti. Inoltre, abbiamo verificato

se il numero di CFU previsti nei piani di studio sia irrisorio oppure elevato. Infine, ci siamo domandati se i futuri infermieri studino la sociologia?

### 4.1 Scienze Umane e Arti

Rispetto alla prima domanda di ricerca, all'interno dei corsi mappati in MH, le Scienze umane si trovano solo nel 50% dei CdL che formano i futuri infermieri. Ventisette CdL offrono solo 1 CFU in scienze umane, mentre 13 CdL ne offrono due (Figura 2). Rispetto ai singoli insegnamenti che fanno capo alle scienze umane, si distinguono i corsi di Etica e Bioetica (Figura 3), presenti in un caso su quattro (25/98) mentre Storia della Medicina (Figura 4) è offerta da circa un terzo dei CdL (28/98).

Fig. 2 – CFU Totali per le scienze umane tra i CdL Infermieristici

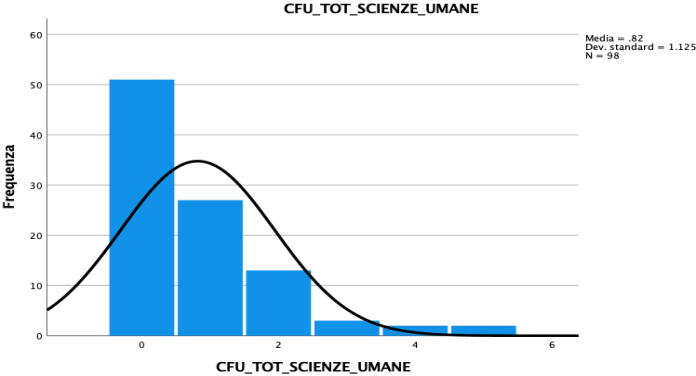


Fig. 3 – CFU (scienze umane) nei corsi di etica/bioetica

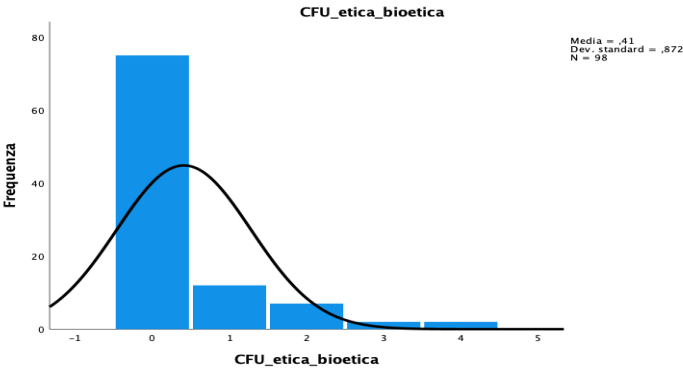


Fig. 4 – CFU (scienze umane) nei corsi di storia della medicina

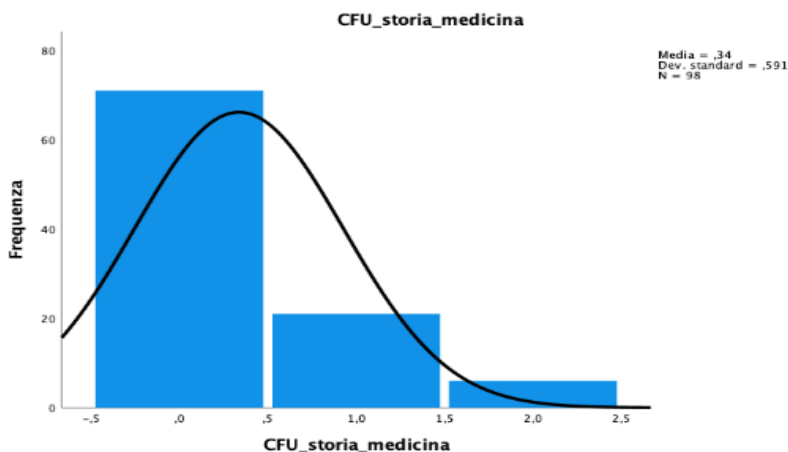
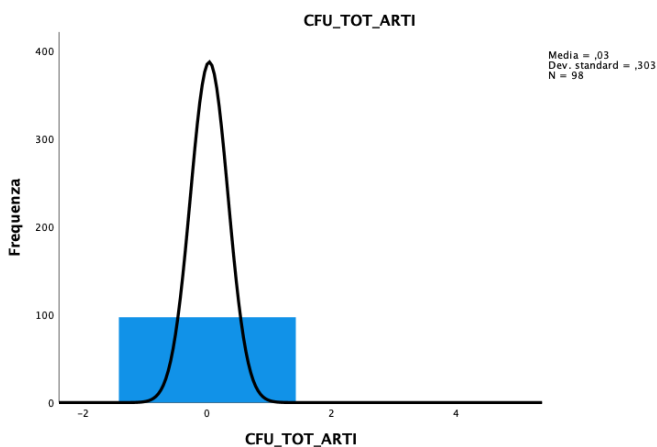


Fig. 5 – CFU totali nelle Arti



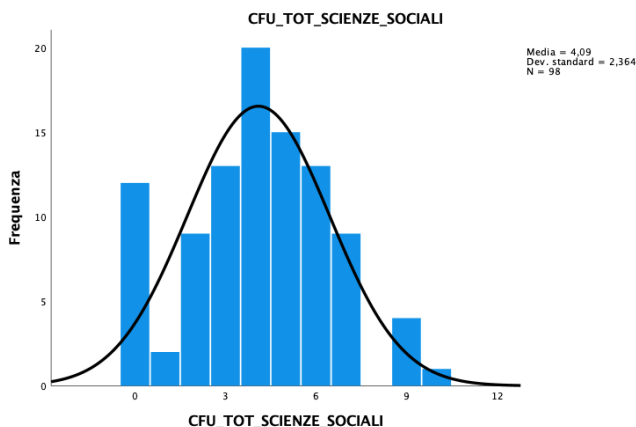
Tuttavia, si nota immediatamente che, seppur presenti in metà dei CdL infermieristici italiani, i corsi in scienze umane offrono un numero totale di CFU irrisorio (la distribuzione dei dati, non normale, mostra al valore mediano un numero di CFU pari a M=0 al 75esimo percentile e oltre), con qualche raro caso virtuoso, in specifici Atenei.

Le Arti (Figura 5), la seconda categoria dei MH considerata, sono praticamente assenti (97 casi su 98): nei corsi di laurea in Infermieristica si registra solo un corso di teatro in un Ateneo italiano.

## 4.2 Scienze sociali

Un andamento nettamente migliore si rileva invece per le Scienze Sociali. Si tratta della terza ed ultima macro-categoria di MH che è presente a Infermieristica in 71 CdL su 98. La distribuzione (normale) dei dati mostra che mediamente vengono erogati 4 crediti formativi nei piani di studio ( $x=4,09$  CFU, la deviazione standard è pari a  $\sigma=2,364$  e il valore nel punto di Mediana è pari a  $M=4$  CFU). Il valore massimo di CFU rilevati nella categoria Scienze Sociali è pari a 10, ma si tratta di un caso raro, solo un CdL su 98.

Fig. 6 – CFU totali nelle scienze sociali tra i corsi Infermieristici



Tra le Scienze Sociali, sono i corsi di Psicologia ad essere i più presenti (72,4%) nei CdL Infermieristici (con una distribuzione dei dati non normale, un valore al punto di Mediana di  $M=2$  CFU, deviazione standard  $\mu=1,22$  e media di  $x=1,54$ ). A seguire abbiamo i corsi in area sociologica, presenti nel 51% dei CdL (con deviazione standard pari a  $\mu=0,825$  CFU), la Pedagogia (presente nel 50% dei CdL,  $\mu=0,94$  CFU), e l'Antropologia (che si trova nel 40,8% dei corsi infermieristici;  $\mu=0,66$  CFU).

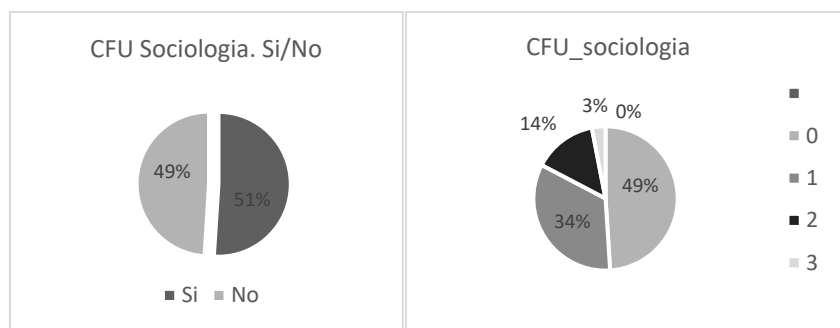
Il numero di CFU erogato nelle Scienze Sociali appare più elevato rispetto alle altre due categorie di MH viste sin qui. Tuttavia, il dato va considerato nel contesto globale del piano di studi di ogni CdL poiché si notano delle differenze, anche molto significative, all'interno dei piani di studio infermieristici soprattutto rispetto al singolo Ateneo considerato.

Successivamente, nella nostra analisi abbiamo approfondito un tema caro ai sociologi accademici e professionisti, evidenziando se, e in che misura, i futuri infermieri frequentino corsi di Sociologia. Le materie sociologiche

sono disponibili in 33 corsi di laurea infermieristici ma offrono solo un 1 CFU, oppure 2 CFU (in 14 CdL infermieristici italiani). Raramente, cioè solo in 3 corsi di laurea su 98, si offrono 3 crediti formativi di stampo sociologico. Tuttavia, si nota che la Sociologia *non è presente* nella metà dei casi, cioè in 48 CdL infermieristici italiani.

Invece, tra gli Atenei più virtuosi, si segnalano per gli insegnamenti MH in Scienze Sociali l'Università degli studi de L'Aquila (10 CFU) e il Campus Bio-Medico di Roma, a parimerito con l'Università di Padova, per gli insegnamenti (tot. 5 CFU) afferenti alle Scienze Umane.

Fig. 7 e 8 – CFU Sociologia tra i CdL Infermieristici triennali



## 5. L'analisi dei sillabi dei corsi di insegnamento in sociologia

In questo paragrafo richiamiamo i risultati dell'analisi qualitativa degli insegnamenti di sociologia presenti all'interno dei corsi di laurea di medicina e delle professioni sanitarie.

L'analisi del contenuto dei sillabi dei corsi di insegnamento di sociologia, e in particolare le sezioni relative ai programmi, ha messo in luce i contenuti principali veicolati all'interno dei singoli moduli. Da un'analisi generale su tutti i sillabi di sociologia sono emersi alcuni temi principali trattati, in particolare i temi della salute e della comunicazione, come si evince dal word cloud seguente (fig. 9). Si ipotizza che la trattazione di simili tematiche sia indicativa delle competenze che si cercano di sviluppare all'interno delle aule per la formazione di futuri professionisti sanitari, sempre più rivolte all'aumento di capacità comunicative verso il paziente e i caregiver, nonché alla promozione di una visione olistica della salute.





della comunicazione e l'importanza, quindi, di sviluppare competenze comunicative e relazionali dei futuri professionisti della salute.

Dal processo di *tagging semantico* che ha interessato i sillabi dei corsi di medicina, è emersa l'esigenza formativa di insegnare al professionista sanitario un nuovo modo per valutare interventi sia di tipo medico-sanitario (determinando l'efficacia degli interventi basati sull'evidenza) sia di tipo organizzativo-gestionale (efficienza di disposizioni, orientamenti, politiche, ecc.). A questo si aggiunge la necessità di erogare corsi aventi a oggetto la narrazione del paziente come anello di congiunzione tra il sapere medico, il peso di alcune variabili sociodemografiche del paziente e la stessa identità professionale sviluppata dallo studente nel corso del tempo.

Date queste premesse, forniamo nei successivi paragrafi una modalità formativa avviata da alcuni anni negli Stati Uniti che cerca di stimolare diverse competenze "sociali" mediante il mezzo del fumetto e che prende il nome di Graphic Medicine.

## **6. Medical Humanities e formazione sanitaria: La Graphic Medicine e l'esperienza pilota dell'Università di Bologna**

A partire dalla breve presentazione dei risultati della ricerca qualitativa che abbiamo appena esposto, riportiamo ora un'esperienza di "buona pratica" di collaborazione e "creazione" tra discipline e professioni diverse nella formazione di futuri professionisti sanitari. Si tratta di un'esperienza condotta presso la Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università di Bologna che ha introdotto, come primo progetto pilota in Italia, l'utilizzo del fumetto nella formazione sanitaria, aprendo così la strada alla diffusione della Graphic Medicine nel nostro Paese e cercando di colmare un vuoto formativo all'interno dei curricula delle professioni sanitarie, specialmente quello delle Arti che, come è nettamente emerso dalla ricerca quantitativa (§ 4) è quasi totalmente assente.

Il termine *Graphic Medicine* (GM) è stato coniato nel 2007 da Ian Williams, un fumettista e medico britannico, per indicare "l'intersezione tra il medium del fumetto e il discorso sulla salute" (Czerwiec *et al.*, 2015). Numerose ricerche si sono concentrate sulla lettura dei fumetti come ausilio terapeutico nell'assistenza sanitaria (Green e Myers, 2010) nello stimolare gli studenti di medicina e i medici a comprendere meglio le storie di malattia attraverso narrazioni per immagini (Moretti e Scavarda 2021), nel migliorare con le attività di disegno le abilità interpersonali come l'empatia, l'attenzione

ai segnali non verbali e la comunicazione (Tsao e Yu, 2016) nonché nel promuovere lo sviluppo dell'identità professionale attraverso la lettura in aula di *graphic novel* (Green, 2015).

Inoltre, recenti studi riconoscono l'uso della medicina grafica come efficace nell'educazione scientifica, per migliorare la comprensione dei concetti clinici (Hoffman, 2021) e tematizzare argomenti considerati tabù, come la morte e la dissezione dei cadaveri (De Stefano *et al.*, 2022). In sostanza, corsi comics-based possono rientrare all'interno delle *Medical Humanities* come elementi capaci di integrare letteratura e arti visive all'interno dei profili curriculari dei futuri professionisti sanitari.

In linea con queste premesse, l'obiettivo di questo progetto pilota è stato introdurre la GM agli studenti di Medicina e di Chirurgia dell'Università di Bologna, focalizzando l'attenzione sulle potenzialità di questo mezzo di comunicazione ed esplorando il valore del fumetto all'interno della formazione medica.

La sperimentazione è avvenuta attraverso la realizzazione di due workshop, durante il primo semestre degli anni accademici 2020/2021 e 2021/2022, coinvolgendo un totale di 133 studenti di medicina del secondo anno del Corso di Anatomia Umana.

Prima di prendere parte al workshop, tutti gli studenti sono stati "equipaggiati" con un elenco dettagliato dei materiali e una descrizione degli obiettivi dell'evento. Entrambi i workshop sono stati strutturati in tre attività:

1) Approfondimento di temi medici attraverso un fumetto e discussione collettiva.

2) Riflessione individuale sui motivi per i quali si è deciso di intraprendere la carriera in medicina, disegnando i momenti salienti del proprio percorso formativo.

3) Esercitare le capacità comunicative attraverso attività di gruppo che prevedevano il racconto di una sequenza di vignette.

Al termine di ogni workshop, gli studenti sono stati chiamati a fornire un *feedback* sull'esperienza completando un questionario con domande aperte su *google form*. Dall'analisi tematica delle domande aperte relative all'esperienza dei workshop, il potenziale del fumetto si esprime al meglio in alcune dimensioni specifiche: consapevolezza individuale; empatia; decompressione. Rispetto alla consapevolezza individuale, stimolare la riflessività attraverso le immagini può avere una funzione "restitutiva" delle motivazioni alla base della carriera sanitaria.

Il seminario ci ha aperto gli occhi, non solo ci ha fatto riflettere sulle scelte di vita che ci hanno portato a scegliere questo campo, ma ci ha anche mostrato

che i fumetti possono essere uno strumento molto importante sia per la nostra formazione in campo medico.

Per quanto concerne il secondo aspetto, alcune delle risposte fornite dagli studenti hanno evidenziato il potere della GM nella promozione di una comunicazione efficace incentrata sull'empatia (Ronan e Czerwicz, 2020).

Mi ha sorpreso: anche se non sono in grado di disegnare, mi ha fatto notare [l'esperienza] che il fumetto ha un grande potere empatico e aiuta le persone a comunicare i loro sentimenti, le loro esperienze in modo molto semplice ma efficace.

Un tema cruciale, emerso dalle risposte e più volte validato dalla letteratura, è la capacità delle attività formative legate alla GM di ridurre lo stress dei futuri professionisti sanitari, promuovendo una sorta di decompressione. Il curriculum delle Scuole di Medicina è notoriamente molto impegnativo e spesso gli studenti vivono in un clima di pressione costante a mantenere standard performativi alti. In questo contesto una formazione con immagini (più leggera e stimolante) è stata riconosciuta come utile per ridurre lo stress e l'ansia connaturata al loro percorso formativo (Maatman *et al.*, 2022).

È stato divertente e anche un momento di svago per rilassarsi. Mi è piaciuto il commento del professore secondo cui a volte i suoi disegni sono migliori quando qualcuno li fa non guardando, perché credo che noi, gli studenti di medicina, siamo le persone più critiche nei confronti di noi stessi.

Quali strumenti flessibili, capaci di coniugare immagini e parola scritta, e facilmente accessibili, i fumetti potrebbero essere sempre più integrati all'interno dei curricula delle Scuole di Medicina. Considerando i limiti del presente studio, si auspica la conduzione di altre sperimentazioni al di fuori della Scuola di Bologna, per valutare l'estensione di laboratori e seminari *graphic based* ad altri contesti nazionali.

## Conclusioni

Ciò che emerge da questo saggio e dalla esigua parte, qui riportata, dell'ampia ricerca condotta in Italia sull'offerta delle MH nei curricula medici e delle professioni sanitarie, è sia la scarsità della riflessione accademica sul tema sia delle evidenze basate sui risultati (Lombi e Lombardi, 2023). Ci si chiede ancora quale sia il posto e il valore delle MH nei curricula delle

professioni mediche e sanitarie. Manca, inoltre, una specifica disciplina giuridica e la presenza delle MH nella formazione sanitaria risulta frammentaria, sporadica e residuale. Ne è conseguenza la mancanza di integrazione dei saperi e delle pratiche delle discipline umanistiche e sociali con quelle mediche e delle scienze cosiddette “dure”.

L’analisi dei risultati della ricerca evidenzia che, nella formazione dei futuri infermieri, ostetrici e infermieri pediatrici italiani, le MH sono presenti in un caso su due. Gli insegnamenti MH maggiormente presenti sono Etica/Bioetica e Storia della Medicina (tra le Scienze umane), e Psicologia, Pedagogia (tra le Scienze sociali). Sono presenti in un caso su due i corsi di Sociologia. Tuttavia, quando anche presenti, i corsi MH offrono un numero molto limitato di crediti formativi (da 1 a 4, salvo casi isolati), il cui impatto va valutato nella globalità dell’offerta formativa, all’interno dei piani di studio dei singoli atenei.

Nonostante il fatto che i CdL in Infermieristica appartengano alla medesima classe di laurea (L/SNT1) è piuttosto evidente che i CFU erogati in MH variano a seconda di *dove* si studia. Il numero di CFU previsti nei piani di studio è spesso disomogeneo anche tra gli stessi CdL. Infine, sono completamente assenti gli insegnamenti in Arti, salvo un raro corso di teatro in un solo ateneo.

L’analisi dei sillabi di sociologia e di sociologia della salute evidenzia il ruolo della comunicazione nella relazione professionista-paziente e quindi l’importanza di sviluppare competenze comunicative e relazionali nella formazione di questi professionisti. Un esempio di tale necessità e dei buoni risultati che ne possono derivare è rappresentato dall’esperienza bolognese della Graphic Medicine. Un esperimento che possiamo definire sia interdisciplinare sia interprofessionale.

## Riferimenti bibliografici

- Bates V., Goodman S. (2014), “Critical conversations Establishing dialogue in the medical humanities”, in Bates V., Bleakley A., Goodman S. (eds), *Medicine, Health and the Arts. Approaches to the medical humanities*, Routledge, Abingdon (UK).
- Campo R. (2005), *A piece of my mind. ‘The medical humanities’, for lack of a better term*, «JAMA», 294 (9): 1009-1011.
- Cassell E.J. (1984), *The Place of the Humanities in Medicine*, Hastings Center, New York.
- Chiavaroli N. (2017), *Knowing how we know: an epistemological rationale for the medical humanities*, «Medical Education», 51: 13-21.

- Consiglio Superiore di Sanità (2018), *Medical Humanities nell'epoca della medicina tecnologica e informatica*, Sessione Li (2017-2020), Sezione I, luglio 2018: 4, Ministero della Salute, Roma.
- Consorti F. (2019), *Le Medical Humanities 2.0*, «Italian Journal of Medical Education», 81: 3610-3613.
- Czerwicz M., Williams I., Squier S.M. et al. (2015), *Graphic medicine manifesto*, Penn State Press, University Park, PA.
- Evans M. (2002), *Reflections on the humanities in medical education*, «Med Educ», 36 (6): 508-513.
- Fieschi L., Matarese M. et al. (2013), *Medical Humanities in health care education in Italy: a literature review*, «Annali Istituto Superiore Sanità», 49, 1: 56-64.
- Friedman L.M. (2016), *Impact: How Law Influence Behavior*, Harvard University Press, Cambridge (Mass.), London.
- Greaves D, Evans M. (2000), *Conceptions of medical humanities*, «Medical Humanities», 26, 2: 65.
- Green M.J. (2015), *Comics and medicine: peering into the process of professional identity formation*, «Academic Medicine», 90(6): 774-779.
- Guzzo P.P. (2021), “Diritti relazionali, cittadinanza sanitaria e tele-farmacia ai tempi del coronavirus”, in A. Maturò, M.R. Favretto, S. Tomelleri (a cura di), *L'impatto sociale del Covid*, FrancoAngeli, Milano: 121-134.
- Hoffman A. (2021), *Comics and medicine: Using graphic narratives in pharmacy education*, «Am J Pharm Educ», 21: 8797.
- Lombardi L., Murero M., Guzzo P.P., Moretti V., Porrovecchio A., Scavarda A., Lombi L. (2023), *L'insegnamento delle Medical Humanities: risultati di uno studio sui corsi di laurea in medicina e chirurgia in Italia*, «J Italian Med Educ.», Med. Chir. 88: 3922-3926.
- Lombi L., Lombardi L. (2023, in corso di stampa), *L'impatto delle Medical Humanities nella formazione delle professioni sanitarie e nelle pratiche di cura. Una revisione narrativa*, «Studi di Sociologia» (Special issue), ISSN: 0039-291X.
- Ludmerer K.M. (1999), *Time to Heal: American Medical Education from the Turn of the Century to the Era of Managed Care*, Oxford University Press, Oxford.
- Maatman T.C., Minshew L.M., Braun M.T. (2022), *Increase in sharing of stressful situations by medical trainees through drawing comics*, «Journal of Medical Humanities», 43(3): 467-473.
- Manohar S. (2022), *Web exclusive. Annals graphic medicine. No access: Barriers for people with disabilities*, «Ann Intern Med», 175: W29-W30.
- McNicol S. (2017), *The potential of educational comics as a health information medium*, «Health Info Libr J», 34: 20-31.
- Mirza S. (2021), *Annals graphic medicine. A differing perspective*, «Ann Intern Med», 174: W120-W121.
- Moretti V., Scavarda A. (2021), *Graphic Medicine. Una disciplina in cerca d'autore*, «Rassegna Italiana di Sociologia», LXII, n. 3, 733-754.
- Murero M., Porrovecchio A. (2023, in corso di stampa), *Le Medical Humanities nei 679 Corsi Medico-sanitari Italiani: Criticità e Progressi*, «Studi di Sociologia» (Special issue), ISSN: 0039-291X.
- Ousager J., Johannessen H. (2010), *Humanities in undergraduate medical education: a literature review*, «Acad Med», 85 (6): 988-998.

- Patuzzo S., Ciliberti R. (2017), *Medical Humanities. Recognition and reorganization within the Italian University*, «Acta Biomedica», 5, 88, 4: 512-513.
- Poliansk I.J., Fangerau H. (2012), *Toward 'harder' medical humanities: Moving beyond the 'two cultures' dichotomy*, «Academic Medicine», 87: 121-126.
- Ronan L.K., Czerwicz M.K. (2020), *A Novel Graphic Medicine Curriculum for Resident Physicians: Boosting Empathy and Communication through Comics*, «J Med Humanit», 41: 573-578.
- Shapiro J. (2012), *Whither (Whether) Medical Humanities? The Future of Humanities and Arts in Medical Education*, «Journal for Learning through the Arts», Center for Learning in the Arts, Sciences and Sustainability, UC Irvine.
- Tsao P., Yu CH. (2016), *There's no billing code for empathy. Animated comics remind medical students of empathy: A qualitative study*, «BMC Med Educ», 16(1):204.
- Yu-Chun C., Jyh-Chong L., Hong-Yuan H. et al. (2019), *To examine the associations between medical students' conceptions of learning, strategies to learning, and learning outcome in a medical humanities course*, «BMC Med Educ», 19, 410: 1-14.

## 7. *Le Medical Humanities nei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia: stato dell'arte e prospettive future*

di Giuseppe Familiari, Bruno Moncharmont, Linda Vignozzi e Stefania Basili<sup>1</sup>

### 1. Definizione e ruoli del medico esperto, l'importanza dell'identità professionale

L'importanza delle *Medical Humanities (MH)* nel processo formativo del medico, non può essere descritta senza la dovuta attenzione alla definizione aggiornata del medico di oggi, dei suoi ruoli nella società e di quanto sia importante che ogni medico abbia la consapevolezza della propria identità professionale e del contesto socioculturale e lavorativo dove opera.

Una descrizione certamente aggiornata ed universale dell'essere un buon medico, è quella del *Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (CanMEDS)*, là dove la definizione di “medico esperto” diviene il paradigma all'interno del quale i medici integrano tutte le caratteristiche fondamentali del loro agire, applicando e sapendo personalizzare le evidenze scientifiche, le competenze cliniche e i valori della professionalità, nell'erogazione di cure di alta qualità e sicure per il paziente.

CanMEDS propone pertanto un quadro di riferimento, il *Physician Competency Framework*, in grado di identificare e descrivere le qualità indispensabili, che sono raggruppate tematicamente in sette ruoli che un medico deve essere in grado di integrare nei suoi comportamenti. Un “medico esperto” deve quindi essere un buon comunicatore (*communicator*), deve saper collaborare con gli altri componenti dell'équipe interprofessionale (*collaborator*), deve saper guidare i propri pazienti e i membri dell'équipe (*leader*),

---

<sup>1</sup> Gli autori sono membri della *Conferenza Permanente dei Presidenti dei Corsi di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia*.

essere difensore della salute del singolo paziente e dei cittadini (*health advocate*), si deve saper aggiornare (*scholar*), avendo sempre la consapevolezza dei valori alti della propria identità professionale (*professional*).

Sulla base di queste definizioni, un buon medico deve essere in grado di fornire un'assistenza di alta qualità, sicura e incentrata sulla piena collaborazione con il paziente; deve basarsi su un corpo di conoscenze ed evidenze in continua evoluzione, facendo perno sulle proprie competenze cliniche e sui valori professionali, con la consapevolezza dei limiti della propria competenza. Il processo decisionale deve essere guidato dalle migliori pratiche e dalle evidenze della ricerca, ma deve tenere conto delle circostanze e delle preferenze del paziente, deve essere condotto in *collaborazione* con il paziente e nel rispetto della disponibilità di risorse.

Un valore importante dell'agire medico è senza dubbio quello legato al *professionalism* e alla consapevolezza che lo stesso medico deve avere della propria identità professionale. Anche per questo valore deve essere tenuto ben presente quanto fu stabilito, all'inizio del nuovo millennio, congiuntamente dall'*American Board of Internal Medicine (ABIM)*, dall'*American College of Physicians* e dall'*European Federation of Internal Medicine* in quella che allora fu denominata *Physician Charter* (2002). All'interno di questo importante documento, divenuto oggi un vero e proprio nuovo giuramento professionale internazionale, il *professionalism* veniva definito come «a foundation of the social contract for medicine», definendone tre principi etici fondamentali (*primacy of patient welfare, patient autonomy, social justice*), insieme a 10 impegni (*commitments*), altrettanto importanti, che ogni medico deve fare propri (*professional competence, honesty with patients, patient confidentiality, appropriate relations with patients, improving quality of care, just distribution of finite resources, scientific knowledge, trust by managing conflicts of interests, professional responsibilities*).

Un'ulteriore citazione importante riguarda inoltre il modello di *professionalism* proposto da Stern (2006). Questo modello, costruito come una "casa", prevede la presenza di fondamenta, di colonne portanti e di un tetto. Le fondamenta di questa "casa" sono rappresentate dalla competenza clinica (*clinical competence*), dalle capacità di comunicazione (*communication skills*) e da una solida comprensione degli aspetti etici e legali della medicina (*Ethical & legal understanding*). Da queste fondamenta originano le colonne portanti della professionalità, caratterizzate dall'altruismo (*altruism*), dove sono gli interessi dei pazienti a guidare il comportamento dei medici; l'eccellenza (*excellence*), cioè l'impegno per la competenza, l'apprendimento permanente, il miglioramento continuo e l'avanzamento delle conoscenze;



l'umanesimo (*humanism*), contraddistinto dai valori del rispetto, della compassione, dell'empatia, dell'onore e dell'integrità personale. Non ultimo per importanza, un radicato senso di responsabilità (*accountability*). Il tetto, che poggia su queste colonne e su queste fondamenta, è rappresentato dalla professionalità e dall'identità professionale (*professionalism*).

È davvero interessante notare come, anche in questo modello internazionale, la competenza clinica rappresenti un fondamento essenziale, ma come, tra fondamento e professionalità vi siano presenti le colonne portanti che bene rappresentano modi e comportamenti del medico e che appartengono al complesso mondo delle *MH*.

## **2. I profili formativi del medico in uso oggi e la professionalità**

Il profilo formativo per la formazione dei medici maggiormente utilizzato in Italia è oggi quello “bio-medico-psico-sociale”. L'obiettivo principale è quello di formare un medico con le migliori competenze e conoscenze tecniche, operative e relazionali, radicate nei valori della professionalità, atto a consentire al laureato una efficace collocazione nel complesso sistema sanitario di oggi. Attraverso questo profilo formativo, gli studenti di medicina non solo dovrebbero acquisire competenze scientifiche e metodologiche, ma anche le basi della cultura umanistica che contribuisce a formare il pensiero critico e scientifico proprio dei futuri professionisti. In questo contesto, la pratica riflessiva e le scienze umane divengono importanti per gli studenti, per formarli a riconoscere i problemi etici intrinseci alla pratica clinica, promuovere il rispetto per i pazienti, evidenziando i valori della professionalità (Snelgrove *et al.*, 2009; Consorti *et al.*, 2021).

Molto recentemente si è attivata, nel nostro paese, una nuova tipologia di corso di laurea in medicina e chirurgia con un profilo “biomedico-tecnologico”, in stretta collaborazione con le aree culturali proprie dell'ingegneria e dell'informatica. Anche questo nuovo profilo formativo resta comunque basato sull'importanza dell'integrazione del paradigma biomedico-psico-sociale del saper prendersi cura dell'essere umano, con la conoscenza approfondita delle nuove tecnologie che dovranno essere finalizzate al processo di cura, nell'ambito del meta-paradigma della complessità della medicina tecnologica e ingegneristica del futuro, sempre con l'attenzione agli aspetti psico-sociali della cura della persona ammalata (Basili *et al.*, 2021).

Entrambi i profili formativi sopra descritti sono in gran parte erogati, in Italia, utilizzando un'organizzazione didattica in cui è ampiamente prevista

sia l'integrazione verticale che orizzontale, con un inizio precoce delle attività cliniche (*early clinical contact*). Questo tipo di organizzazione didattica prevede, in gran parte dei corsi, la presenza di percorsi verticali che si integrano tra loro, per piani successivi di complessità e di competenze crescenti. Il primo percorso verticale è quello "bio-medico", dove l'acquisizione delle relative competenze, sia delle scienze di base che di quelle cliniche, avviene in modo integrato (*inverted triangles method*); il secondo percorso verticale, sempre nel corso dei 6 anni curriculari, è quello "psico-sociale", caratterizzato dall'acquisizione di competenze riguardanti le metodologie medicoscientifiche e le MH; il terzo percorso verticale è quello "tecnologico", attivato in questo momento da alcuni corsi di laurea in Italia, dedicato all'acquisizione di competenze tecnologiche ingegneristiche e informatiche, indispensabili per la corretta gestione delle tecnologie complesse, sempre più pervasive nell'attività del medico di oggi (Snelgrove *et al.*, 2009; Consorti *et al.*, 2021).

### **3. L'importanza delle MH nel corso di laurea magistrale in Medicina e Chirurgia**

Deve essere subito chiarito come, nel nostro paese, i Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia siano tutti ben allineati e aggiornati su principi andragogici e pedagogici d'avanguardia, in accordo con quanto previsto dalla comunità accademica internazionale. Deve anche essere sottolineato come il lavoro storico e costante della Conferenza Permanente dei Presidenti dei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia (CPPCLMM&C) abbia contribuito a diffondere buone pratiche di *medical education* in questi ultimi trent'anni, promuovendo un vero e proprio processo costante di *faculty development* dei Presidenti dei Corsi di Medicina e chirurgia italiani (Consorti *et al.*, 2023).

Nonostante una proposta unitaria della CPPCLMM&C prevedesse di attribuire, per il RaD-LM/41, a norma del DM 270/04, un numero di CFU compreso tra 5 e 9 all'ambito disciplinare "Scienze umane, politiche della salute e management sanitario" (Lenzi *et al.*, 2008), uno studio recente di Lombardi *et al.* (2023), condotto su 64 Corsi di laurea magistrale in Medicina e chirurgia italiani, mette in risalto una presenza significativamente limitata delle MH, poco in linea con quanto allora raccomandato dalla CPPCLMM&C stessa. Questo studio sottolinea lo scarso impatto dei CFU attribuiti ai settori scientifico disciplinari propri delle MH, rispetto al totale dei CFU offerti e ribadisce, allo stesso tempo, la necessità di un loro adeguato

sviluppo, in coerenza con i cambiamenti e i nuovi bisogni che riguardano la salute e la società (Lombardi *et al.*, 2023).

Eppure, non vi sono dubbi sull'importanza delle MH che, nell'ordinamento ministeriale della laurea magistrale in medicina e chirurgia (LM/41), rappresentano un "ambito disciplinare" delle attività formative "caratterizzanti" la formazione del medico stesso.

È inoltre interessante dover sottolineare come la *World Federation for Medical Education* (WFME) abbia identificato, nella sua ultima revisione degli standard di formazione del medico, approvati nel 2020, i tre ambiti fondamentali del curriculum formativo (*curriculum content*), in cui vi deve essere una chiara descrizione di:

- A) le scienze di base (*basic biomedical sciences which are the disciplines fundamental to the understanding and application of clinical science*);
- B) le scienze cliniche (*clinical sciences and skills which include the knowledge and related professional skills required for the student to assume appropriate responsibility for patient care after graduation*);
- C) le scienze del comportamento e le scienze sociali (*behavioral and social sciences which are relevant to the local context and culture, and include principles of professional practice including ethics*) (WFME, 2020).

Anche i nuovissimi requisiti di valutazione recentemente approvati dall'*Agenzia Nazionale di Valutazione del Sistema Universitario e della Ricerca* per i corsi di medicina e chirurgia (ANVUR, 2023), che derivano proprio dall'accordo raggiunto con WFME ai fini di un accreditamento internazionale più ampio, dedicano maggiore attenzione alle MH. Infatti, tra gli aspetti da considerare riguardanti l'offerta formativa, vi è il punto D.CdS.1.3.8, specifico per i corsi di medicina e chirurgia, in cui si specifica: «Sono definiti gli elementi delle scienze comportamentali e sociali (scienze umane applicate alla medicina e soft skills) e i relativi tempi di apprendimento».

Le MH incorporano metodologie di insegnamento provenienti dall'arte, dalla storia (compresa la storia della medicina), dal diritto, dalla letteratura, dalla musica, dalla filosofia (compresa la filosofia dell'etica) e dalla teologia. Esse sono in grado di completare gli aspetti scientifici dell'educazione medica – inclusi quelli socio-scientifici di analisi e comunicazione – con aspetti più ampi e profondi che sono al centro delle MH: la compassione e l'empatia, la diversità e l'identità; il linguaggio, il significato e il pensiero (Spicer *et al.*, 2013). Le MH, pertanto, rappresentano un corpo disciplinare dinamico e progressista che arricchisce e illumina la pedagogia medica convenzionale e, in particolare, migliora l'incontro clinico, rappresentando soprattutto un momento importante di riflessione per gli studenti, al quale gli stessi studenti rispondono positivamente e con grande entusiasmo (Spicer *et al.*, 2013).

È però anche doveroso sottolineare come le evidenze scientifiche sugli impatti positivi a lungo termine dell'integrazione delle discipline umanistiche nella formazione medica universitaria siano scarse (Ousager e Johannessen, 2010); di fatto, questo può rappresentare un ostacolo per il continuo sviluppo di attività legate alle discipline umanistiche nella formazione medica universitaria, nel contesto dell'attuale richiesta di evidenze che ne dimostrino l'efficacia educativa (Ousager e Johannessen, 2010).

Molto interessante appare anche un recente studio di Petrou *et al.* (2021), nel quale sono stati intervistati gli Studenti dell'Imperial College di Londra, sulla loro percezione del ruolo delle MH nella loro formazione. Gli studenti ritengono, a grande maggioranza, che le materie umanistiche non dovrebbero essere valutate attraverso prove di esame, anche se alcuni ritengono che sia necessario per dimostrare il loro impegno. Al contrario non è stato raggiunto un pieno consenso sul fatto che queste materie debbano essere elettive o meno e sull'opportunità di scegliere gli argomenti da seguire qualora i corsi fossero elettivi. La maggioranza degli studenti desidera che le MH siano maggiormente rappresentate all'interno del corso di medicina, con una preferenza per la loro integrazione nei primi tre anni di corso.

#### **4. Introdurre in modo efficace i valori della professionalità nella formazione del medico**

Non sembra esservi dubbio sull'importanza della presenza delle MH all'interno dei curricula formativi dei corsi di laurea in medicina e chirurgia. Crediamo stia maturando la convinzione, a livello nazionale, che vi debba essere una maggiore attenzione al percorso umanistico verticale nei corsi di laurea, in termini di maggiore consistenza dei CFU assegnati alle discipline delle scienze umane già presenti negli ordinamenti didattici dei corsi di medicina e chirurgia italiani. Una maggiore presenza sistematica di queste discipline sarà certamente importante per far migliorare la componente riflessiva nel vissuto personale degli studenti in medicina e chirurgia.

Deve però essere precisato come sia importante, per far prendere coscienza agli studenti della loro professionalità, che vi debbano essere dei docenti in grado di trasmettere l'importanza dei valori sopra descritti. Per fare sviluppare la cultura del *professionalism* negli studenti, non saranno mai sufficienti solo lezioni di MH, ma questa cultura dovrà essere acquisita anche e soprattutto in modo esperienziale sul campo, anche attraverso momenti di discussione e riflessione tra studenti e docenti, allo scopo di far emergere quei comportamenti

non professionali che vi possono essere stati durante le attività *bed side*, nello svolgimento delle attività di tirocinio professionalizzante.

In altri termini, i docenti che sono i tutor degli studenti nelle attività di tirocinio professionalizzante, devono fornire un'assistenza di qualità ai pazienti e rappresentare un modello concreto di esempio virtuoso per i loro studenti. Quando infatti i comportamenti professionali non vengono chiaramente mostrati agli studenti, essi divengono purtroppo parte del cosiddetto curriculum nascosto (*hidden curriculum*), in grado di agire negativamente sull'intero processo di formazione del medico. Solo se sarà data la giusta enfasi ai valori della professionalità non solo negli argomenti delle MH, ma soprattutto nelle attività professionalizzanti, gli studenti impareranno a praticare la professione con impegno e responsabilità, acquisendo le competenze del saper essere medico e la consapevolezza della propria identità professionale. In questo senso, il comportamento del docente clinico diviene fondamentale, per la costruzione dell'identità e le competenze professionali del futuro medico.

La CPPCLMM&C si è da tempo interessata a questo argomento in diverse occasioni, anche proponendo un «codice di comportamento del docente tutor e dello studente iscritto ai CLM in Medicina e Chirurgia nello svolgimento delle attività didattiche cliniche tutoriali» (Familiari *et al.*, 2012a; Familiari *et al.*, 2012b), e proponendo inoltre una *Carta dei valori e delle competenze degli Studenti* (Familiari e Volpe, 2015).

Questo percorso non è assolutamente semplice, ma richiede un processo continuo di *Faculty Development*, in cui la CPPCLMM&C è attualmente impegnata (Consorti *et al.*, 2023). Attività di questo tipo, importanti per sostenere la formazione della professionalità e dell'identità professionale devono prevedere l'insegnamento delle basi cognitive e la metodologia a saper tradurre i contenuti fondamentali in pratica, un netto miglioramento del modello di ruolo, saper promuovere le attività riflessive capitalizzando l'apprendimento esperienziale e lavorativo, sostenendo concretamente le comunità di pratica dove vi siano obiettivi comuni e valori condivisi, linguaggi comuni e un forte senso di appartenenza (Cruess *et al.*, 2016; Montagna e Consorti, 2022). È necessario, pertanto formare un corpo docente sensibile a queste tematiche e, pertanto, in grado di restituire alla pratica medica quella dimensione di umanità che distingue sostanzialmente il curare dal prendersi cura del paziente.

Il percorso è ancora lungo e complesso, ma l'obiettivo di migliorare l'insegnamento e l'apprendimento del percorso formativo del medico è importante e deve impegnarci tutti a fondo. Ricordiamo sempre che si tratta, in

ogni caso, di migliorare il processo di cura e di salvaguardia della salute dei pazienti.

## Riferimenti bibliografici

- ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, European Federation of Internal Medicine (2002), *Medical professionalism in the new millennium: a physician charter*, «Ann Intern Med», 136: 243-246.
- ANVUR (2023), *Modello di accreditamento periodico delle sedi e dei corsi di studio universitari. Medicina e Chirurgia (LM-41)* ([https://www.anvur.it/wp-content/uploads/2023/02/AVA3\\_Requisiti-con-NOTE-Medicina\\_2023\\_02\\_13.pdf](https://www.anvur.it/wp-content/uploads/2023/02/AVA3_Requisiti-con-NOTE-Medicina_2023_02_13.pdf)).
- Basili S., Familiari G., Del Prete Z., Farina L., Stefanini, L., Polimeni A. (2021), “A new biomedical-technological training program at the Sapienza University of Rome”, *Proceedings of the Virtual Conference AMEE*, 30 August 2021.
- CanMEDS (2015), *Better standards, better physicians, better care*, Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (<https://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/canmeds-framework-e>).
- Consorti F., Familiari G., Moncharmont B., Vignozzi L., Basili S. (2023), *Il Faculty Development (FD) per i Presidenti di Corso di Laurea in Medicina: la Commissione di Innovazione Pedagogica*, 4° Convegno nazionale “Il ruolo del Faculty Development nello sviluppo delle Università”, Genova, 26-27 gennaio.
- Consorti F., Familiari G., Lotti A., Torre D. (2021), *Medical education in Italy: Challenges and opportunities*, «Med Teach», 43: 11, 1242-1248.
- Cruess R.L., Cruess S.R., Steinert Y. (2016), *Teaching medical professionalism: supporting professional identity*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Familiari G., Consorti F., Valanzano R., Vettore L., Casacchia M., Caruso S., Della Rocca C., Gallo P. (2012), *L'etica della docenza. Per un insegnamento eticamente fondato nei CLM in Medicina e Chirurgia*, «Med Chir», 54, 2383: 23-91.
- Familiari G., Gallo P., Ziparo V., Lenzi A., Gaudio E. (2012), *Proposta di codice di comportamento del docente tutor e dello studente iscritto ai CLM in Medicina e Chirurgia nello svolgimento delle attività didattiche cliniche tutoriali*, «Med Chir», 55: 2465-2474, 2012.
- Familiari G., Volpe M. (2015), *Il medico del terzo millennio. Proposta di una carta dei valori e delle competenze degli studenti, in un curriculum formativo rinnovato, in Italia*, «Med Chir», 65: 2925-2930.
- Lenzi A., Familiari G., Casacchia M., De Caro R., Gaudio E., Frati L. (2008), *Una proposta unitaria della Conferenza dei Presidenti di Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia per il RaD-DM270/04*, «Med Chir», 43: 1816-1819.
- Lombardi L., Murero M., Guzzo P.P., Moretti V., Porrovecchio A., Scavarda A., Lombi L. (2023, in corso di stampa), *L'insegnamento delle Medical Humanities: risultati di uno studio sui corsi di laurea in medicina e chirurgia in Italia*, «J Italian Med Educ», 88.

- Montagna L., Consorti F. (2022), *Medical Professionalism e costruzione dell'identità professionale negli studenti di medicina. Riflessioni e proposte didattiche per la formazione in Italia*, FrancoAngeli, Milano.
- Ousager J., Johannessen H. (2010), *Humanities in undergraduate medical education: a literature review*, «Acad Med», 85: 988-998.
- Petrou L., Mittelman E., Osibona O., Panahi M., Harvey J.M., Patrick Y.A.A., Leedham-Green K.E. (2021), *The role of Humanities in the medical curriculum: medical students' perspectives*, «BMC Medical Education», 21: 179-187.
- Snelgrove H., Familiari G., Gallo P., Gaudio E., Lenzi A., Ziparo V., Frati L. (2009), *The challenge of reform: 10 years of curricula change in Italian medical schools*, «Med Teach», 31: 1047-1055.
- Spicer J., Harrison D., Winning J., (2013), "The humanities in medical education", in K. Walsh (ed.), *Oxford Textbook in Medical Education*, Oxford University Press, pp. 233-243.
- Stern D.T. (2006), *A framework for measuring professionalism. In Stern DT, ed. Measuring Professionalism*, Oxford University Press Inc, New York NY.
- WFME - World Federation for Medical Education (2020), *Basic Medical Education WFME Global Standards For Quality Improvement*, WFME (<https://wfme.org/wp-content/uploads/2020/12/WFME-BME-Standards-2020.pdf>).

## 8. Buone pratiche di formazione. Riflessioni e proposte

di *Giovanna Artioli* e *Vincenza Ferrara*<sup>1</sup>

### Introduzione

Diversi studi hanno indagato su nuovi metodi per insegnare e migliorare abilità come l'osservazione, il lavoro in gruppo, il pensiero critico, l'empatia e l'ascolto attivo per il miglioramento della relazione di cura per studenti e professionisti del settore della salute. Queste abilità sono importanti nella pratica clinica per una corretta diagnosi e cura ma anche per sviluppare la relazione con il paziente. Inoltre, appare sempre più necessario migliorare la resilienza personale per migliorare la qualità della vita professionale e quindi limitare lo stress degli operatori sanitari. Come già delineato nei capitoli precedenti, dagli anni '60, a partire dagli Stati Uniti si sviluppano studi, per rispondere a tali esigenze, che portano all'introduzione delle *Medical Humanities* (MH) nei curricula della formazione medica e infermieristica. Anche in Italia possiamo trovare esperienze formative che utilizzano le scienze umane, le arti e le scienze sociali come strumento per migliorare competenze e capacità e per limitare lo stress dei professionisti e degli operatori sanitari.

L'attenzione alle MH nei percorsi formativi dei professionisti sanitari è legata a diversi fattori, oggi sempre più studiati (Marcadelli e Artioli, 2010). Da una parte si riconosce l'importanza di sviluppare competenze connesse alla relazione di cura nei professionisti, dall'altra ci si rende conto di quanto questo risultato sia complesso e difficile da raggiungere. Se, poi, si considera (e/o si monitorizza il fenomeno in termini di competenze agite sul campo), il livello di apprendimento raggiunto e applicato dai futuri professionisti sanitari, i risultati raggiunti aprono a riflessioni necessarie al miglioramento di tali pratiche.

---

<sup>1</sup> Sebbene questo capitolo sia frutto di un lavoro comune, il par. 1 è di Vincenza Ferrara; il par. 2 è di Giovanna Artioli.



In questa logica di valutazione di quanto appreso, i formatori si interrogano su quali contenuti, ma anche su quali strategie educative possano facilitare tale processo.

La formazione dei professionisti sanitari, sia essa di base, di educazione continua o post base (Master) diventa terreno fertile per lo sviluppo di competenze correlate alle MH.

Di seguito, si riportano esperienze in cui l'utilizzo di diverse strategie formative può offrire un contributo alla maturazione della sensibilità dei professionisti e alla loro capacità di comprendere a fondo le problematiche delle persone di cui si prendono cura.

Si aprono, dunque, scenari particolarmente interessanti: non solo rinforzare la necessità di migliorare la relazione con il paziente per 'umanizzare le cure', ma anche inserire a pieno titolo le MH nella competenza specifica dei professionisti sanitari, per le quali prevedere apposita formazione.

Inoltre, dalla letteratura anche italiana, viene prospettata la possibilità che la dimensione relazionale apporti risultati migliori in termini di *outcomes* di salute, oltre che di qualità di vita (La Sala *et al.*, 2014; Paoli *et al.* 2018).

La relazione di cura si potrebbe trasformare in relazione che cura.

## **1. L'arte nella formazione dei professionisti della salute**

L'uso delle discipline umanistiche nell'educazione medica e in ambito sanitario comincia a destare interesse anche in Italia anche se le esperienze sembrano essere ancora isolate. Arte, opere teatrali, poesia, saggi narrativi e musica si sforzano tutti di facilitare lo sviluppo di competenze e capacità per migliorare le attività e l'ambiente di cura per rispondere alle molte esigenze di formazione in campo medico e sanitario per applicare l'approccio biopsico-sociale e per ridurre la distanza tra professionista della salute e paziente. A partire dagli Stati Uniti le scuole di medicina e i programmi di specializzazione nonché della formazione continua nel settore della salute applicano l'approccio delle *Medical Humanities* che utilizzano le scienze umane, le scienze sociali e le arti come strumento per migliorare competenze, capacità e limitare lo stress dei professionisti della cura e degli operatori. Recuperando il rapporto con la medicina e utilizzando metodologie didattiche innovative, le arti visive sono state considerate uno strumento per apprendere e migliorar abilità, come ad esempio quella dello sviluppo di una osservazione efficace (Wellbery, 2015). La letteratura scientifica suggerisce che questa pratica migliora sia l'osservazione che l'empatia e i risultati posi-

tivi sono convalidati da molte ricerche sperimentali. Durante le attività sperimentali vengono applicati diversi metodi pedagogici e tra questi, in particolare, quello delle *Visual Thinking Strategies* (VTS) che concorre a migliorare le competenze utili per il personale medico e sanitario (Marone, 2023).

Il metodo delle *Visual Thinking Strategies* (VTS) sta conoscendo una importante diffusione, a partire dagli Stati Uniti, come strumento di apprendimento nella scuola e nelle professioni. Sviluppato dalla psicologa cognitivista Abigail Housen in collaborazione con Philip Yenawine, direttore del Dipartimento educazione del MOMA, alla fine degli anni Ottanta (Hailey, 2015), si concentra sulla creazione di significati estetici, ovvero sulle le strategie di pensiero che le persone usano per dare un significato a elementi presenti in un'opera d'arte o in un'immagine. Tale metodo è utile per lo sviluppo delle *Life Skills*, ossia tutte quelle abilità e competenze che è necessario apprendere per mettersi in relazione con gli altri e per affrontare i problemi, le pressioni e gli stress della vita quotidiana. Le *Life Skills* possono essere raggruppate nelle aree emotive, relazionali e cognitive (WHO, 1994).

### 1.1. L'esperienza italiana

La sperimentazione di tale metodo in Italia è partita nel 2016. Nel corso degli ultimi anni sono stati disegnati corsi e laboratori presso “La Sapienza” Università di Roma, presso l'Università degli Studi dell'Aquila con gli studenti di medicina e delle professioni sanitarie, con specializzandi della formazione specifica in Medicina Generale della ASL RM1 di Roma, con Team professionali presso l'Ospedale di Alessandria e presso l'Hospice, casa di cura Pineta del Carso di Trieste, per la realizzazione di ECM<sup>2</sup> per le professioni mediche e sanitarie con risultati positivi anche in particolari condizioni, come le attività organizzate a distanza – nel periodo di pandemia – con la condivisione delle immagini digitali di opere pittoriche. In particolare, l'esperienza dell'Università Sapienza di Roma ha permesso di disegnare un format per un percorso che si estende dal III al V anno del Corso di laurea in Medicina. Tale percorso prevede l'applicazione del metodo VTS stimolando una discussione in piccoli gruppi, guidata da un facilitatore, proponendo immagini di opere d'arte non conosciute dai partecipanti con anche riferimenti alla professione medica che in qualche modo permette di riflettere sul rapporto con il paziente, oltre a migliorare alcune importanti skills. Al IV anno di corso vengono introdotti esercizi di ascolto attivo e nuove attività con le

---

<sup>2</sup> Crediti per l'Educazione Continua in Medicina.

VTS utilizzando opere d'arte che prevedono esercizi di iconodiagnostica, ossia il riconoscimento di alcune patologie rappresentate. Al V anno queste attività vengono applicate a immagini cliniche trasferendo così l'approccio delle VTS a quello dell'*evidence based medicine* (Ferrara, 2020a).

Tali esperienze vengono realizzate in aula o al museo e hanno poi condotto alla validazione di una griglia utile per misurare il miglioramento di alcune delle competenze utili nel rapporto con il paziente, con i colleghi, per l'applicazione del modello bio-psico-sociale per la diagnosi e per la limitazione dello stress dei partecipanti (Ferrara, 2020b).

I risultati della valutazione dell'impatto sugli studenti e sui professionisti del settore di queste attività hanno dimostrato che le attività di apprendimento basate sull'arte, come l'applicazione delle VTS, sono efficaci nel promuovere diverse abilità ritenute professionalmente rilevanti, anche in relazione ad altre ricerche internazionali (Mukunda, 2019). Tali attività, come espresso dagli stessi studenti, possono attivare un processo formativo utile da integrare nella pratica medica e infermieristica paragonando ad esempio il processo sviluppato con le VTS a quello legato al TRIAGE. Anche negli altri settori di intervento i risultati e il gradimento dei partecipanti sono positivi registrando una maggiore consapevolezza dell'utilità di queste pratiche da parte dei partecipanti anche per quanto riguarda il miglioramento delle relazioni anche interprofessionali e della fiducia in sé stessi.

Un format di attività, seppure concentrate in 5 incontri, è stato applicato nell'ambito delle cure palliative coinvolgendo tutto il team di cura. In questo caso è stata registrata la migliore comunicazione tra tutti i membri del Team compresi i volontari. I risultati positivi raggiunti hanno stimolato la psicologa e il medico del gruppo a frequentare corsi per diventare facilitatori VTS e proseguire così le attività con gli operatori nel luogo di cura, per non perdere i benefici acquisiti nel corso del tempo.

In conclusione, si vuole sottolineare la necessità della persistenza di queste attività nel corso degli anni accademici e per i professionisti della salute con una maggiore inclusione dell'utilizzo delle arti visive e di altre attività collegate alle *Medical Humanities* come strumento di formazione e aggiornamento nell'educazione medica, e non solo, anche in relazione alla promozione del benessere e alla limitazione dello stress, elemento rischioso nel settore medico e sanitario (Ferrara *et al.*, 2022).

## 2. Buone pratiche per rendere le *Medical Humanities* attrattive, applicative e professionalizzanti

In questa seconda parte del contributo, vengono presentati alcuni aspetti dell'esperienza maturata da almeno 15 anni nel coordinamento di alcuni master per professionisti sanitari, attivi presso il Dipartimento di Medicina e Chirurgia dell'Università di Parma. Nella ricca esperienza di docente di scienze infermieristiche, ho sempre cercato di lasciare ampio spazio alla dimensione della umanizzazione delle cure; ho variato i contenuti e le metodologie didattiche, ma la mia percezione è sovente stata quella di non riuscire a rendere attrattivo questo elemento così essenziale per la professionalità dei futuri curanti. Nelle gerarchie degli interessi degli studenti, in primo piano vi erano le discipline scientifiche, poi le dimensioni più tecnico-applicative e, forse, poco dopo, quel più o meno velato appello a essere attenti alla persona (e alla sua rete di relazioni) di cui ci si prenderà cura.

L'impressione era che gli studenti considerassero i contenuti delle *Medical Humanities* o già facenti parte della loro professionalità o addirittura non coerenti con il profilo che si andava a formare (frequenti, ad esempio, sono le affermazioni in questo senso, di studenti afferenti all'area dell'emergenza sanitaria). L'attivazione dei master per professioni sanitarie, mi ha portato a individuare possibili soluzioni per rispondere al problema sopra descritto. Tali risposte sono state identificate, in particolare, nella ricerca qualitativa applicata e nella interprofessionalità.

### 2.1 Il percorso dei master

I Master, a cui si fa riferimento, sono costituiti da master di I livello e di II livello e hanno, tra le caratteristiche che saranno sviluppate di seguito, quella della interprofessionalità, della gestione cioè dei vari percorsi formativi da parte di un *team* costituito da professionisti afferenti a diverse discipline: sanitarie, sociali e umanistiche.

Nell'offerta formativa dell'anno 2022-2023, sono stati proposti sette Master (e di norma attivati). Mi limiterò a citarne solo alcuni, lasciando eventuali approfondimenti nel link che si trova in nota<sup>3</sup>. Per fare qualche esempio, per il I livello cito il Master in “Case care management interprofessionale in ospedale e sul territorio”, il Master in “Cure palliative e terapia del dolore

---

<sup>3</sup> Per approfondimenti sui nostri master è possibile consultare il sito web al link: <http://www.healthcaremaster.unipr.it/>.

per professioni sanitarie” e quello in “Ricerca per le professioni sanitarie: l’approccio qualitativo”.

Per il II livello cito il Master in “Strategie formative in ambito sociale e sanitario: standard europei ed innovazione”.

Nel tempo, si è costituita una *struttura organizzativa* per la conduzione di questi master che vede, oltre al presidente e al coordinatore, anche la figura del tutor didattico presente per ogni master. Con la finalità di accompagnare i corsisti nello sviluppo del progetto di ricerca e nella implementazione della ricerca sul campo (di cui si parlerà più avanti), si sono individuati ricercatori e ricercatrici che seguono piccoli gruppi di studenti (4-6) in ogni corso. In tale struttura organizzativa, *l’interprofessionalità* gioca un ruolo fondamentale: le figure professionali rappresentate da tutor didattici e tutor di ricerca, sono costituite da medici, infermieri, psicologi, sociologi, educatori, antropologi.

Con l’esperienza maturata, il team dei master ha sentito il bisogno di elaborare una *vision*, che vede nelle seguenti parole chiave i propri punti di forza: (i) personalizzazione del percorso formativo; (ii) orientamento alla persona<sup>4</sup> (Silva *et al.*, 2021; Marín, 2022); (iii) co-costruzione del curriculum<sup>5</sup> (Martens *et al.*, 2019; Hokanson *et al.*, 2022); (iv) sviluppo di competenze<sup>6</sup> (Tohmola *et al.*, 2022; Andersson *et al.*, 2022); (v) interprofessionalità (Sell *et al.*, 2022) e lavoro di squadra<sup>7</sup>; (vi) ricerca (Artioli, Sarli, 2021); (vii) piattaforma online<sup>8</sup> (Sarli *et al.*, 2021; 2022).

## 2.2 La ricerca per la professione

La ricerca costituisce un filone portante nei nostri master per professioni sanitarie. Dall’inizio dei master, si individuano i tutor di ricerca (di solito con dottorato o comunque professionisti esperti); con questi, attraverso incontri appositi, si ipotizzano i temi di ricerca e le metodologie da utilizzare e poi,

---

<sup>4</sup> Il percorso formativo è orientato allo studente come persona e come professionista.

<sup>5</sup> Si intende cioè dare voce agli studenti al fine di ri-orientare il percorso formativo e adeguarlo alle esigenze specifiche dei corsisti.

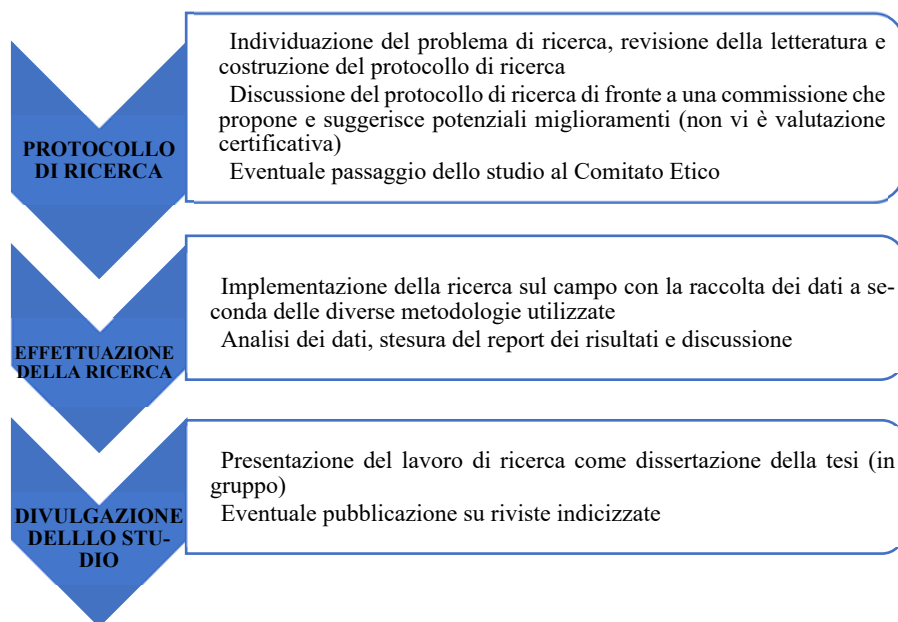
<sup>6</sup> I nostri master sono anche ‘professionalizzati’ e per questo il tirocinio/stage, nelle sue diverse forme (in sede, in simulazione, online.) assume una rilevanza fondamentale.

<sup>7</sup> L’interprofessionalità è intesa a due livelli: a un primo livello nel gruppo di gestione dei master, come citato a seguire sulla struttura organizzativa. Vi è anche un secondo livello di interprofessionalità, in quanto i master forniscono accesso a diverse professioni di ambito sanitario, sociale e anche ai laureati di scienze umane e sociali. Su questo punto della *vision* si veda la restante parte del contributo.

<sup>8</sup> I nostri master sono erogati, dalla pandemia di Covid 19, in modalità sincrona, con possibilità di registrazione delle lezioni e di ascolto in asincrono. Per questo viene utilizzata una piattaforma messa a disposizione dall’Università.

in un incontro specifico con gli studenti, vengono proposti ai corsisti, che liberamente compongono i gruppi di ricerca afferenti a ogni tutor. Una volta costituiti i gruppi, le principali fasi della ricerca sono sintetizzate come in figura 1.

Fig. 1 – Fasi della ricerca implementate dagli studenti dei master con i tutor di ricerca (tabella elaborata dall'autrice)



### 2.3. L'esperienza degli studenti

Si assiste, di solito, a una evoluzione rapida e positiva nel vissuto degli studenti. Nella *fase iniziale, di norma, gli studenti* provano stupore [“ma come, mi sono iscritto a un master in area critica” – cita uno studente], a volte disagio e scarsa collaborazione; i corsisti faticano a capire cosa si sta facendo, a cosa serve la ricerca e il senso del fare ricerca in un master specialistico. Gli studenti, prima di iniziare il master, non avevano avuto grandi occasioni di approcciare la ricerca applicata<sup>9</sup>.

<sup>9</sup> Si fa riferimento al lavoro di tesi di Elisa Gatti, Maria Elena Lorito, Andreina Saba, “L'utilizzo della scrittura riflessiva come mezzo per la co-costruzione di un percorso formativo universitario nelle professioni sanitarie post base: uno studio longitudinale qualitativo”.

*Durante il percorso, si comincia a creare il gruppo e questa esperienza è per lo più positiva per gli studenti, nel senso che essi percepiscono l'aiuto del gruppo; anche la presenza del tutor di ricerca e il suo lavoro di motivazione, suggerimento, sostegno e accompagnamento inizia ad essere compreso ed apprezzato.*

Dalla voce degli studenti si evidenzia che, attraverso la partecipazione al master, hanno avuto modo di approcciarsi per la prima volta al mondo della ricerca e ai suoi strumenti, che ne riconoscono il valore e che auspicano un ulteriore approfondimento di questa tematica:

Abbiamo affrontato argomenti, come la ricerca sia qualitativa che quantitativa, molto interessante e che non conoscevo” (COD.INT.14.2).

Entrare in punta di piedi nella ricerca è stato per me scoprire un mondo nuovo, mai esplorato” (COD.INT.17.1)<sup>10</sup>.

A chiusura del percorso, gli studenti si definiscono soddisfatti del lavoro svolto e sono attratti dalla ricerca. In diverse occasioni, a conclusione del master, chiedono di proseguire l'esperienza affiancandosi ai tutor di ricerca. Affermano, inoltre, di avere avuto modo di approcciarsi per la prima volta al mondo della ricerca soprattutto qualitativa, scoprendone il valore. Qui di seguito alcune testimonianze:

Mi è piaciuto molto fare ricerca e spero di avere l'occasione di farne ancora. (..) Mi è piaciuto molto fare l'intervista narrativa che non avevo mai fatto (COD.FIN.2.1).

L'ambito della ricerca credo sia stato ben affrontato e ha fornito una base teorica solida utile a chi volesse continuare questa strada (COD.FIN.3.5)

Uno dei desideri che si è realizzato durante questo Master è stato quello di fare per la prima volta ricerca (COD.FIN.9.1)<sup>11</sup>

---

Tesi di Master in Strategie in strategie formative innovative in ambito sociale e sanitario: standard europei ed innovazione. A.A. 2021-2022. Università di Parma.

<sup>10</sup> *Ibidem*, pag. 36.

<sup>11</sup> *Ibidem*, pagg. 38-39.

#### 2.4. Per concludere: le potenzialità della ricerca qualitativa

L'utilizzo degli strumenti di ricerca qualitativa favorisce il contatto diretto tra studenti e i soggetti partecipanti allo studio, siano essi professionisti, pazienti e/o familiari. Questa relazione, che necessariamente si instaura, avvicina i corsisti a ciò che i partecipanti vivono e provano, e permette loro di capire in modo diretto quanto la malattia incide su di loro. In questo senso le *Medical Humanities* vengono apprese dai corsisti in modo diretto, facendone esperienza. Infatti, gli strumenti specifici come le interviste, i focus group, le scritture espressive, gli audio-diari che gli studenti, adeguatamente formati, gestiscono di persona, favoriscono il contatto diretto con esperienze, emozioni, vissuti, bisogni, fragilità delle persone. La relazione diventa esperienza personale, non più solo raccontata o mediata da altri. Inoltre, le analisi qualitative dei testi, delle scritture, dei video, aiutano gli studenti a rielaborare quei vissuti. Lo stimolo della discussione in gruppo e con i tutor dei dati raccolti favorisce la comprensione di aspetti dell'altro che forse non si conoscevano o a cui non si voleva credere. Probabilmente gli studenti hanno la possibilità di sperimentare la *compassion satisfaction* (Cosentino *et al.*, 2023).

A titolo esemplificativo riporto uno studio sviluppato da studenti dei master dell'Università di Parma, dal titolo: "L'impatto di un intervento di intervista narrativa in oncologia: uno studio di fattibilità".

Il colloquio narrativo è una metodologia di intervento che utilizza la narrazione da parte del paziente e la capacità di ascolto da parte del professionista, allo scopo di aiutare il paziente oncologico a sostenere lo stress causato dalla malattia. Il ruolo dell'intervista narrativa è ampiamente dibattuto in letteratura, ma non ci sono studi incentrati sul suo utilizzo da parte degli operatori sanitari, che si prendono cura di pazienti di prima diagnosi oncologica.

Obiettivo di questo studio è stato di valutare la fattibilità dell'utilizzo di due interventi di intervista narrativa (IN), a distanza di 15 giorni l'una dall'altra, effettuate da operatori sanitari a pazienti oncologici dopo 30 giorni dalla comunicazione della diagnosi. Lo studio è stato condotto con metodo misto e valutazione *pre* e *post* intervista narrativa. Sono stati utilizzati i questionari: *Mini-Mental Adjustment to Cancer* per l'adattamento alla malattia e il *Psychological Distress Inventory* per il disagio psicologico. È stata utilizzata l'analisi tematica per le due interviste narrative al tempo 1 e al tempo 2, per tutti i 13 pazienti coinvolti nello studio.

L'adozione di un approccio con intervista narrativa al momento della diagnosi del cancro è risultato fattibile. A causa della dimensione limitata del campione (13 partecipanti), non è chiaro se la IN possa avere un impatto



positivo sul disagio psicologico in questa particolare popolazione di pazienti. Questo strumento ha permesso ai pazienti di aprirsi e condividere le proprie riflessioni personali sui sintomi e sul percorso terapeutico scelto.

In conclusione, si può sottolineare che la ricerca qualitativa che utilizza il paradigma delle scienze umane e sociali, risulta essere una modalità attiva, attrattiva ed efficace di apprendimento delle *Medical Humanities* per i professionisti sanitari in formazione. Ciò caratterizza la buona pratica di ricerca qualitativa e la transdisciplinarietà. Inoltre, l'intervento di tutor di ricerca esperti, che provengono dalle discipline umanistiche e sociali, favorisce l'accompagnamento degli studenti e lo scambio dei rispettivi *know how*. Avviene, infatti, uno scambio di competenze, ma anche di senso e di significato, tra tutor e studenti e viceversa. Gli esperti di ricerca, i tutor, gli studenti si confrontano su percorsi, metodi, strumenti, linguaggi, che inizialmente possono essere diversi, ma che, nel tempo, si avvicinano e si integrano. Il lavoro interprofessionale, svolto in comune, con ascolto reciproco, favorisce lo sviluppo di competenze e approcci transdisciplinari.

## Riferimenti bibliografici

- Andersson H., Svensson A., Frank C. *et al.* (2022), *Ethics education to support ethical competence learning in healthcare: an integrative systematic review*, «BMC Med Ethics», 23, 29: 1-26.
- Artioli G., Sarli L. (2021), *The qualitative method for a humanisation of research*, «Acta Bio Medica: Atenei Parmensis», 92(Suppl 2).
- Cosentino C., De Luca E., Sulla F., Uccelli S., Sarli L., Artioli G. (2023), *Leadership styles' influence on ICU nurses' quality of professional life: A cross-sectional study*, «Nursing in Critical Care», 28(2), 193-201.
- Ferrara V., Shaholli D., Iovino A., Cavallino S., Colizzi M.A., Della Rocca C., La Torre G. (2022), *Visual Thinking Strategies as a Tool for Reducing Burnout and Improving Skills in Healthcare Workers: Results of a Randomized Controlled Study*, «J.Clin.Med.», 11, 7501: 1-10.
- Ferrara V. (2020a), *L'arte come strumento per la formazione in area medica e sanitaria*, Aracne, Roma.
- Ferrara V., De Santis S., Melchiori F.M. (2020b), *Art for improving skills in medical education: the validation of a scale for measuring the Visual Thinking Strategies method*, «La Clinica Terapeutica», [S.l.], 171, 3: 253-259.
- Hailey D., Miller A., Yenawine P. (2015), *Understanding Visual Literacy: The Visual Thinking Strategies Approach in Essentials of Teaching and Integrating Visual and Media Literacy*, Springer, New York.
- Hokanson K., Breault R. R., Lucas C., Charrois T. L., Schindel, T. J. (2022), *Reflective Practice: Co-Creating Reflective Activities for Pharmacy Students*, «Pharmacy» (Basel, Switzerland), 10(1), 28: 1-18.

- La Sala R., Foà C., Artioli G., Mancini T., Sarli L. (2014), *Therapeutic adherence and health outcomes in acute coronary syndrome (SCA) patient: the role of nursing*. «Acta Biomed.», Jun 24;85(3): 14-27.
- Marcadelli S., Artioli G. (2010), *Nursing Narrativo. Un approccio innovativo per l'assistenza*, Maggioli, Sant'Arcangelo di Romagna.
- Marin V.I. (2022), *Student-centred learning in higher education in times of Covid-19: A critical analysis*, «Studies in Technology Enhanced Learning», 2(2), (<https://doi.org/10.21428/8c225f6e.be17c279>).
- Marone F., Navarra M. (2023), *Visual thinking strategies nei percorsi di formazione sanitaria: un'analisi della letteratura*, «Tutor», 22,1: 24-32.
- Martens S.E., Meeuwissen S.N.E., Dolmans D.H.J.M., Bovill, C., Könings, K.D. (2019), *Student participation in the design of learning and teaching: Disentangling the terminology and approaches*, «Medical Teacher», 41(10), 1203-1205.
- Mukunda N., Moghbeli N., Rizzo A., Niepold S., Bassett B., Delisser HM. (2019), *Visual art instruction in medical education: A narrative review*, «Medical Education Online», 24: 15581657.
- Paoli G., Notarangelo M.F., Mattioli M. et al. (2018), *ALLiance for sEcondary PREvention after an acute coronary syndrome. The ALLEPRE trial: a multicenter fully nurse-coordinated intensive intervention program*, «American Heart Journal», 203: 12-16.
- Sarli L., Artioli G., Bogotto S. et al. (2022), *From classroom training to e-learning: a journey through the quality of learning life of nurse students in post-graduate education. A longitudinal qualitative study*, «Acta Biomed.», 93 (2): 1-13.
- Sarli L., Artioli G., De Luca E., Moretti C., Camacho V.C., Di Niro V., Deiana L., Monaco F. (2021), *'Nurses' Perceived Quality of Educational Life during the Covid-19 Induced Rapid Transition to Online Learning in Post-Graduate Courses: A Qualitative Study*, «Creative Education», 12: 1247-1261.
- Sell K., Hommes F., Fischer F., & Arnold L. (2022), *Multi-, Inter-, and Transdisciplinarity within the Public Health Workforce: A Scoping Review to Assess Definitions and Applications of Concepts*, «International Journal of Environmental Research and Public Health», 19(17): 10902.
- Silva R., Farias C., Mesquita I. (2021), *Challenges faced by preservice and novice teachers in implementing student-centred models: A systematic review*, «European Physical Education Review», 27(4): 798-816.
- Tohmola A., Saarnio R., Mikkonen K., Kyngäs H., Elo S. (2022), *Competencies relevant for gerontological nursing: Focus-group interviews with professionals in the nursing of older people*, «Nordic Journal of Nursing Research», 42(3): 123-132.
- Wellbery C., McAteer R.A. (2015), *The Art of Observation: A Pedagogical Framework*, «Acad Med.», 90(12): 1624-1630.
- WHO World Health Organization. Division of Mental Health (1994), *Life skills education for children and adolescents in schools*, WHO, Geneva, (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/63552>).



*IV. Sociologia e sociologi della salute  
nell'assistenza territoriale in sanità*



# 9. Il ruolo del sociologo nelle Case della Comunità: l'esperienza dell'Emilia-Romagna

di Pierpaola Pierucci

## Introduzione

La figura del sociologo all'interno delle organizzazioni sociosanitarie è stata prevista a partire dalla legge istitutiva il Servizio Sanitario Nazionale (L.833/78) eppure, ancora oggi e nonostante le normative successive (v. Decreto legge n.73/21)<sup>1</sup>, il riconoscimento della sua valenza in ambito sanitario sembra stentare. Ne è una dimostrazione l'attuale processo di riorganizzazione del sistema di assistenza territoriale (D.M. 77/22), dove la partecipazione del sociologo ai cambiamenti auspicati per le cure primarie e la sanità del prossimo futuro non viene esplicitata tra quelle previste a tal fine. In riferimento a questo *frame*, il presente saggio intende fornire alcune riflessioni sulla rilevanza partecipativa e sulle competenze professionali del sociologo della salute per poter agire, in modo compiuto, la fase odierna di rifondazione e potenziamento del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

## 1. Pandemia, Welfare e sanità territoriale. Verso nuovi scenari

La crisi epidemica da Sars-Cov-2 ha palesato in modo drammatico i difetti strutturali, culturali e organizzativi del nostro sistema curante, amplificandone le conseguenze in termini di tutela della salute e presa in cura dei singoli e delle comunità.

Il fallimento della sanità, esperito emblematicamente in tempo di pandemia, è attribuibile al persistere di un sistema sanitario strutturato sulla base

---

<sup>1</sup> Decreto con il quale la figura del sociologo è stata inquadrata nel ruolo delle professioni sociosanitarie.

dei servizi (*offerta*), anziché dei bisogni (*domanda*) e alla difficoltà di integrazione con il settore sociale come pure con la dimensione della comunità (Pavolini *et al.*, 2021).

Criticità che sono note da tempo nel dibattito dei fattori di crisi della sanità italiana e che rimarcano l'urgenza di una revisione del paradigma della salute e della cura focalizzato sugli aspetti sanitari a discapito di quelli sociali (Giarelli e Venneri, 2015).

La discussione per l'individuazione di vie di uscita da un SSN fondato sul meccanismo «prestazionale» si interseca con il tema, più generale, dei limiti degli attuali sistemi di welfare, caratterizzati da un approccio di tipo *istituzionale-assistenzialistico* piuttosto che di tipo *partecipativo e comunitario*.

Tuttavia, come ha evidenziato la «sindemia»<sup>2</sup> da Covid-19, la vicinanza dei servizi al territorio in cui agiscono è sostanziale per creare politiche di welfare più efficaci ed efficienti e per passare da sistemi curanti riparativo-conservativi a *generativi di salute comunitaria* (Ingrosso, 2016).

Nel lungo periodo del primo *lockdown* e delle successive restrizioni per l'evitamento del contagio, l'intera comunità è stata chiamata a collaborare alle misure di protezione, mostrando come la salute collettiva non sia solo l'esito di prestazioni sanitarie quanto piuttosto di comportamenti responsabili e coesi. La consapevolezza che la *partecipazione dei cittadini* è uno strumento essenziale per praticare politiche pubbliche efficaci (Maino, 2021) può considerarsi il perno di svolta per produrre un cambiamento culturale ed organizzativo dei servizi di welfare, che vanno ripensati sulla base della considerazione dell'individuo non come semplice portatore di bisogni, ma quale *risorsa e co-produttore* del benessere collettivo.

Ciò richiama il bisogno di declinare l'idea di welfare in azioni concrete, volte a rivederne l'architettura istituzionale degli ultimi decenni e a rafforzare i servizi sociosanitari in senso *territoriale ed integrato*. Le traiettorie di sviluppo delineate dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) aprono margini per operare innovazioni a favore di un modello di coesione sociale *inclusivo* e per un rapporto tra istituzioni e cittadini concretamente fondato sul principio della *sussidiarietà orizzontale*.

A tale riguardo sono significativi gli obiettivi strategici della missione n.6 (Salute) del PNRR, dove si esplicita il ruolo chiave del Terzo settore nella costruzione del welfare di *prossimità* ed il protagonismo della società civile

---

<sup>2</sup> Il termine è apparso, il 26 settembre 2020, sul «Lancet» a cura del suo direttore Richard Horton per porre in evidenza la necessità di affrontare la crisi sanitaria mondiale nell'ottica di un approccio «sindemico». Tale approccio è stato specificato negli anni Novanta dall'antropologo-medico Singer Merrill e comporta la disamina dell'*interazione sinergica* tra due o più malattie e i fattori sociali, ambientali ed economici in cui tali condizioni patologiche si realizzano.

nell'individuazione e co-produzione di risposte ai bisogni di salute e di cura. Il documento programmatico di ripresa e resilienza affida ad ogni territorio il compito di costruzione di un *progetto di cambiamento* sulla base di un rinnovato «contratto sociale» tra istituzioni e formazioni sociali.

Le sfide e le opportunità implicate da questo processo di trasformazione hanno aperto un ampio spazio di confronto pluridisciplinare (giuridico, economico, sanitario, ecc.) a cui la sociologia italiana ha dato un grande contributo sia in termini d'analisi dell'evento pandemico e dei suoi effetti nelle dimensioni sociali *macro*, *meso* e *micro*<sup>3</sup>, sia nella prospettiva di fornire ai decisori politici spunti e suggerimenti propositivi per l'individuazione di vie di uscita dalla crisi sanitaria acuitizzata dall'evento pandemico<sup>4</sup>.

L'impegno proattivo dei sociologi italiani, tuttavia, sembra aver sortito uno scarso impatto in termini di coinvolgimento attivo della figura professionale che, nel processo di riforma dell'assistenza territoriale previsto dal PNRR e regolamentato dal D.M. 77 del 2022, non viene formalmente prevista tra i ruoli sociosanitari necessari per la traduzione organizzativa e operativa della sanità di prossimità e territoriale.

La mancata spendibilità delle competenze sociologiche nel disegno di riordino del sistema sanitario pubblico rischia di inficiarne la compiutezza dei risultati in ragione della peculiarità metodologica e operativa della disciplina, il cui lavoro non si esaurisce nell'analizzare e teorizzare le problematiche sociali, ma si specifica anche nella capacità di tradurre le attività di ricerca *in azioni di fronteggiamento* e di *cambiamento sociale* con il pieno coinvolgimento delle comunità e dei territori che vi sono interessati.

Ecco, allora, che nella prospettiva di sviluppo di sistemi di *welfare di comunità* e, in ambito sanitario, di *sistemi curanti di prossimità*, il profilo professionale del sociologo si palesa nevralgico almeno per due ordini di fattori: da un lato, la specificità «sociale e comunitaria» del suo operare e, dall'altro, la visione «comprensiva» ai fenomeni sociali che, oggi più che mai, si rende necessaria per agire – in modo collaborativo ed integrato – un nuovo orizzonte di *well-being*.

Sulla scia della cornice definitoria e di operatività professionale del sociologo, si intende proporre nei prossimi paragrafi l'analisi di alcuni fattori caratterizzanti e qualificanti l'apporto di tale figura all'interno dei servizi sanitari e, più specificatamente, della *Casa della Comunità* (CdC).

---

<sup>3</sup> Cfr. *L'impatto sociale del Covid-19* a cura di Favretto, Maturò e Tomelleri.

<sup>4</sup> Cfr. *Libro Bianco. Il Servizio sanitario nazionale e la pandemia da Covid-19. Problemi e proposte* a cura di Vicarelli e Giarelli e «Il Manifesto dei Sociologi Italiani»<sup>4</sup> dell'AIS-SSM consultabile al link: <https://www.ais-sociologia.it/2022/01/14/manifesto-dei-sociologi-italiani/>



## 2. Dalla Casa della Salute alla Casa della Comunità: elementi di contesto

In base alle indicazioni date dal DM 77/22 la CdC rappresenta il luogo di costruzione di progettualità di salute/di *well-doing con* – non solo *per* – la comunità, contestualizzate ai bisogni espressi da chi vive uno specifico territorio. Si tratta di una modalità organizzativa dei servizi territoriali volta alla realizzazione del principio di *prossimità*, ovvero, della prima accoglienza, della personalizzazione delle cure, della domiciliarità, dell'integrazione della «presa in cura» del soggetto tra i diversi settori di assistenza.

È un modello organizzativo delle cure primarie che si pone in linea di continuità con quello della *Casa della Salute* (CdS) proposto, nel 2007, dalla ministra della salute Livia Turco nell'ottica del cambio di centralità dell'assistenza dall'ospedale al *territorio*, quale contesto privilegiato della presa in cura della cronicità, fragilità e non auto-sufficienza, ma anche della promozione della salute dei singoli e della comunità.

Come ricordato dalla stessa Turco (2007), la finalità della CdS è di essere il «luogo di ricomposizione delle culture, delle competenze e delle responsabilità dei servizi sanitari e sociali territoriali per la presa in carico della persona in relazione al suo contesto di vita e di lavoro». Rappresenta, pertanto, la *condizione strutturale* per poter passare dalle affermazioni di principio contenute nelle disposizioni riformiste della sanità (D.lgs 299/99) e del sociale (L.328/2000) alla realizzazione dell'unitarietà ed integrazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociosanitarie.

L'esperienza delle CdS (Pierucci, 2016), che avvia nel primo decennio degli anni Duemila il cambiamento per la creazione di organizzazioni sanitarie di prossimità volte a porre al centro del sistema curante la persona, ha visto l'Emilia-Romagna tra le regioni che più hanno creduto ed investito nella sperimentazione del modello ed attualmente è la regione che detiene il primato di CdS realizzate (128 il 25,6%) sul totale nazionale.

Ciò la rende un contesto privilegiato di esperienze ed iniziative sperimentali per l'ulteriore passaggio della CdS alle *funzioni e caratteristiche partecipative* qualificanti la futura *Casa della Comunità*. Infatti, secondo quanto inteso dal PNRR per il potenziamento dell'assistenza sanitaria territoriale (componente C1 della missione “Salute”), la CdC rappresenta la sede della *co-progettazione* con i cittadini e le comunità per superare l'autoreferenzialità del sistema sanitario nel programmare ed erogare servizi e prestazioni.

L'approccio comunitario, o meglio, della costruzione comunitaria della salute e della cura è, dunque, il *quid* distintivo ed evolutivo della CdC rispetto al primario modello della CdS.

Entro la metà del 2026 sono stati stanziati dal piano di ricostruzione 2 miliardi di euro per l'attivazione di 1350 CdC sul territorio nazionale, obiettivo che apre uno scenario di sfide impegnative e di importanti opportunità per molti professionisti coinvolti nel processo di rigenerazione del servizio sanitario pubblico italiano, tra cui la figura del sociologo. Pertanto, rispetto alla costituenda *Casa della Comunità*, verso quali obiettivi e snodi orientarsi in relazione alle competenze dei sociologi per la salute comunitaria?

### 3. Il contributo professionale del sociologo

Il contesto sociale è lo spazio di azione naturale della sociologia e la comunità non è solo l'ambiente che esprime dei bisogni, ma anche e soprattutto l'ambiente dove, *in modo più appropriato*<sup>5</sup>, si possono definire e organizzare le risposte alle domande sociali e di salute.

Per il lavoro *assieme e verso* la comunità è necessario che vengano attivate e riconosciute figure professionali specifiche, dedicate allo sviluppo e al sostegno della dimensione comunitaria e, in tale prospettiva, la figura del sociologo deve considerarsi rilevante per *l'animazione, lo sviluppo di comunità*, per riaggregarla, restituire a essa «empowerment» e motivazione alla partecipazione pubblica, al coinvolgimento attivo e alla responsabilità nella tutela e promozione del benessere collettivo.

Il sapere sociologico ha fornito ragguardevoli apporti analitici sul concetto di *comunità*<sup>6</sup>, ma per promuovere la partecipazione sociale è alla *cassetta degli attrezzi* di cui dispone il sociologo che si presterà attenzione, partendo dalle diverse «pratiche» esperite e realizzate per la messa a regime delle CdS.

Guardando al contesto emiliano-romagnolo, che può essere considerato il più ampio laboratorio sperimentale per l'istituzione della «Casa della Salute» (futura CdC), uno strumento di rigenerazione comunitaria è costituito dalle forme di *sperimentalismo democratico* (Sabel, 2001).

---

<sup>5</sup> È a partire dalla Conferenza di Alma Ata (1978) sulla *Primary Health Care* che nel dibattito internazionale si eleva l'attenzione al tema della legittima *partecipazione della comunità* nel prendere decisioni che riguardano la salute individuale e collettiva. La presa di coscienza che è all'*interno dell'organizzazione sociale* che si collocano i determinanti di salute più influenti, diventa la chiave di svolta per ufficializzare – con la Dichiarazione di Alma Ata – il principio della partecipazione comunitaria nel processo di sviluppo della vita e della salute di tutti.

<sup>6</sup> Dal celebre lavoro, nel pensiero sociologico classico, di F. Tönnies, *Gemeinschaft und gesellschaft*, Fues, Berlin, 1887, fino a quello più contemporaneo di Z. Bauman, *Missing community*, Polity Press, Cambridge, 2000.

A partire dal 2012, infatti, è stato avviato a livello regionale il «Community Lab», un metodo di formazione per sperimentare forme di *progettazione sociale partecipata* su problemi concreti e specifici, dove la risposta ai bisogni della comunità è il risultato di un processo di *decision-making* di tipo cooperativo e reticolare. Il campo della progettazione partecipata è un ambito di intervento peculiare del sociologo, in virtù di un *saper fare* caratterizzato da competenze trasversali e interdisciplinari che facilitano l'incontro tra istanze diverse (istituzionali, professionali, del mondo associativo, ecc.) per l'individuazione di soluzioni sinergiche alle problematiche sociali.

A ciò si collega la spendibilità della professione anche per *fare attività di ricerca sociale* basata sul rigore e la correttezza metodologica, per *valutare* le innovazioni poste in essere in modo da indirizzare i progetti, le azioni di *well-doing* verso *modelli* di buone pratiche.

Inoltre, in riferimento all'esperienza pandemica e alla Sociologia dei disastri<sup>7</sup>, un obiettivo altrettanto rilevante è quello di essere figura *facilitatrice di azioni di rinforzo* per una comunità che si prende cura di sé, quale primo baluardo di resilienza (*community resilience*) a fronte di calamità naturali o tecnologiche (Pierucci e Serio, 2021).

Nella logica della resilienza di comunità uno strumento essenziale per attivare il capitale sociale, utile all'avvio di progetti di rigenerazione sociale e urbana, è rappresentato dall'approccio metodologico della ricerca-azione, che consente al sociologo di coniugare la dimensione della «conoscenza teorica» del sociale e dei suoi meccanismi, alla dimensione della «pratica» e sistematizzazione di azioni di cambiamento di una data situazione<sup>8</sup>.

Un ulteriore ambito di posizionamento professionale è connesso alla modalità del lavoro collaborativo e integrato, che rappresenta il «core» dell'assistenza erogata dalla *Casa della Salute/Comunità* quale struttura di prossimità. Il *lavoro integrato in équipe*, multi-professionali e trans-disciplinari, è tra gli snodi dove il ruolo del sociologo può assumere particolare spessore in

---

<sup>7</sup> La sociologia dei disastri pone attenzione agli interventi di mitigazione delle conseguenze dell'evento calamitoso e a quelli di prevenzione e riduzione della vulnerabilità locale.

<sup>8</sup> Durante il primo Lockdown come sociologi e psicologi dell'Università di Ferrara (Dipartimento di Studi Umanistici) abbiamo svolto una ricerca a livello nazionale sulle *strategie di coping* (op. cit., 2021) che ha evidenziato i giovani, in particolare studenti, quale fascia particolarmente vulnerabile. Dalla ricerca si è passati all'intervento con l'attivazione – nell'estate del 2020 – di un *progetto Unife di counselling e ascolto psicologico*, che ad oggi ha offerto assistenza ad oltre 1500 studenti (link: <https://www.unife.it/studiare/diritto/counseling>). Per i giovani non universitari i servizi di presa in carico del disagio giovanile sono prevalentemente delegati all'associazionismo e/o servizi comunali (v. Spazio Giovani), oppure, a servizi di «diagnosi e cura». Nella prospettiva della CdC il progetto potrebbe essere collaborativamente ed istituzionalmente esteso a tutti i giovani del territorio.

considerazione del fatto che la capacità del lavoro integrato, tra operatori appartenenti a settori e servizi differenti, è un sapere che va appreso perché tuttora diversi profili professionali, per preparazione curricolare, non possiedono le competenze e gli strumenti necessari.

La formazione per il lavorare assieme, in modo sistematico ed efficace, costituisce un importante campo di spendibilità del “saper fare” del sociologo<sup>9</sup> per la trasmissione di competenze di natura *pratica* (relazionali, comunicative, organizzative, di gestione dei conflitti, ecc.) nonché *riflessiva* (analisi dei punti di forza e di criticità dell’*équipe* per riuscire a creare vere alleanze assistenziali entro il gruppo dei professionisti e tra questi e la comunità).

L’integrazione professionale e disciplinare è ciò che contraddistingue la CdS/CdC dagli altri presidi territoriali (es. Poliambulatorio) e che rende il modello *funzionale* non solo strutturale. Si tratta di una meta che richiede l’identificazione di strumenti e modalità operative in grado di facilitarla sia all’interno del gruppo di professionisti della «casa» sia rispetto all’obiettivo della *continuità delle traiettorie di cura* tra ospedale e territorio come pure tra settore sanitario e sociale.

La complessità degli odierni bisogni di salute/malattia (co-morbilità, cronicità, malattie degenerative, non autosufficienza, ecc.) esige, infatti, una *modalità concertata* di erogazione delle prestazioni che deve coinvolgere i diversi portatori di interesse (*stakeholders*), in primis la persona-in-cura, e che richiede un *coordinamento* degli attori formali (istituzionali e professionali) e informali (rete familiare e comunitaria) e delle loro funzioni specifiche. La sociologia della salute e della medicina ha tra le sue aree applicative quella del coordinamento, supporto e supervisione dei servizi e delle performance volti al benessere collettivo (Tognetti Bordogna, 2017).

In tale ottica, la presenza di un sociologo all’interno (almeno) del *board* organizzativo<sup>10</sup> della CdS/CdC sarebbe auspicabile per la creazione di una

---

<sup>9</sup> A tale riguardo si citano due esperienze formative agite con il supporto di figure sociologiche nella fase di sperimentazione della Casa della Salute in Emilia Romagna. Una di queste riguarda la formazione dei c.d. “*Facilitatori di processo*” da parte dell’Az. Usl di Parma, che ha coinvolto vari professionisti ed è stata articolata su tre assi di apprendimento: relazionale, organizzativo e manageriale. L’altra esperienza è quella del Laboratorio “*CasaLab*” per l’integrazione professionale, promosso nel 2018-2019 dall’Agenzia regionale sanitaria e sociale in collaborazione con l’università di Parma, consultabile al link: <https://assr.regione.emilia-romagna.it/attivita/formazione/sviluppo-competenze-professionali/casalab>.

<sup>10</sup> Il *board* rappresenta l’organismo formale e sostanziale di partecipazione alle decisioni da parte degli attori della *Casa della Salute/Comunità*. Il modello delle CdS sviluppato in Emilia Romagna prevede un coordinamento della struttura di tipo *gestionale-organizzativo*, volto a promuovere anche la partecipazione delle forme associazionistiche e dei cittadini negli obiettivi ed azioni della «casa» e un coordinamento di tipo *clinico-assistenziale*. In entrambe le tipologie la figura del sociologo non è formalmente prevista.

rete assistenziale, di una *connessione orizzontale* tra operatori e servizi, capace di superare la frammentazione delle cure e volgere verso una reale costruzione «comunitaria» della salute.

Un'ultima riflessione, conclusiva del possibile impiego dei sociologi nella *Casa della Comunità*, è rivolta alla «cura domiciliare» e, più specificamente, al *caregiver familiare*. La casa, senza dubbio, è il primo luogo di cura, il contesto più prossimo e predisponente, *se e quando possibile*, la salute ed il benessere della persona.

L'assistenza al domicilio, tuttavia, presenta in Italia numerose zone d'ombra a livello di politiche assistenziali<sup>11</sup> con ricadute significative sul lavoro di cura a carico del caregiver familiare e sul riconoscimento formale del suo ruolo di co-produttore dei servizi sociali (Pesaresi, 2021). Numerosi sono gli studi che mostrano gli impatti che la mancanza di adeguati sostegni sociosanitari hanno su diversi aspetti della vita e della salute dei caregivers e la costituenda CdC potrebbe non essere immune dal generare effetti indesiderati, se non opportunamente ricca di figure professionali per la presa in cura dei bisogni bio-psico-sociali di questo prestatore di assistenza.

Nella realizzazione di interventi di sostegno al lavoro di cura svolto da familiari, il sociologo può rivestire un ruolo sostanziale per la mappatura delle risorse di sollievo espresse da una comunità e, soprattutto, per la capacità delle stesse di “fare rete” per poter offrire al caregiver una presa in carico complessiva e personalizzata ai suoi bisogni.

Il collegamento/coordinamento dei *nodi della rete di cura comunitaria* è una questione cruciale, che può avere in questa figura professionale una risoluzione appropriata per il benessere del familiare-curante, ma anche in termini di mitigazione delle diseguaglianze territoriali di accesso ai servizi domiciliari e di realizzazione di un sistema integrato di offerta.

Il sociologo, infine, può agire un ruolo importante per l'identificazione di meccanismi di raccordo tra *care formale e informale* per evitare il rischio, da un lato, di un'eccessiva medicalizzazione del lavoro di cura del caregiver familiare e, dall'altro, di un deterioramento della relazione di fiducia con gli operatori professionali basilare a sostenere l'impegno del suo operato.

---

<sup>11</sup> Nel nostro paese il ruolo del *caregiver familiare* è stato riconosciuto dalla L.205/2017, ma ancora difetta di tutele concrete sia rispetto alla conciliazione tra lavoro di cura e lavoro professionale (nonostante la L.104/92) sia rispetto alla necessità di cure che lo stesso potrebbe avere. A livello regionale va ricordato che l'Emilia Romagna è stata la prima ad emanare una legge (L.R. n 2 del 2014) a sostegno di tale figura di cura.

## Conclusioni

Quella del sociologo è una professione che nell'immaginario collettivo è spesso associata ad un ruolo di tipo intellettuale, agito soprattutto in ambito accademico o, comunque, culturale.

La sociologia quale *disciplina applicata* (oltre che sapere teorico) pare essere il lato meno evidente all'esterno della categoria professionale, con effetti in termini di riconoscimento e spendibilità in settori come quello della salute e della cura, a lungo caratterizzato da un intendimento dell'assistenza in senso clinico-terapeutico (*to cure*). Tale visione ha portato alla centralità dei sistemi sanitari, intesi come unici attori dei processi di salute/malattia/cura e strutturati attorno alle cure ospedaliere (*ospedalecentrismo*).

Nel 2008 l'Organizzazione Mondiale della Sanità con il rapporto *Primary Health Care. Now more than ever*<sup>12</sup> riporta all'attenzione della comunità scientifica e dei decisori politici i valori della Dichiarazione di Alma Ata e la strategia dell'assistenza primaria per lo sviluppo delle politiche e dei programmi di tutela della salute del terzo millennio.

*Centralità del territorio e centralità della persona in cura* diventano le due espressioni chiave alla base del cambiamento della sanità pubblica chiamata a rispondere, da un lato, alla domanda di un coinvolgimento attivo delle comunità nelle decisioni sui temi della salute e cura, dall'altro lato, alla transizione epidemiologia caratterizzata dalla prevalenza di malattie cronico-degenerative e multi-morbosità (Pierucci, 2019).

Il modello organizzativo della CdS/CdC si sviluppa all'interno del cambio di orientamento dei futuri sistemi curanti dalla sanità alla *salute*, un obiettivo che implica il ruolo attivo della cittadinanza nella programmazione dei servizi e l'impiego di profili professionali funzionali a potenziare l'*empowerment* comunitario e l'*integrazione/coordinamento* tra tutti i protagonisti che concorrono ai temi di salute, cura e benessere.

Il sociologo dovrebbe essere tra questi, nonostante questa professione non sia indicata dal DM 77/22, atto che regola i lavori in corso per la revisione della sanità pubblica e territoriale.

Come visto in riferimento alla *Casa della Comunità* numerosi sono gli ambiti di utilizzo delle specificità della figura sociologica a partire, ad esempio, dalla costruzione di una «cittadinanza per la salute» attraverso le strategie di *community building* (Longo e Barsanti, 2021). Il processo di revisione della sanità territoriale necessita di una declinazione della «salute» e della

---

<sup>12</sup> <http://who.int/whr/2008/en>.

«cura» in modo collaborativo tra scienze mediche e scienze sociali per poter realizzare, con compiutezza, la transizione al *modello di salute comunitaria*.

La visione sistemica del sociologo, la capacità di cogliere e valorizzare le relazioni e le interdipendenze fra le diversi parti di un sistema complesso (come quello sanitario), rappresenta un punto forza per l'*organizzazione collegiale* del territorio e per l'*omogeneizzazione* dei servizi di promozione della salute e cure di prossimità attraverso il modello della Casa della Comunità.

## Riferimenti bibliografici

- Favretto A.R., Maturò A., Tomelleri S., a cura di (2021), *L'impatto sociale del Covid-19*, FrancoAngeli, Milano.
- Giarelli G., Venneri E. (2015), *Sociologia della salute e della medicina. Manuale per le professioni mediche, sanitarie e sociali*, FrancoAngeli, Milano.
- Giarelli G., Vicarelli M.G., a cura di (2021), *Libro Bianco. Il servizio sanitario nazionale e la pandemia da Covid 19. Problemi e proposte*, FrancoAngeli, Milano.
- Horton R. (2020), *Covid-19 is not a pandemic*, «The Lancet», 396: 874.
- Ingresso M. (2016), *Verso nuove definizioni di salute e cura del bene comune*, «Riflessioni Sistemiche», n.15: 50-64.
- Longo F., Barsanti S. (2021) (a cura di), *Community building: logiche e strumenti di management. Comunità, reti sociali e salute*, Egea, Milano.
- Maino F. (2021) ) (a cura di), *Il ritorno dello Stato sociale? Mercato, Terzo settore e comunità oltre la pandemia, Quinto rapporto sul secondo welfare*, Giappichelli, Torino.
- Pavolini E., Sabatinelli S., Vesan P. (2021), *I Servizi di welfare in Italia alla prova della pandemia. Uno sguardo di insieme*, «Politiche Sociali», 2/2021: 211-232.
- Pesaresi F. (2021), *Il manuale dei caregiver familiari*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna.
- Pierucci P., Serio M. (2021), *Modalità di coping di fronte alla pandemia. Sociologia dei disastri e resilienza di comunità*, «Salute e Società», XX, 3: 191-205.
- Pierucci P. (2019), "Centralità del territorio e ruolo della persona in cura. Il modello organizzativo della Casa della salute", in M. Ingresso, P. Pierucci (a cura di), *Relazioni di cura nell'era digitale. Le persone in cura come partner nei percorsi terapeutici*, Aracne, Roma:161-178.
- Pierucci P. (2016), *Modelli innovativi di Cure Primarie in Italia: la Casa della Salute. Un'analisi di progetti ed esperienze in Emilia-Romagna*, Edizioni Accademiche Italiane.
- Sabel C.F. (2001), *A quiet revolution of democratic governance: towards democratic experimentalism*, Oecd, Governance in 21st Century, Parigi: 121-148.
- Turco L. (2007), *Un New Deal della salute. Linee del programma di Governo per la promozione ed equità della salute dei cittadini*. Roma: Audizione Camera dei Deputati.
- Tognetti Bordogna M. (2017), *Nuovi scenari di salute. Per una sociologia della salute e della medicina*, FrancoAngeli, Milano.

## *10. Le competenze distintive del sociologo nel distretto sociosanitario*

di *Eno Quargnolo*

### **Premessa**

Con questo contributo mi propongo di illustrare le caratteristiche essenziali del Distretto in almeno due “versioni”, diverse tra loro, per far comprendere meglio l’esperienza fatta come sociologo nella direzione distrettuale. L’una e l’altra implicano competenze che possono connotarsi come distintive nell’esercizio della professione del sociologo, se ben strutturata, quest’ultima, nelle sue dimensioni formative ed esperienziali all’interno di una organizzazione complessa come quella sanitaria e sociosanitaria.

La prima dimensione è quella che enfatizza la *gestione* rispetto ad altre due di nuovo conio, l’esercizio della committenza e il ruolo di garanzia. La seconda, invece, si concentra su queste ultime, non prevedendo funzioni di gestione, ma di *governo* del sistema di erogazione dei servizi sociosanitari, formali e informali, in capo a tutti gli attori di una comunità di riferimento per il Distretto.

Proverò inoltre a spiegare perché tendo a privilegiare la seconda, in ragione proprio delle competenze distintive che il sociologo, se ben formato (doveroso specificarlo già in premessa), riesce meglio ad esprimere nella sua organizzazione, guadagnando reputazione come professionista e concorrendo anche a farne guadagnare alla sua stessa area disciplinare.

### **1. Distretto come “agenzia di salute”**

Il Distretto è definito come una struttura aziendale funzionale alla massima integrazione possibile fra UO/Servizi intra-aziendali ed interaziendali/Servizi/Enti da realizzare nel territorio di riferimento dove esercitare la



responsabilità complessiva nella gestione dei servizi per la salute delle popolazioni di riferimento con un approccio alla “salute di popolazione”.

Adeguatezza gestionale, uso appropriato delle risorse economiche e finanziarie, qualità e integrazione dei servizi sono le sue “chiavi di volta” per potersi definire come organizzazione unitaria in grado di intervenire sui determinanti di salute e di anticipare e governare i fabbisogni mediante un sistema di relazioni con tutti gli attori/enti. Il Distretto viene definito quale “agenzia di salute” con una visione unitaria, con responsabilità programmatiche, finanziarie e di indirizzo coerenti e univoche per lo stesso ambito territoriale.

Dati questi elementi, si presentano diversi modelli organizzativi possibili che qui riassumo, polarizzandoli, in due soltanto, come preannunciato in premessa<sup>1</sup>.

Questo modello vede due nuove funzioni, la committenza e la garanzia, conferite al Distretto e associa a queste la funzione di gestione/produzione dei servizi su indicati, (...) *ossia l'erogazione dei servizi sanitari territoriali. (...) Il Distretto avrà responsabilità gerarchiche dirette sulle unità operative territoriali che lo compongono. Al Distretto sono attribuite risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento. Nell'ambito delle risorse assegnate, il Distretto è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio della ASL (Agenas, DM 77/2022).*

Come “luogo unitario di prevenzione e assistenza”, nel Distretto devono essere garantiti servizi di assistenza primaria, domiciliare e di comunità, cure intermedie, servizi integrati sociosanitari per popolazioni fragili e servizi ospedalieri con funzioni distrettuali.

Come “luogo unitario di programmazione”, esso deve inoltre agire per il governo della domanda, dell'equità di accesso, dell'offerta equa dei servizi sanitari e sociosanitari e della loro integrazione da garantire alla popolazione di riferimento. È il luogo dove si sostanzia la partecipazione ai processi di programmazione e controllo sia interni all'azienda (processo di budget e sistema di misurazione e valutazione delle performance dei servizi e dei risultati per gli utenti), che integrati con altri attori del sistema sociosanitario (es: Piani di Zona per il benessere e la salute). In questo senso, la funzione di gestione si collega strettamente a quelle di committenza e garanzia.

---

<sup>1</sup> Si rinvia anche al cap. 13 del recente Rapporto OASI 2022 (Dal Ponte, Ferrara, Tozzi, 2022) sul tema delle “trasformazioni del Distretto Socio Sanitario” se si vuole avere un quadro esaustivo delle “forme” che ha assunto il Distretto lungo le varie riforme sanitarie.

## 2. Le funzioni di committenza e garanzia del distretto e la sua gestione

### 2.1 Distretto con funzioni di committenza e garanzia

In questo modello le funzioni di Committenza e Garanzia (C&G) si sostanziano essenzialmente nelle funzioni di cui sopra relative alla armonizzazione della programmazione aziendale (Piani di Performance) con quella territoriale (Piani di Zona e altri), all'identificazione dell'offerta di servizi sanitari, sociali, socioassistenziali e all'integrazione degli stessi e alla committenza ai provider pubblici e privati. Accanto a queste, vengono enfatizzate tutte le funzioni di garanzia verso i cittadini e le loro organizzazioni di rappresentanza relativamente all'equità nella distribuzione dell'offerta e nelle opportunità di accesso ai servizi, oltre che alla qualità degli stessi. L'assegnazione del budget al Distretto e da questi alle linee produttive non prevede la gestione diretta dei fattori produttivi, né la strutturazione di gerarchie finalizzate alla gestione/produzione di servizi.

Il Distretto, assumendo funzioni di “governo” (VS di “gestione”) assegnerà, di concerto con la Direzione strategica aziendale, ai vari “produttori” (Dipartimenti e Servizi) afferenti al proprio ambito territoriale tali risorse, monitorandone l'utilizzo attraverso sistemi di programmazione e controllo coerenti con i sistemi di *budgeting* e di gestione delle performance aziendali. Dovrà, inoltre, armonizzarli con i sistemi territoriali di programmazione e assegnazione di risorse comunitarie (es: Piano di Zona per il Benessere e la Salute) afferenti ad altre agenzie locali, quali gli Enti Locali, i soggetti Terzo settore e le varie rappresentanze della comunità locale.

Perché è questa seconda opzione che dichiaro di preferire? Perché la gestione rispetto alle altre due funzioni, l'esercizio della committenza e della garanzia, è onnivora e parcellizzante. Onnivora, perché essa, nelle organizzazioni sanitarie, viene privilegiata su ogni altra funzione. Essa è inserita, infatti, in processi che assorbono buona parte del tempo lavoro, come ad esempio i processi di *budgeting*. Si finisce spesso per concentrarsi su questi, derubricando tutti i processi inerenti alle altre due funzioni. Parcellizzante perché, in genere, vengono assegnati alla direzione distrettuale solo alcuni servizi presenti nel territorio di afferenza, configurando un sistema disallineato dove, per esempio, le cure primarie afferiscono al Distretto, ma i servizi di salute mentale o di sanità pubblica o gli ospedali (intendiamo quelli *spoke*) afferiscono ad altre unità organizzative, spesso di dimensione aziendale. Ecco che il Direttore di Distretto si ritrova a “gestire” solo alcuni servizi di diretta afferenza gerarchica che non rappresentano, però, l'insieme delle popolazioni che dovrebbe “garantire” nelle dimensioni di equità di accesso,

offerta e qualità delle cure, come detto sopra. La gestione risulta così fuorviante rispetto al ruolo che il Direttore di Distretto deve agire nella auspicata dimensione tridimensionale, proposta dall’Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) e dal DM 77/2022, di “committente-garante-gestore”. Sarà, in altre parole, tendenzialmente orientato alla sola produzione dei fattori produttivi e servizi assegnatigli, finendo per trascurare, nelle strette maglie dei processi aziendali di programmazione, controllo e produzione, le più significative e incisive funzioni di *governo* di tutto il sistema nelle sue molteplici dimensioni e relazioni.

## 2.2 Competenze distintive ed ibridazione

Nell’una e nell’altra accezione funzionale prevalente, il Distretto viene inteso come una organizzazione che deve essere in grado di intervenire sui determinanti di salute e di anticipare e governare i fabbisogni mediante un sistema di relazioni con tutti gli attori/enti; deve assicurare i processi di governo della domanda, di identificazione dell’offerta di servizi sanitari, sociali e socio-assistenziali e di integrazione degli stessi e di committenza ai provider pubblici e privati; ed ancora, deve assicurare la programmazione e il governo delle risorse in stretto raccordo con gli organismi tecnici e di *governance* deputati alla programmazione e controllo dell’attività socio-sanitaria integrata; infine, deve promuovere azioni di tutela della comunità, da compiersi a favore della sostenibilità della vita della comunità stessa garantendo l’equità nella distribuzione dell’offerta e nelle opportunità di accesso ai servizi, progetti comunitari rivolti alla popolazione debole e fragile attraverso strumenti di co-programmazione e co-progettazione e partecipazione alle decisioni della comunità locale cercando la massima integrazione e collaborazione con tutti i soggetti sociali.

È dunque opportuno chiedersi: questo insieme di funzioni e compiti quali competenze richiede? Si tratta di competenze esclusive – con *caratteristiche distintive*, come ricordato sopra – della professione del sociologo? Oppure possono essere agite da qualunque professionista?

Ritengo di poter affermare che non esiste una sola professione capace di interpretare questo insieme di funzioni nell’esercizio del ruolo di Direttore di Distretto, ma posso altrettanto sostenere che il sociologo può affermarsi per le sue competenze distintive su molti di questi aspetti e dare un contributo che va ad “aggiungersi” a quello di altri professionisti di diversa formazione, meglio se implicati nell’esercizio dello stesso ruolo. È il caso dell’*ibrida-*

*zione*: che è nulla più che nutrimento reciproco e che può emergere dal confronto con altri colleghi che partecipano agli stessi processi (nelle loro varie forme di progetti, programmi, decisioni) o, come nel mio caso, di contaminazione costante con i colleghi Direttori di Distretto appartenenti ad altre professioni sanitarie o mediche. Ibridazione che porta a valorizzare ancora di più le competenze distintive, in quanto *utili* alla comprensione dei fenomeni, come vedremo più avanti, alla progettazione e programmazione di azioni di valore strategico, alla creazione di sistemi strutturati di relazioni istituzionali e professionali, alla realizzazione di interventi con caratteristiche riconosciute dal sistema valoriale delle organizzazioni sanitarie e socio-sanitarie (per esempio, nella direzione dell'appropriatezza, dell'efficacia, dell'equità, dell'anticipazione dei bisogni e proattività, ecc.). Condizione questa che permette un'alta "vivibilità" e "abitabilità"<sup>2</sup> del professionista sociologo nel mondo sanitario, spesso irto di insidie e perturbazioni.

In questi contesti si può imparare a collaborare fra diversi, a fertilizzare il proprio pensiero e il proprio agito, anche in condizioni di crisi. Crisi che non sono mancate e non mancheranno in futuro in quanto "stati ordinari" del sistema che dobbiamo assumere come tali, anche accettandone la quota parte di indeterminatezza e imprevedibilità. E non sono forse anche queste ultime componenti che possiamo considerare essenziali e distintive della preparazione del sociologo?

### **3. Ambiti di intervento e sfide**

Proviamo ora ad indagare meglio il quadro tracciato, ripercorrendo i più attuali ambiti di intervento, le relative modalità e le sfide che si pongono ai sociologi operanti come professionisti nel sociosanitario.

#### *3.1. Programmazione integrata sociale e sanitaria*

Spesso la programmazione viene ricondotta alla sola programmazione aziendale. Chi lavora nei Distretti sa bene invece che esistono altri processi di programmazione che si collocano a un meta-livello. Questi si producono nei singoli territori a partire da stimoli ed esigenze diverse che una comunità

---

<sup>2</sup> Prendo in prestito questi termini da una recente intervista ad Anna L. Tsing, condotta da Riccardo Venturi (2021) (<https://antinomie.it/index.php/2021/06/25/ecologie-della-perturbazione-intervista-con-anna-l-tsing/>)

esprime. Si tratta di una programmazione “integrata” che tenta innanzitutto di coniugare gli aspetti sanitari con quelli sociali, e conseguentemente con quelli educativi, abitativi, lavorativi. E ancora con quelli urbanistici, economici, ambientali e culturali. Tutto ciò richiede uno sforzo programmatico coordinato, che deve provare a tenere insieme i piani che altri attori/istituzioni producono, spesso in maniera indipendente e parallela, per quanto, a volte, ben strutturate e di valore.

Senza richiamare direttamente questo complesso insieme di azioni di programmazione – *Piani territoriali di coordinamento di Comuni, Province e Regioni*, ai Piani nazionali su singole politiche, ecc. – con riferimento specifico all’esperienza (non esclusiva) della Regione Emilia Romagna a partire dalla legge di riforma n. 328 del 2000, si riporta soltanto il processo della programmazione integrata con tutti gli attori sociali della comunità orientata alla integrazione delle politiche sociali, sanitarie, educative, abitative, del lavoro, ecc. che si concretizza nei percorsi tipici dei Piani di Zona per il Benessere e la Salute.

In questo processo si giocano ruoli strategici che richiedono raffinate competenze nella gestione delle relazioni negoziali con un insieme numeroso e diversificato di attori, nella orchestrazione dei contenuti che emergono nelle varie occasioni di partecipazione della comunità, nella armonizzazione della programmazione cosiddetta territoriale o comunitaria con quella aziendale (quest’ultima non sempre unitaria, prodotta su binari paralleli e spesso asincroni).

In questi elementi di processo, per citare solo quelli più critici, il ruolo di un Direttore di Distretto con formazione sociologica si esprime (si può esprimere) appieno proprio nelle dimensioni relazionali di tipo negoziale su richiamate. La sfida è quella di garantire “accordi” soddisfacenti con tutti gli attori. Qui si manifestano ed esprimono, da una parte, la “confidenza” e l’“abitudine” del sociologo con i temi dell’integrazione socio-sanitaria, con gli assetti di rete del sistema nel quale si lavora e con la conoscenza delle (e/o vicinanza con le) stesse popolazioni, che più di altre richiedono questo approccio all’integrazione, che non è presente in tutte le professioni e non trova, infatti, pari sensibilità e predisposizione a lavorare con e per questo scopo dovendo seguire percorsi affatto lineari o razionali; dall’altra, la consapevolezza circa l’approccio migliore e l’uso delle leve sulle quali agire per ottenere una trasformazione del contesto in cui si opera e produrre significativi risultati, nel rispetto e valorizzazione di ogni attore coinvolto, a partire dalla conoscenza della complessità dei sistemi sociali che il sociologo ha appreso nel suo percorso formativo e apprende nel suo agire quotidiano.

### 3.2 Sviluppo di progetti di community building e intercettazione attiva delle fragilità

Tra i compiti più sfidanti che le nuove disposizioni ministeriali delineano, non si può non citare lo sviluppo e l'innovazione comunitaria. In questo ambito si sono aperti scenari di lavoro in parte inediti anche per i Direttori di Distretto. Più coerenti e congruenti con le funzioni di committenza e garanzia, essi riguardano l'attivazione di progetti che hanno a riferimento proprio le comunità locali e la loro "costruzione": dall'analisi partecipata dei bisogni sanitari e sociali di una popolazione, alla ricerca delle forme di *empowerment* della stessa, dalla promozione della partecipazione attiva di tutte le persone, all'incoraggiamento delle esperienze aggregative, dalla valorizzazione delle esperienze e delle risorse esistenti, alle forme di co-progettazione, co-programmazione e co-gestione.

Si tratta di strategie e azioni che si nutrono di nuovi paradigmi e nuove strategie di welfare che la stessa legge di riforma nazionale (legge 328/2000), ha da un ventennio suggerito. Tra le altre, la messa in discussione dell'idea stessa di "utente" (o "paziente"), portatore passivo di bisogni. I cittadini sono altro da queste rappresentazioni: vogliono *costruire* le loro traiettorie di cura, vogliono *contribuire a comporre* l'offerta di quei beni e servizi di cui fanno domanda e vogliono, in particolare, *partecipare* alle determinazioni dell'indirizzo futuro dei servizi e alla loro valutazione. Non è "per", ma "con" loro che si deve "orchestrare" tutto ciò. Gli strumenti, anche in questo ambito, al sociologo non mancano. La sua cassetta degli attrezzi è potenzialmente ricca. Certo andrebbe meglio contestualizzata e finalizzata fin dalla sua iniziale formazione: Ricerca-azione e co-progettazione comunitaria, per esempio, sono due elementi cardine che ben si inseriscono in questi processi, specie quando si vuole attivare la comunità in senso solidaristico per l'intercettazione attiva dei bisogni inespressi o la costruzione di Budget di progetto comunitari, dove le risorse economiche vengono condivise e gestite insieme a tutti gli attori partecipi del progetto (si veda anche quanto ha suggerito la legge sul "Dopo di noi" nell'area della disabilità su questo approccio o la stessa riforma del Terzo Settore con le varie disposizioni sui rapporti tra amministrazioni locali e terzo settore<sup>3</sup>).

In questo ambito, molto altro può essere messo in campo. Con la pandemia abbiamo imparato a gestire crisi che potevano avere conseguenze oltremodo catastrofiche: quando, ad esempio, abbiamo cercato di costruire filiere

---

<sup>3</sup> Si veda la legge 112/ del 2016 Dopo di Noi e il Codice del Terzo Settore DLGS 117/2017 e le Linee Guida del DM 72/2021.

conoscitivo-decisionali, a fronte di un'alta dispersione di informazioni; oppure quando abbiamo cercato di stimolare l'organizzazione sociale e dei servizi per fronteggiare i diversi momenti di crisi, a fronte di notevoli difficoltà di coordinamento; ed ancora quando abbiamo cercato di sviluppare capacità di anticipazione delle risposte ai bisogni, a fronte di risposte settoriali, verticali, non partecipate. Come dovevamo affrontare questa crisi per ridurne la portata? Quale doveva essere la nostra capacità di *preparazione* per fronteggiarla? Quali strumenti conoscitivi, decisionali, organizzativi e strategici dovevamo mettere in atto? Quale poteva essere il contributo della sociologia<sup>4</sup>?

### 3.3. Ricerche, studi, reportistica di epidemiologia della salute

Nel lavoro di indagine per comprendere le caratteristiche di salute di una popolazione e poterne valutare le criticità al fine di intervenire approntando servizi, interventi comunitari, promuovere azioni di prevenzione, ecc., il Direttore di Distretto spesso cerca di integrare le informazioni epidemiologiche in suo possesso, fornite dai servizi di epidemiologia aziendali, con informazioni di contesto ambientale, sociale e culturale.

Ai Direttori di Distretto sono utili sia informazioni epidemiologiche, in genere fornite da epidemiologi e statistici che operano in azienda, sia informazioni ed analisi sui fenomeni sociali ed economici che una comunità vive e che servono a contestualizzare proprio i fenomeni sanitari che rappresentiamo con i dati epidemiologici. Interessa loro avere a disposizione informazioni e letture sulle dimensioni culturali che caratterizzano una comunità e le sue tante espressioni in gruppi, aggregati sociali, le rappresentazioni sociali, gli stili di vita, fino alle molteplici risorse che la contraddistinguono. Non ultime, servono informazioni sui determinanti sociali incidenti sulle disuguaglianze di salute<sup>5</sup> per prendere decisioni orientate all'equità delle cure quando pratichiamo la committenza.

---

<sup>4</sup> Interessante a questo proposito il percorso di ricerca del CIDOSPEL sulla *preparedness* nell'ambito del progetto "PRELOC": si veda il link <https://centri.unibo.it/cidospel/it/ricerca/prelocproject>.

<sup>5</sup> Sono numerosi i riferimenti a studi e ricerche su questo tema; tra questi voglio segnalare un recente lavoro di ricerca-azione del Centro Studi e ricerche in salute internazionale e interculturale dell'Università di Bologna dal titolo *L'equità nel diritto alla salute: il contrasto alle disuguaglianze nella città di Bologna* (AA.VV. 2022) disponibile al link <https://centri.unibo.it/csi/it/progetti/tutti-i-materiali-della-ricerca-l-equita-nel-diritto-alla-salute>; più in generale sono da ricordare gli studi coordinati da Giuseppe Costa (tra tutti, Costa 2017; Costa *et al.* 2017; Costa *et al.* 2014), riferimento costante per quanti si occupano di determinanti sociali della salute.

È cioè necessaria una “epidemiologia sociale” o, ancora più finemente – una “epidemiologia di cittadinanza” (Campedelli e Lepore e Tognoni, 2010) – che sappia cogliere questi aspetti e li strutturi nel sistema ordinario di reportistica aziendale a supporto delle decisioni del Direttore di Distretto.

Sociologi nelle unità operative di epidemiologia delle aziende sanitarie o sociologi che dirigono i Distretti, come nel caso di chi scrive, possono dare un contributo di valore aggiunto proprio in relazione alla “attenzione” a questi temi, alla loro identificazione e studio, alla loro elaborazione concettuale e alla contestualizzazione nei territori e popolazioni di riferimento.

Ciò vale anche per l’insieme dei lavori orientati all’analisi dei bisogni inespressi e/o della domanda inevasa che, anche in questo caso, meritano di essere integrati, per l’appunto, da analisi sociologiche (la sociologia ne ha rappresentate e sperimentate diverse, a partire da quelle che coniugano la ricerca con l’azione) per poter configurare adeguatamente le azioni possibili orientate alla prevenzione e cura o, quanto mai utili, all’identificazione e aggrancio delle persone che non si avvalgono del sistema pubblico delle cure.

Lo strumento che meglio rappresenta questi lavori di indagine e reportistica è identificabile nel *Profilo di Comunità*, documento che alcune aziende e municipalità emiliano-romagnole<sup>6</sup> hanno sperimentato con successo. Esso contiene molti degli elementi ricordati che – quando interpretati, analizzati e resi fruibili da chi ha maturato competenze sociologiche o affini (antropologi, etnografi, operatori di comunità in genere, economisti, ecc.) – garantiscono informazioni aggiuntive e di contesto. Una rappresentazione più completa e complessa che altri strumenti, per quanto molto utili (es: “Profili di salute”), non riescono a fornire perché si focalizzano quasi esclusivamente su aspetti sociodemografici standard (caratteristiche della popolazione e delle sue dinamiche) e sanitari (distribuzione di rischi e condizioni di malattia, ecc.).

#### 3.4. *Valutazione partecipata dei servizi e rendicontazione sociale*

Nei processi di valutazione delle strutture organizzative, dei processi assistenziali, degli esiti ed impatti secondo il punto di vista degli attori sociali/*stakeholders* si contano diverse buone esperienze. Molte però sono segnate da un limite: la discontinuità. Alcune, addirittura, finiscono per are-

---

<sup>6</sup> Come esempio si rimanda al report curato da Rossella Salvi e Fausto Fabbri per la Provincia di Rimini (Salvi, Fabbri, 2008).



narsi di fronte alla complessità rappresentata dagli stessi processi che vengono messi in campo. Questi ultimi richiedono, infatti, visioni condivise e architetture complesse, capacità di messa in opera e, in genere, tempi lunghi. Spesso mancano di elementi essenziali riferiti proprio alla capacità di coinvolgere e condividere il disegno di ricerca con i “destinatari” della stessa (quando non concepiti già in partenza in modo autoreferenziale, mancando proprio di questa “vista”). Analogo limite si incontra nei processi di rendicontazione sociale. Esperienze che si rivelano come significative, di grande impatto organizzativo<sup>7</sup> e comunicativo verso il contesto sociale di riferimento<sup>8</sup>.

Cosa manca in questi processi? Con presunzione – consapevolezza che mi aiuta ad essere più incisivo – credo di poter dire che essi non vengono supportati da una cultura organizzativa diffusa e dalla capacità di capitalizzare quanto realizzato da parte delle organizzazioni sanitarie. Mancano, altresì, di un aspetto chiave: la capacità di concertazione con gli attori sociali che ci ostiniamo a considerare solo come “destinatari” dei processi valutativi e di rendicontazione sociale. Sappiamo fare abbastanza bene “per”, ma manchiamo nel saper fare “con”, per tornare allo slogan riportato poco sopra.

Anche in queste due aree di attività, la competenza del sociologo può ben affermarsi utilizzando strumenti e metodi che ha appreso durante la sua preparazione universitaria (ancorché mai abbastanza praticati in tirocini post-universitari, quanto mai utili). Gli ambiti della ricerca valutativa e della comunicazione sociale dei processi ed esiti della propria organizzazione sono, infatti, temi *core* del sociologo della salute. Quest’ultimo deve avere solo la possibilità di implementarli, sdoganando il pregiudizio per il quale sono le professioni francamente sanitarie le uniche che possono valutare il “proprio” operato ed i relativi esiti (presunzione che non manca di palesarsi senza pudore alcuno).

### 3.5. Sistema Qualità, Ricerca e Sistema informativo

Da ultimo, entro nel cuore del ruolo immaginato per i giovani sociologi (almeno per quelli della mia generazione): la gestione della qualità, dei sistemi informativi, della ricerca sociale. Spazi certamente fecondi che hanno

---

<sup>7</sup> Le organizzazioni apprendono grandi significati se orientate a portare a buon fine questi processi, modificando le proprie “mappe cognitive”.

<sup>8</sup> Si rinvia all’esperienza della redazione dei “Bilanci di Missione” delle Ausl dell’Emilia-Romagna a partire dal 2005 e conclusasi in anni recenti. Rif: <https://salute.regione.emilia-romagna.it/normativa-e-documentazione/rapporti/archivio/bilanci-di-missione-delle-aziende-sanitarie>.

alimentato le attese di molti sociologi, ma che non sempre hanno trovato nei decisori una confacente sensibilità. Si tratta di campi di lavoro davvero congeniali al professionista sociologo, nelle diverse dimensioni che si sono sperimentate in ciascuno di questi ambiti: dalle esperienze di “qualità totale”, ai gruppi di miglioramento, alle indagini di qualità percepita, fino ai sistemi di accreditamento/certificazione; dalla ricerca etnografica, alla ricerca-azione, alle *survey* in ambito sociosanitario; dalla costruzione dei sistemi informativi alla analisi e reportistica strutturata delle performance.

Qui si esprime bene la “sensibilità sociologica” e cioè la capacità di costruire architetture ben finalizzate dei dati (i “cruscotti” che orientano le decisioni), di concertare modalità di rendicontazione e lettura del dato organizzato in indicatori e informatori selezionati e condivisi. È questo un insieme sapiente di: saper leggere, saper far leggere, saper far emergere le diverse letture oltre che – mi piace ricordarlo perché è un tratto distintivo della appena citata sensibilità sociologica – di saper cogliere aspetti inattesi e imprevisi. L’“arte di farci caso”, la definisce Anna Tsing (Venturi, 2021), ovvero l’arte di imparare a guardare *intorno* a noi piuttosto che *davanti* a noi. E, se la vogliamo traslare su un altro campo, è anche l’arte di chi sa stare tra i confini e sa gestirli, internamente alle organizzazioni e soprattutto *tra* organizzazioni di diverse istituzioni/enti, come sa bene e sperimenta chi lavora nei servizi sociosanitari. Tutti elementi di una complessità che Edgar Morin (2017) ha definito come antidoto all’atomizzazione ed alla separazione. È in questa “terra di mezzo” che possiamo forse esprimere meglio la capacità di saper promuovere un dinamismo fra attori che porta a quei benefici, misurabili anche in termini di guadagno di salute, per i quali siamo chiamati a dare il nostro contributo nelle organizzazioni sanitarie.

#### **4. Bravi sociologi o buona reputazione della sociologia?**

Vi è mai capitato di essere vittima di “bullismo differenziale” tra professionisti di diversa appartenenza? A me è capitato fin dal mio ingresso in azienda: “Per imparare quello che sai tu a me serve un anno solo. Tu, per imparare quanto so io, devi studiare almeno per sei anni”. Da medico (anziano) a sociologo (neoassunto). Da qui, in salita, spesso silenziosa, il mio percorso personale si è sviluppato con la massima attenzione ad apprendere quanto più potessi. Il resto è vita professionale dove il “sociologo” ha cercato di fare la sua partita in *team* con altri professionisti e ha trovato la sua dimensione proprio nel lavoro di gruppo, dove si ibridano competenze, conoscenze, esperienze, approcci diversi. È qui che ho cercato di far emergere un aspetto

affatto soggettivo: e cioè che non si tratta di affermarsi come “bravi sociologi”, ma di far capire quanto la sociologia possa essere *utile* al sistema in tutti i processi e contesti precedentemente ricordati.

Se è così, adesso tocca a quanti hanno il compito di prepararli questi sociologi per portarli ad un livello di “bravura” che permetta loro di mantenere alta la reputazione della sociologia fin dal loro ingresso nel mondo del lavoro. Ben s’intende: è compito altrettanto vitale, da parte dei sociologi professionisti che abitano le organizzazioni sociosanitarie, quello di evitare di incorrere nel rischio della “rana bollita” riprendendo la nota metafora del rischio della gradualità di Noam Chomsky (2014) che temo si attagli alla nostra professione, abituata a temperature docili e a conseguenti, fatali, abitudini adattive.

## Riferimenti bibliografici

- AA.VV. (2023), *L'equità nel diritto alla salute: il contrasto alle disuguaglianze nella città di Bologna*, Centro Studi e ricerche in salute internazionale e interculturale, Università di Bologna (<https://centri.unibo.it/csi/it/progetti/>).
- Campebelli M., Lepore V., Tognoni G. (2010), *Epidemiologia di cittadinanza*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Chomski N. (2014), *La fabbrica del consenso*, Il Saggiatore, Milano.
- Costa G. (2017), *La salute disuguale in Italia*, «Scienzairete.it» (<https://www.scienzairete.it/>).
- Costa G., Stroschia M., Zengarini N., Demaria M. et al. (2017) (a cura di), *40 anni di salute a Torino, spunti per leggere i bisogni e i risultati delle politiche*, Inferenze, Milano.
- Costa G., Bassi M., Gensini G.F., Marra M., Nicelli A.L., Zengarini N. (2014), *L'equità nella salute in Italia- Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*, FrancoAngeli, Milano.
- Dal Ponte F., Ferrara L., Tozzi D.V., a cura di (2022), *La trasformazione del Distretto Socio Sanitario. OASI REPORT 2022*, Cergas Bocconi, Milano.
- Morin E. (2017), *La sfida della complessità*, Le Lettere, Firenze.
- Salvi R. Fabbri F. (2008) (a cura di), *Il Profilo di Comunità: una sintesi*, Regione Emilia-Romagna. Disponibile al link: (<https://sociale.regione.emilia-romagna.it/documentazione/pubblicazioni/piano-sociale-e-sanitario/il-profilo-di-comunita/SintesiProfilocomunitaRIMINI.pdf>).
- Venturi R. (2021), *Ecologie della perturbazione. Intervista con Anna L. Tsing*, «Antinomie. Scritture e immagini» (<https://antinomie.it/index.php/2021/06/25/ecologie-della-perturbazione-intervista-con-anna-l-tsing/>).

# *11. Valutazione, qualità e accreditamento istituzionale*

di *Anna Zenarolla*

## **Introduzione**

Qualità, valutazione, accreditamento istituzionale sono termini che rimandano a riflessioni teoriche, prassi operative e strumenti strettamente connessi tra loro, che non stupisce trovare trattati insieme. Meno evidente, forse, può apparire il loro legame con la sociologia della salute e meno scontata pertanto può risultare una riflessione su questo nesso e sul contributo che questa disciplina e la figura del sociologo possono dare alla loro pratica e al loro sviluppo. Il tema in realtà non è nuovo. Un'ampia riflessione e una ricca letteratura sono state prodotte a livello nazionale, in particolare dalla comunità accademica e professionale afferente all'Associazione Italiana di Sociologia e alla Società Italiana di Sociologia della Salute sin dagli anni Novanta del secolo scorso. Pare, tuttavia, alquanto attuale riproporne alcune acquisizioni che rischiano di venire dimenticate, mentre invece risultano particolarmente utili in un momento in cui il Sistema Sanitario Nazionale (Ssn), dopo essere stato messo a dura prova dalla pandemia da Covid-19 e su sollecitazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, sta cercando di definire nuovi modelli organizzativi e nuovi standard di assistenza.

Collocandosi nell'alveo di quanto maturato dalla ricerca e dalla riflessione svolta nell'ambito della sociologia della salute italiana e riferendosi per ragioni di spazio solo ad alcuni dei principali contributi prodotti al suo interno, questo saggio si propone di presentare l'apporto che la sociologia della salute può fornire ai percorsi di implementazione della qualità, della valutazione e dell'accreditamento. Tre paiono essere gli ambiti nei quali tale apporto può risultare più rilevante: la definizione di una cornice teorica di riferimento che consenta di evitare di ridurre il loro sviluppo a una mera questione tecnica e procedurale; la costruzione degli indicatori, che rappresentano uno degli elementi cruciali sia della qualità che della valutazione e

dell'accreditamento istituzionale; la costruzione di comunità di pratiche per evitare l'irrigidimento nella standardizzazione e, di contro, promuovere l'apprendimento e il miglioramento continuo. I paragrafi che seguono cercheranno di descrivere come il contributo della sociologia della salute in questi tre ambiti può essere declinato.

## **1. Individuare una cornice teorica**

Il primo e fondamentale apporto che la sociologia della salute può dare allo sviluppo della qualità, della valutazione e dell'accreditamento istituzionale è quello di fornire una cornice teorica all'interno della quale collocarli affinché non si riducano a mera questione tecnica e procedurale di applicazione di norme, standard e requisiti più o meno vincolanti.

Il termine qualità, infatti, rimanda a un concetto tutt'altro che semplice sebbene connaturale al pensare e al sentire delle persone che spontaneamente lo associano a ciò che è bello e buono, quasi "prezioso" (Juran, 1995), ossia di valore in un oggetto o una persona. La connaturalità al pensare e al sentire delle persone pare contrastare la difficoltà che esse incontrano quando provano a dire in che cosa consista la qualità, astraendo dagli oggetti o dalle persone che la possiedono. Nel momento in cui riescono a farlo, inoltre, emerge la grande differenza delle definizioni date alla qualità degli stessi oggetti e delle stesse persone, frutto della soggettività con la quale viene percepita e definita da ognuno. Da qui il grande sforzo e la particolare attenzione con cui si è cercato di definirla, misurarla e svilupparla, dapprima all'interno del sistema produttivo e poi in quello dei servizi.

Nell'ambito dei servizi sanitari tale sforzo ha attraversato a tre stagioni (Giarelli, 2002a): quella iniziale in cui la qualità fa il suo ingresso negli Stati Uniti, agli inizi del secolo scorso, come assicurazione qualità (*Quality Assurance*), ossia come forma di controllo della variabilità degli esiti terapeutici attraverso un processo formalizzato e sistematico volto a misurare il livello qualitativo delle cure mediche. Con tale accezione viene introdotta anche in Italia nel 1984 tramite la Società italiana di Verifica e Revisione della Qualità (VRQ) e viene recepita prima dal DPR 384/90, che prevede la costituzione di apposite commissioni di verifica e revisione della qualità dell'assistenza sanitaria erogata e delle cure mediche, a livello nazionale, regionale e di azienda sanitaria, e poi dal D.Lgs. 502/92, che individua l'adozione di un sistema di verifica e revisione della qualità come prerequisito per il riconoscimento di un'istituzione sanitaria da parte del Ssn. Il rischio, insito in tale

approccio, di ridurre la qualità alla sola dimensione della competenza tecnico-professionale, inaugura negli anni '80 una seconda stagione della qualità, caratterizzata dall'ingresso nel sistema sanitario degli approcci ispirati al *Total Quality Management (TQM)* e al *Continuous Quality Improvement (CQI)* che spostano l'attenzione sugli aspetti organizzativo-gestionali e sulle aspettative del cliente. Il processo di aziendalizzazione della sanità italiana innescato dai D.Lgs 502/92 e 517/93 contribuisce a spiegare la diffusione di questi approcci al suo interno. La terza stagione della qualità, infine, si apre con gli anni '90 e si caratterizza per l'attenzione al cliente, alla soddisfazione delle sue aspettative e al riconoscimento della sua libertà di scelta che portano all'introduzione nel nostro Paese degli Uffici relazioni con il pubblico, della carta dei servizi e all'emanazione del DM 15 ottobre 1996 contenente gli indicatori per la valutazione della personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza, il diritto all'informazione, al comfort alberghiero e alla prevenzione.

La riflessione sociologica ha accompagnato il succedersi di queste stagioni e di questi approcci e modelli di sviluppo della qualità, cercando di collocarli all'interno di una prospettiva teorica che offra ad essi una cornice di senso in grado di renderli effettivamente significativi per la specificità del contesto nel quale venivano applicati. Muovendo dal presupposto del carattere relazionale della persona (Donati, 1988) e del concetto stesso di salute/malattia, lo sguardo del sociologo della salute sulla qualità delle cure e dell'assistenza non può che cogliere come le diverse prospettive dalle quali la si è considerata e le molteplici dimensioni in cui la si è declinata per renderla operativa non possano rimanere separate ma debbano essere tenute insieme. La qualità sociosanitaria «non può essere letta semplicemente in modo dicotomico come efficacia sistemica o mera percezione del cittadino malato. Efficacia tecnica e soddisfazione soggettiva sono effetti di un particolare tipo di organizzazione sanitaria e di una riuscita relazione medico-paziente. Tuttavia, la qualità sociosanitaria non è esclusivamente connessa all'una o all'altra, bensì è il risultato di una loro proficua integrazione (connessionismo)» (Cipolla, 2002, p. 15). Per questo Giarelli, nel saggio poc'anzi menzionato, auspica l'avvio di una quarta stagione caratterizzata dall'interconnessione delle dimensioni sulle quali le tre stagioni precedenti si sono focalizzate, secondo un approccio di tipo correlazionale in un'ottica pluralista e multidimensionale che esita in un «*triangolo della qualità* (...) la cui declinazione non è più il risultato della prevalenza di un punto di vista [...], ma dell'interconnessione dei rispettivi interessi e punti di vista: la *qualità erogata*, [...]; la *qualità percepita*, [...]; la *qualità sociale*, [...]» (2002, p. 434). In tal senso, pertanto, nell'ambito dei servizi sanitari e sociosanitari,

richiamandosi alla tradizione del costruttivismo (Berger e Luckmann, 1969) e della sociologia relazionale (Donati, 1988), la qualità si configura come processo di costruzione di significati condivisi (Zenarolla, 2007).

## **2. Condividere criteri e costruire indicatori di valutazione**

Il secondo contributo che la sociologia della salute può portare ai processi di sviluppo della qualità, della valutazione e dell'accreditamento riguarda la definizione dei criteri e degli indicatori di valutazione. Essi costituiscono un elemento di cruciale importanza per tutti e tre i processi: per il loro tramite, infatti, la qualità riesce a passare dal livello astratto a quello concreto, rilevabile e misurabile; su di essi poggia la formulazione dei giudizi della valutazione; su di essi si strutturano i sistemi di accreditamento. Tanta è la loro importanza quanta la complessità della loro definizione e costruzione. La valutazione, infatti, non è solo ricerca ma anche espressione di giudizi, che devono essere orientati da valori e criteri pratici. Efficienza, efficacia, economicità sono criteri diffusamente riconosciuti. Ciò che pare non essere altrettanto diffuso è un altro criterio che lo sguardo del sociologo della salute non manca di cogliere: il criterio dell'equità. Nel contesto dei servizi, infatti, la valutazione non può esimersi dall'interrogarsi in merito al rapporto tra bisogni, necessità e domanda, al tradursi dei bisogni in domanda, al rapporto tra domanda effettiva e domanda potenziale e agli ostacoli incontrati da quest'ultima.

Oltre a ricordare l'importanza di non dimenticare il criterio dell'equità, il sociologo della salute può ulteriormente contribuire al processo valutativo evidenziando che i criteri di valutazione non stanno tutti sullo stesso piano, ma alcuni sono più importanti di altri. In particolare, tra efficienza ed efficacia va stabilita una gerarchia: «prima essere efficaci e poi efficienti. [...] una gerarchia logica e di scelta “politica”, non di scansione temporale separata. [...] la gerarchia fra i due concetti non va intesa in termini temporali, ma di centralità dell'efficacia sia dal lato teorico, che etico, che politico» (Altieri, 2009, p. 21). La valutazione, così come la ricerca e la riflessione sociologica, non è neutra. In merito al criterio di efficienza, infine, il contributo della sociologia della salute è anche quello di mettere in evidenza la presenza di «un'efficienza riproduttiva», un'efficienza cioè non solo a breve termine e limitata a ridurre il consumo di risorse, ma rivolta anche al lungo periodo e a garantire la riproduzione delle risorse nel tempo. Nel contesto dei servizi sociosanitari essa può «significare che ogni servizio deve contenere necessa-

riamente in sé il momento della prevenzione e quello dell'educazione socio-sanitaria, condizioni imprescindibili per ridurre la proliferazione di bisogni che richiedono consumo continuo di risorse. [...] Efficienza riproduttiva può anche significare individuazione e valorizzazione di risorse esistenti sul territorio, magari latenti e sommerse (trasformabili in volontariato, solidarietà, competenze utili), che possono richiedere costi iniziali al fine di una loro mobilitazione ma che poi, a lungo termine, possono sopperire a carenze di risorse pubbliche» (Altieri, 2009, p. 23).

Per quanto riguarda gli indicatori, invece, il contributo che la sociologia può portare riguarda la correttezza metodologica della loro costruzione, da intendersi non solo come garanzia del rispetto dei requisiti che gli indicatori devono avere per poter essere considerati tali – aspetto comunque tutt'altro che scontato e per nulla secondario – ma anche come garanzia della correttezza del metodo col quale vengono costruiti. L'indicatore, infatti, è qualcosa che sta al posto di qualcos'altro, qualcosa che rimanda a qualcos'altro grazie a un rapporto di indicazione. Tale rapporto chiama in causa il problema della sua natura, stipulativa o meno, e di chi possa validamente istituirlo, vale a dire il solo valutatore o anche altri soggetti implicati nella valutazione (Palumbo, 2010). Orbene, il contributo del sociologo della salute a questo proposito pare poter essere proprio quello di ricordare la natura stipulativa e negoziale (Altieri, 2002 e 2009) degli indicatori, che non possono essere frutto di una scelta meramente tecnica compiuta dal solo valutatore, ma devono essere l'esito di un processo di confronto e co-produzione con i diversi soggetti implicati nel processo valutativo, in coerenza con la prospettiva che ritiene la stessa conoscenza e gli stessi dati qualcosa di co-prodotto dal ricercatore e dai soggetti coinvolti nella ricerca (Cipolla, 1988; Palumbo, 2010). Gli indicatori, infatti, «da processi di significazione sono spesso diventati strumenti di ricerca quando non addirittura dati oggettivamente connotati, misurazioni (o presunti tali, naturalmente). [...] gli indicatori – che dovrebbero essere uno strumento del pensiero orientato all'analisi – diventano oggetti ipostatizzati che si sostituiscono ad esso» (Bezzi, 2010, p. 97) e non stimolano più il pensiero e la riflessione. La riflessività e l'argomentazione, invece, sono ciò che consente di ancorare gli indicatori, e con essi la valutazione, alla realtà sociale e ai significati condivisi e co-costruiti che si generano dai processi sociali che avvengono al suo interno. La «riflessività e l'argomentazione sono fondamentalmente ascritte all'adozione di un pensiero *relazionale* nei processi di comprensione e di interpretazione della realtà. Questo “stile cognitivo” modifica le pratiche di acquisizione, di elaborazione e di trasmissione della conoscenza ed è principalmente orientato all'apprendimento, alla “reciprocità” nonché alla dinamica di *transazione* tra saperi e



identità “in costruzione”, con ampi margini di “creatività” nella scelta dei linguaggi, dei codici interpretativi e delle regole da utilizzare» (Venneri, 2010, p. 80).

Questa connotazione riflessiva e argomentativa degli indicatori rappresenta un valore aggiunto, seppur costitutivo, dei processi di valutazione che la sociologia della salute può aiutare a valorizzare, consentendo a essi di configurarsi anche come processi di apprendimento per i soggetti implicati e di miglioramento continuo per le organizzazioni coinvolte.

### **3. Promuovere comunità di pratica**

Lo sviluppo di processi di apprendimento e di miglioramento continuo rappresenta l'ulteriore contributo e valore aggiunto che il sociologo della salute può portare anche nei percorsi di accreditamento istituzionale. L'accREDITAMENTO istituzionale è stato introdotto in Italia dal D.lgs.502/92 nel corso di un processo di trasformazione delle modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie volto a estendere la possibilità di operare all'interno del Ssn a una pluralità di soggetti, tra cui i cittadini possano scegliere liberamente.

In termini generali, l'accREDITAMENTO istituzionale si struttura come un processo di accertamento del possesso di standard qualitativi, predeterminati in relazione alle tipologie delle prestazioni da erogare, a seguito del quale viene delineato un sistema regolativo che prevede prima l'autorizzazione al funzionamento, concessa sulla base della presenza di requisiti formali e strutturali, e poi l'accREDITAMENTO, inteso come verifica su standard di qualità stabiliti per accedere ai contratti col Ssn. Con tale istituto si è voluto, da un lato, fornire maggiori garanzie agli utenti dei servizi in merito alle loro finalità e alla loro adeguatezza e, dall'altro, introdurre elementi di competitività all'interno del sistema sociosanitario riconoscendo alle strutture private un ruolo sempre più paritario in un contesto di competizione controllata.

La legge 328/2000, con l'articolo 11, estende l'accREDITAMENTO istituzionale a tutti i servizi sociali, rendendolo uno strumento centrale per l'acquisto di servizi da soggetti del terzo settore e attribuendone la responsabilità ai Comuni. A questi ultimi, infatti, affida il compito di: attivare sistemi di garanzia di corretta erogazione dei servizi in collaborazione con altre organizzazioni private, profit e non profit; rilasciare l'accREDITAMENTO in base a criteri generali stabiliti dall'ente regionale; determinare modalità di erogazione e tariffe per le prestazioni congruenti con la programmazione regionale e locale.

La procedura di accREDITAMENTO prevede che gli standard in base ai quali riconoscere l'accREDITAMENTO vengano individuati a priori, in sede legislativa,

come garanzia della qualità erogata da un determinato servizio o struttura. Gli standard così individuati riflettono una concezione di qualità riferita agli aspetti individuabili ex ante, ossia quelli strutturali e organizzativi, partendo dal presupposto che l'adeguatezza strutturale e organizzativa di un servizio sia predittiva della sua capacità di produrre prestazioni di qualità. Si tratta di una concezione di qualità statica, legata a un modello di controllo predeterminato e finalizzato alla sanzione o all'estromissione, secondo il principio dell'esclusione di ciò che non è conforme al modello dato. Così intesa però, la qualità risulta priva di quella tensione al nuovo, al desiderato che costituisce il presupposto per il miglioramento continuo dei servizi. La fissazione di requisiti organizzativi e strutturali atti a stabilire a priori un livello minimo di efficienza e qualità del servizio, inoltre, se favorisce lo sviluppo di pratiche di lavoro più razionali e strutturate, può indurre una specializzazione e una tecnicizzazione settoriale che rischiano di esaurire negli interventi legati alle singole prestazioni la possibilità di un'azione e di una progettualità più complessiva.

La sociologia della salute può contribuire a evitare che l'accreditamento abbia come conseguenza l'irrigidimento del sistema su una visione minimalista di qualità come quest'ultima e può aiutare a promuovere, per contro, un'interpretazione della qualità e della valutazione come quelle descritte nei paragrafi precedenti, ossia di tipo relazionale e co-costruito (Zenarolla, 2007).

In tale prospettiva si ritiene importante recuperare l'interpretazione dell'accreditamento come «provvedimento, avente natura concessoria, con il quale l'autorità preposta attribuisce ai servizi accreditati la natura di “servizi sociali pubblici” e al soggetto accreditato quella di concessionario della pubblica amministrazione», che porta a configurarlo come un «patto» con cui i titolari della funzione sociale dei servizi ne attribuiscono l'esercizio a soggetti terzi, pubblici o privati (Dalla Mura, 2001 e 2003). Così inteso, l'accreditamento non rimane un atto unidirezionale di conferimento di un riconoscimento formale, ma può diventare lo strumento attraverso cui ente accreditante e soggetti accreditati instaurano tra loro un rapporto di condivisione di finalità – ossia lo sviluppo della qualità e del miglioramento dei servizi – e di mezzi con cui perseguirla, ossia i requisiti di accreditamento e gli indicatori di valutazione. Il rapporto tra ente accreditante e soggetti accreditati può pertanto evolvere verso lo sviluppo di una comunità di pratica (Wenger, 2006) che, in una logica di rapporto tra pari anziché tra concorrenti, intraprende un percorso di valutazione integrata e partecipata (Altieri, 2002 e 2009; Giarelli, 2002; Tomei, 2006) capace di generare apprendimento e miglioramento organizzativo.

Così inteso, inoltre, il processo di valutazione pone anche le basi per promuovere un più effettivo coinvolgimento del terzo protagonista dei processi di accreditamento, ossia il cittadino utente. La funzione equiparatoria dell'accREDITamento e il criterio di uguaglianza tra pubblico e privato a esso sotteso rappresentano il presupposto per assicurare all'utente la libertà di scegliere tra soggetti di diversa natura equiparati nell'erogazione dei servizi. Rendere effettivo questo diritto richiede l'adozione di adeguati metodi e strumenti di coinvolgimento e di rilevazione del punto di vista dei cittadini utenti (Altieri, 2009; Giarelli, 2002) che vanno ben oltre la mera rilevazione della soddisfazione del cliente e che la competenza sociologica può garantire.

#### **4. Buone prassi dall'esperienza**

L'impostazione teorica e metodologica descritta nei paragrafi precedenti ha trovato applicazione nel percorso per la definizione del regolamento di autorizzazione e accREDITamento delle strutture residenziali e semiresidenziali per minori della Regione Friuli Venezia Giulia. L'emanazione del Decreto del Presidente della Giunta regionale n. 0158 del 22 dicembre 2022 *Regolamento per la disciplina delle procedure di autorizzazione, vigilanza e accREDITamento delle strutture residenziali, semiresidenziali e a ciclo diurno che svolgono attività socioassistenziali, socioeducative e sociosanitarie a favore di minori e per la determinazione dei criteri e delle modalità di iscrizione e tenuta del registro di tali strutture, in attuazione degli articoli 31 e 33 della legge regionale 31 marzo 2006, n.6*, infatti, è avvenuta attraverso un percorso – iniziato nel 2007, interrotto e ripreso con continuità dal 2014 – di condivisione e confronto tra Direzione regionale, servizi sociali dei Comuni, servizi di neuropsichiatria, consultori ed enti del Terzo settore gestori delle comunità per minori attive in regione, al quale ha partecipato in funzione di supporto tecnico e metodologico anche l'Area Welfare di Comunità dell'attuale Azienda Sanitaria Universitaria Integrata "Isontino-Giuliana" con la presenza della figura di un sociologo.

Il percorso ha voluto in primo luogo cogliere l'occasione per introdurre nel sistema regionale un approccio alla pianificazione guidato dalla valutazione dei bisogni e non dall'offerta dei servizi. Dapprima, pertanto, è stato costituito un gruppo di lavoro, formato da una rappresentanza degli enti sopra richiamati, che ha lavorato alla chiarificazione dei bisogni ai quali le strutture di accoglienza residenziale, semiresidenziale e diurna per minori devono rispondere. In tale prospettiva esso ha cercato di delineare i profili di

bisogno utili per orientare non solo l'accesso a queste strutture ma il complessivo percorso di presa in carico da realizzare al loro interno e, di conseguenza, la tipologia di comunità da prevedere nel regolamento. Particolare attenzione in questa fase è stata riservata a far sì che i profili individuati non venissero intesi come tipologie separate l'una dall'altra ma consentissero di mantenere l'unitarietà della persona che può presentare una multiproblematicità tale da portarla a presentare contemporaneamente più profili di bisogno così come l'unitarietà del suo percorso evolutivo e del conseguente percorso di presa in carico i quali, a loro volta, possono passare da un profilo all'altro. Sono stati così individuati tre profili di bisogno, uno di tipo socio-educativo, uno di tipo socio-assistenziale e uno di tipo educativo-riabilitativo integrato.

Il percorso per la definizione dei profili di bisogno e dei percorsi di presa in carico e per l'individuazione delle modalità organizzative e metodologiche per la loro valutazione e attuazione ha portato alla stesura di specifiche linee guida – Linee guida per la qualificazione dei percorsi di presa in carico di minori che necessitano di accoglienza nelle strutture residenziali e semiresidenziali – approvate dalla Giunta regionale con la deliberazione n. 273 del 28 febbraio 2020.

Tali linee hanno costituito la base per procedere alla stesura del regolamento sopra citato che contiene la definizione delle tipologie di comunità residenziale, semiresidenziale e diurna, accompagnata dall'individuazione per ognuna dei rispettivi requisiti di autorizzazione e di accreditamento. Questi ultimi sono stati individuati in maniera condivisa in modo da assicurare la convergenza sul loro significato e sulla loro utilità e secondo una logica di progressività volta a favorire il miglioramento continuo degli enti accreditati.

Il percorso è stato completato con la costituzione di un Organismo Tecnico Accreditante che si occuperà di curare i singoli processi di accreditamento. Esso costituisce lo spazio e lo strumento idoneo per dare continuità al percorso svolto attraverso l'applicazione dell'impostazione teorica e metodologica che lo ha sinora accompagnato. In tal senso la presenza e la competenza sociologica al suo interno offrono un contributo fondamentale.

## Riferimenti bibliografici

Altieri L. (2002), "Verso una valutazione come negoziazione in un pluralismo di valori/interessi", in C. Cipolla, G. Giarelli, L. Altieri L., , *op. cit.* (a cura di), 95-126.

Altieri L. (2009), *Valutazione e partecipazione*, FrancoAngeli, Milano.

Berger P.L., Luckmann T. (1969), *La realtà come costruzione sociale*, il Mulino, Bologna.

- Bezzi C. (2010), “Indicatori senza pensiero”, in C. Bezzi, L. Cannavò, M. Palumbo, (a cura di), *op. cit.*: 97-127.
- Bezzi C., Cannavò L., Palumbo M., a cura di, (2010), *Costruire e usare indicatori nella ricerca sociale e nella valutazione*, FrancoAngeli, Milano.
- Brunelli L. et al. (2022), *How to Scale Up Quality and Safety Program with the Home Care Accreditation*, «International Journal of Integrated Care», 22(1): 19, 1-11.
- Cipolla C. (2002), “Introduzione. Per un approccio correlazionale alla qualità sociale della salute”, in C. Cipolla, G. Giarelli, L. Altieri (a cura di), *op. cit.*: 9-22.
- Cipolla C., Giarelli G., Altieri L. (2002), *Valutare la qualità in sanità*, FrancoAngeli, Milano.
- Dalla Mura F. (2001), *Autorizzazione e accreditamento*, «Studi Zancan. Politiche e servizi alle persone», 2: 157-165.
- Dalla Mura F. (2003), “Le nuove modalità di rapporto pubblico-privato non profit”, in D. Bezzi, F. Colombo, F. Dalla Mura, P. Moro, E. Perrini, *L'affidamento di servizi alle imprese sociali*, Il Sole 24 Ore, Milano: 47-85.
- Donati P. (1988), *Introduzione alla sociologia relazionale*, FrancoAngeli, Milano.
- Giarelli G. (2002), “Oltre la customer satisfaction: il problema di cogliere la complessità di un punto di vista”, in C. Cipolla, G. Giarelli, L. Altieri (a cura di), *op. cit.*: 127-160.
- Giarelli G. (2002a), *Conclusioni. Le connessioni possibili: i sistemi di miglioramento della qualità*, in C. Cipolla, G. Giarelli, L. Altieri, (a cura di), *op. cit.*: 430-437.
- Juran M. (1995), *La qualità nella storia. Dalle civiltà antiche al Total Quality Management*, Sperling&Kupfer, Torino.
- Palumbo M. (2010), Definizioni, approcci e usi degli indicatori nella ricerca e nella valutazione, in C. Bezzi, L. Cannavò, M. Palumbo, (a cura di), *op. cit.*: 19-43.
- Tomei G. (2006), *Valutazione partecipata della qualità*, FrancoAngeli, Milano.
- Venneri E. (2010), L'indicatore riflessivo: logica argomentativa ed ermeneutica nei processi di costruzione, in C. Bezzi, L. Cannavò, M. Palumbo, (a cura di), *op. cit.*: 80-93.
- Wenger E. (2006), *Comunità di pratica*, Cortina, Milano.
- Zenarolla A. (2007), *Costruire qualità sociale*, FrancoAngeli, Milano.

## *Note sugli autori*

*Giovanna Artioli*, D.M. in infermieristica, coordinatrice scientifica di master per professioni sanitarie, è ricercatrice presso il Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Università di Parma. Suo principale ambito di interesse è la relazione di cura, con specifica attenzione per l'utilizzo dell'intervista narrativa.

*Stefania Basili*, Sapienza, Università di Roma. Professore ordinario di Medicina Interna, Presidente CPPCLMM&C. I principali campi scientifici sono relativi alla fisiopatologia, clinica e terapia delle malattie trombotiche e alla medicina di genere.

*Rocco Di Santo*, presidente della Società Italiana di Sociologia della Salute (triennio 2022-2024). È project manager di "ENFOR – Ente di Formazione e Ricerca" di Policoro (MT) e CEO di "Presidi Educativi Impresa sociale srl". Si occupa di ricerca e progettazione sociale in merito al fenomeno della disabilità, della povertà educativa e della marginalità sociale.

*Giuseppe Familiari*, Sapienza, Università di Roma. Professore emerito di Anatomia Umana, vice-presidente CPPCLMM&C. I principali campi scientifici riguardano la microscopia elettronica di nanoparticelle, fisiopatologia della riproduzione, oncologia.

*Vincenza Ferrara*, Sapienza Università di Roma, professore universitario M-Ped/03, Ricerca e applicazione dell'arte visiva nell'ambito dell'uso delle Medical Humanities nei curriculum di Medicina, Infermieristica e nella formazione Continua.

*Angela Genova* è sociologa, professore associato presso il Dipartimento di Economia Società Politica dell'Università degli Studi di Urbino. Svolge la sua attività di ricerca sulle politiche sociali e sanitarie in prospettiva comparata.

*Guido Giarelli* è professore ordinario di Sociologia generale presso il Dipartimento di Scienze della Salute dell'Università "Magna Græcia" di Catanzaro; i suoi interessi di ricerca sono relativi alla sociologia della salute e della medicina, ai sistemi sanitari comparati, alle medicine non convenzionali e alla medicina integrata, alle narrazioni in medicina e all'invecchiamento e corso della vita.

*Pietro Paolo Guzzo*, Phd, dirigente ASP Cosenza, professore a contratto di sociologia Università di Bari, referente S.I.S.S. Si occupa di sociologia della salute, del diritto e della comunicazione. Tra le sue pubblicazioni: *Sociologie e Sociologi nella pandemia*, Homelessbook, Faenza.

*Lia Lombardi* (ASN in Sociologia Generale II fascia). Docente a contratto di Sociologia e Sociologia della salute presso l'Università degli Studi di Milano. Ambiti di ricerca: Sociologia della salute; Tecnologie riproduttive; Studi di genere; Processi migratori e salute.

*Linda Lombi*, PhD in Sociologia, è professore associato, Università Cattolica di Milano. È esperta negli studi di Sociologia della salute e metodologia della ricerca sociale. Tra i suoi interessi di ricerca: la salute digitale, la medicina partecipativa, le Medical Humanities.

*Giulia Mascagni*, ricercatore (TD-B) presso il Dipartimento di Scienze Sociali, Politiche e Cognitive dell'Università degli Studi di Siena. PhD in Sociologia, dal 2007 si occupa di disuguaglianze sociali, povertà, salute e intervento sociale.

*Bruno Moncharmont*, Università LUM "G. Degennaro". Professore straordinario di Patologia Generale, direttore Dip. Medicina e Chirurgia. Vice-presidente vicario CPPCLMM&C. Principali campi scientifici sono relativi al campo dell'endocrinologia e all'oncologia molecolare.

*Veronica Moretti* è ricercatrice presso l'Università di Bologna. I suoi campi di interesse sono: l'intersezione tra tecnologia e salute e l'utilizzo di metodi creativi (diari e fumetti) all'interno della sociologia della salute.

*Monica Murero* (Premio Internazionale Rientro Cervelli, MIUR, professore associato UNINA presso il Dipartimento di Scienze Sociali). Studia l'impatto della Salute digitale e dell'AI sulla società. È consulente della World Health Organization dal 2010.

*Caterina Musella*, sociologa, direttrice UOC Coordinamento Attività Sociosanitarie e UOS Alzheimer, fragilità e percorsi sociosanitari, referente PSD ASL Napoli 1 Centro - R.C. Past President Associazione Italiana Malattia di Alzheimer in Campania (AIMA) ora volontaria presso la stessa.

*Pierpaola Pierucci*, sociologa, ricercatrice (TD-B) presso il Dipartimento di Scienze dell'Ambiente e della Prevenzione dell'Università di Ferrara, si occupa da diverso tempo dei temi connessi alla salute-malattia-cura e dell'organizzazione sanitaria dal punto di vista didattico e di ricerca sociale.

*Eno Quargnolo*, già direttore di Distretto della Ausl di Bologna. Sociologo, con interessi nel campo del management dei servizi socio-sanitari, della programmazione dei servizi territoriali, della valutazione e della rendicontazione sociale.

*Stefano Ratti* è professore ordinario presso l'Università di Bologna. I suoi interessi sono: trasduzione del segnale e meccanismi molecolari in patologie rare, innovazione tecnologica e medicina di precisione su cadavere, formazione didattica creativa.

*Alice Scavarda* è assegnista di ricerca presso l'Università di Torino. I suoi campi di interesse sono: disabilità, salute mentale, vaccini e metodi creativi. Utilizza fumetti, Photovoice e tecniche teatrali anche in ambito didattico.

*Remo Siza*, sociologo, ha recentemente pubblicato *The Welfare of the Middle Class. Changing Relations in European Welfare States* (Policy Press, Bristol) e collabora con numerose riviste internazionali. È stato membro di importanti comitati tecnico scientifici presso il Ministero della Salute.

*Mara Tognetti*, professore ordinario di Sociologia Generale, Università degli Studi di Milano, dirige la rivista «Welfare & Ergonomia». Fra i suoi temi di ricerca l'immigrazione con una particolare attenzione alle donne, alle famiglie e alla salute. Dei diversi temi di sociologia della salute di cui si è occupata ricordiamo gli studi su farmacologizzazione, disuguaglianze di salute, Servizio Sanitario Nazionale. Ha all'attivo più di trecento pubblicazioni nazionali e internazionali.

*Paolo Ugolini*, sociologo, già Osservatorio Salute mentale e Dipendenze patologiche/AUSL della Romagna, ora libero professionista, consulente Associazione PGXXIII di Rimini, collaboratore Regione Emilia-Romagna per accreditamento strutture sanitarie e direzione Rivista SESTANTE.

*Giovanna Vicarelli* è direttrice scientifica del Centro di Ricerca e Servizi sulla integrazione sociosanitaria (Criss) dell'Università Politecnica delle Marche, dove è stata professoressa ordinaria di Sociologia Economica fino ad ottobre 2022. I suoi interessi di ricerca riguardano le politiche e le professioni sanitarie in una ottica storico-comparata.

*Linda Vignozzi*, Università di Firenze. Professore associato di Endocrinologia e Malattie del Metabolismo, vice segretario generale CPPCLMM&C. I principali campi scientifici sono relativi alla fisiopatologia, clinica e terapia delle malattie endocrino-metaboliche e alla medicina della riproduzione e sessualità.

*Anna Zenarolla*, ricercatore (TD-A) in Sociologia presso il Dipartimento di Studi Umanistici dell'Università di Trieste. I suoi principali temi di ricerca sono la valutazione della qualità dei servizi, la povertà e la grave emarginazione.



---

*Salute e Società*  
diretta da Guido Giarelli

---

*Ultimi volumi pubblicati:*

GUIDO GIARELLI, GRAZIA LESI (a cura di), *Medicina narrativa in oncologia integrata. Il progetto MedIORDER in Emilia Romagna*

GIORDANO COTICHELLI *Storiografia della professione infermieristica in Italia (1945-2020)*  
Un racconto a più voci.

GIORDANO COTICHELLI *La Grande Guerra degli infermieri italiani.*

*Ultimi volumi pubblicati in Open Access:*

VINCENZO ALASTRA, MICOL BRONZINI, MARCO INGROSSO (a cura di), *Cambiare le relazioni di cura nelle organizzazioni sanitarie* GUIDO GIARELLI, ANGELA GENOVA, VERONICA MORETTI (a cura di), *Personalizzazione della cura e partecipazione dei cittadini nella società digitale sindemica.*

GAETANO GUCCIARDO *Come ci si sente, come ci si pensa* Una indagine sul benessere globale e il benessere locale.

ANGELA GENOVA, MICOL BRONZINI, EMMANUELE PAVOLINI (a cura di), *Salute e benessere nel post-sisma* One welfare nelle Marche per una programmazione integrata.



Il presente volume è pubblicato in open access, ossia il file dell'intero lavoro è liberamente scaricabile dalla piattaforma **FrancoAngeli Open Access** (<http://bit.ly/francoangeli-oa>).

**FrancoAngeli Open Access** è la piattaforma per pubblicare articoli e monografie, rispettando gli standard etici e qualitativi e la messa a disposizione dei contenuti ad accesso aperto. Oltre a garantire il deposito nei maggiori archivi e repository internazionali OA, la sua integrazione con tutto il ricco catalogo di riviste e collane FrancoAngeli massimizza la visibilità, favorisce facilità di ricerca per l'utente e possibilità di impatto per l'autore.

Per saperne di più: [Pubblica con noi](#)

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it) e iscriversi nella home page al servizio "[Informatemi](#)" per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.

# Vi aspettiamo su:

[www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it)

per scaricare (gratuitamente) i cataloghi delle nostre pubblicazioni

DIVISI PER ARGOMENTI E CENTINAIA DI VOCI: PER FACILITARE  
LE VOSTRE RICERCHE.



Management, finanza,  
marketing, operations, HR

Psicologia e psicoterapia:  
teorie e tecniche

Didattica, scienze  
della formazione

Economia,  
economia aziendale

Sociologia

Antropologia

Comunicazione e media

Medicina, sanità



Architettura, design,  
territorio

Informatica, ingegneria  
Scienze

Filosofia, letteratura,  
linguistica, storia

Politica, diritto

Psicologia, benessere,  
autoaiuto

Efficacia personale

Politiche  
e servizi sociali



**FrancoAngeli**

La passione per le conoscenze

Copyright © 2024 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835165149

Questo   
LIBRO

 ti è piaciuto?

---

**Comunicaci il tuo giudizio su:**  
[www.francoangeli.it/opinione](http://www.francoangeli.it/opinione)



**VUOI RICEVERE GLI AGGIORNAMENTI  
SULLE NOSTRE NOVITÀ  
NELLE AREE CHE TI INTERESSANO?**



ISCRIVITI ALLE NOSTRE NEWSLETTER

SEGUICI SU:



**FrancoAngeli**

La passione per le conoscenze

Copyright © 2024 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835165149

# FrancoAngeli

## a strong international commitment

Our rich catalogue of publications includes hundreds of English-language monographs, as well as many journals that are published, partially or in whole, in English.

The **FrancoAngeli**, **FrancoAngeli Journals** and **FrancoAngeli Series** websites now offer a completely dual language interface, in Italian and English.

Since 2006, we have been making our content available in digital format, as one of the first partners and contributors to the **Torrossa** platform for the distribution of digital content to Italian and foreign academic institutions. **Torrossa** is a pan-European platform which currently provides access to nearly 400,000 e-books and more than 1,000 e-journals in many languages from academic publishers in Italy and Spain, and, more recently, French, German, Swiss, Belgian, Dutch, and English publishers. It regularly serves more than 3,000 libraries worldwide.

*Ensuring international visibility and discoverability for our authors is of crucial importance to us.*

---

# FrancoAngeli



torrossa  
Online Digital Library

# Salute e Società – *Health & Society*

Il volume raccoglie i migliori contributi del convegno “Mission e competenze dei sociologi della salute: una risorsa strategica per la governance del Servizio Sanitario Nazionale” tenutosi a Matera presso l’Università della Basilicata il 28 e 29 ottobre 2022 come evento congiunto organizzato dalla Società Italiana di Sociologia della Salute (SISS) e dalla sezione di Sociologia della Salute e della Medicina dell’AIS.

Partendo da una ricostruzione del lungo, laborioso e tutt’altro che lineare processo di professionalizzazione del sociologo della salute in Italia, metaforicamente rappresentato dalla storia dell’araba fenice, nella I Parte si tratteggia il processo di istituzionalizzazione accademica caratterizzato da una pluralità di orientamenti teorici, il contesto evolutivo del Servizio Sanitario Nazionale dalla riforma del Titolo V all’autonomia differenziata e le politiche sociosanitarie in prospettiva europea comparata.

Nella II Parte si procede con l’analisi delle competenze ed esperienze dei sociologi nell’ambito dei servizi sanitari e socio-sanitari a partire dal paradosso di un profilo professionale potenzialmente strategico ma sostanzialmente misconosciuto, per poi focalizzarsi sulla sanità territoriale e sulle prospettive aperte dal decreto 77/2022.

Nella III Parte si approfondisce il tema del valore e dello sviluppo delle *Medical Humanities* nella formazione dei medici e dei professionisti sanitari in Italia; mentre la IV Parte offre esperienze e considerazioni sul ruolo dei sociologi nel distretto sociosanitario, nelle Case della Comunità e nell’ambito dei percorsi di valutazione della qualità e di accreditamento istituzionale del Servizio Sanitario Nazionale.

**Rocco Di Santo** è presidente della Società Italiana di Sociologia della Salute, project manager di “ENFOR - Ente di Formazione e Ricerca” di Policoro (MT) e CEO di “Presidi Educativi Impresa sociale srl”.

**Guido Giarelli** è professore ordinario di Sociologia generale presso il Dipartimento di Scienze della Salute dell’Università “Magna Græcia” di Catanzaro.

**Giulia Mascagni** è ricercatore presso il Dipartimento di Scienze Sociali, Politiche e Cognitive dell’Università degli Studi di Siena.



STUDI e RICERCHE