

**La sociologia della salute:
dal dibattito epistemologico alla “valutazione della qualità del servizio”**

di

Rocco Di Santo
sociologo del DINPEE

Manuali e testi di *Sociologia della Salute* attribuiscono a Talcott Parsons la paternità di quella branca della sociologia che nell'arco degli ultimi sessant'anni si è occupata di salute/malattia e sistema sanitario con i vari sub-sistemi, riconosciuta inizialmente come *Sociologia della/nella Medicina* mentre oggi si identifica nella dimensione olistica di *Sociologia della Salute*.

Il pensiero del sociologo di Harvard si pone sull'assunto che ogni fenomeno sociale è il prodotto di un sistema di relazioni e di azioni sociali ove il sistema sociale è niente meno che il contesto in cui gli uomini agiscono. Il sistema sociale è costituito da parti connesse tra loro, suddivisibili in macro e micro dimensioni, interne ed esterne al subsistema di riferimento. Dalla interconnessioni delle variabili di un subsistema (o del sistema stesso) si possono generare effetti strutturali che possono essere “funzionali” o “normali” e effetti cosiddetti “devianti”.

Da questo assunto di base si può dedurre come nessun individuo è indipendente dal sistema sociale in quanto in ogni momento conserva il suo set di ruoli (esempio: figlio, studente, amico, giocatore, membro di un gruppo organizzato, ecc.). La società pertanto è orientata nel conservare il proprio ordine sociale, stabilendo delle regole, delle norme e delle sanzioni. «Ogni società, inoltre, per sussistere deve assolvere quattro prerequisiti funzionali: l'adattamento all'ambiente da cui il sistema sociale deve trarre le risorse fisiche da cui ricavare beni e servizi; il perseguimento selettivo degli scopi, che per la società si risolve nella funzione politica delle istituzioni; l'integrazione sociale, ovvero la diffusione dei valori e delle norme che devono essere socialmente condivisi ed interiorizzati, da cui anche la ricerca del consenso motivazionale all'adesione da parte dei membri ai ruoli sociali costituenti e funzionali alla società; la latenza, detto altrimenti il controllo societario delle tensioni e delle devianze comportamentali rispetto alle aspettative sociali di ruolo.»¹

Nel capitolo X “La struttura sociale e il processo dinamico: il caso della professione medica moderna” del “Sistema Sociale” Parsons specifica come la malattia è intesa come “devianza” da parte del “malato” poiché non in grado di ricoprire i propri ruoli.

Egli scrive: «*la malattia è uno stato di turbamento nel funzionamento “normale” dell'individuo umano nel suo complesso, in quanto comprende sia lo stato dell'organismo come sistema biologico sia i suoi adattamenti personali e sociali. Essa viene così definita in parte biologicamente e in parte socialmente. La partecipazione al sistema sociale è sempre potenzialmente rilevante per lo stato di*

¹ Alessia Bertolazzi. “I Paradigmi sociologici della salute” in “Manuale della Sociologia della Salute. I” p.55

*malattia, per la sua eziologia e per le condizioni di successo nella terapia, nonché per altri suoi aspetti».*² Esistono quattro aspetti del sistema di aspettative istituzionalizzato concernente il ruolo dell'ammalato. Il primo consiste nell'esenzione dalle responsabilità normali del ruolo sociale, la quale è naturalmente relativa alla natura e alla severità della malattia. Il secondo aspetto, strettamente connesso, consiste nella definizione istituzionalizzata secondo cui non ci si può attendere che la persona malata *si faccia coraggio* a guarire mediante un atto di decisione o di volontà. Sotto questo profilo il malato è esentato da ogni responsabilità. [...] Naturalmente il processo di guarigione può essere spontaneo, ma fino a quando la malattia dura egli non può *farci niente*. Questo elemento presente nella definizione dello stato della malattia è evidentemente decisivo, in quanto costituisce un ponte di collegamento per l'accettazione dell'*aiuto*.. Il terzo elemento consiste nella definizione dello stato di malato come qualcosa di per sé indesiderabile, con la conseguente obbligazione di voler *stare bene*. Il quarto elemento, anch'esso strettamente connesso ai precedenti, è costituito infine dall'obbligazione – in rapporto alla gravità della condizione – di cercare un aiuto tecnicamente competente, cioè, nel caso più comune, quello del medico, e di cooperare con lui nel senso nel processo mirante alla guarigione. È a questo punto, naturalmente, che il ruolo del malato (*sick role*) come paziente si intreccia con quello del medico in una struttura complementare di ruolo.³

La relazione tra medico e paziente è così accentrata su questi elementi strutturali. Il paziente ha bisogno di servizi tecnici perché egli non *sa* - e così pure non sanno i suoi colleghi, i suoi familiari ecc. – che cosa sia successo e che cosa si debba fare, e perché inoltre non controlla le risorse necessarie. Il medico è un esperto tecnico che, in virtù di un addestramento e di un'esperienza specifica, nonché di uno istituzionalmente riconosciuto, è qualificato ad *aiutare* il paziente in una situazione che viene istituzionalmente definita come legittima in un senso relativo, ma che richiede un aiuto.⁴ Il ruolo del medico è accentrato sulla sua responsabilità per il benessere del paziente, nel senso di favorire la guarigione della malattia usando il meglio possibile la capacità del medico. Nell'affrontare questa responsabilità egli deve acquistare e usare un'elevata competenza tecnica nella *scienza medica* e nelle tecniche fondate su di essa. La prima questione da porre in merito alla sua situazione concerne pertanto la relazione di questi strumenti tecnici con i compiti che egli è chiamato a eseguire e con le responsabilità di cui si pretende che egli sia all'altezza.⁵

² T. Parsons (1951) "Il Sistema sociale" Edizioni di Comunità (1981). p.440

³ Parsons (1981). pp.445-446

⁴ Parsons (1981) p.448

⁵ Parsons (1981) p.456

Talcott Parsons può essere definito il fondatore della *Medical Sociology* ma certamente non è stato il primo sociologo ad essersi interessato del binomio salute/malattia. Émile Durkheim, nelle sue principali opere⁶ affronta il tema della dicotomia tra normale e patologico, anticipando la *Medical Sociology* ma soprattutto aprendo la strada dello *struttural-funzionalismo* in sociologia.

Per Durkheim, ogni fenomeno sociologico – come del resto ogni fenomeno biologico – è suscettibile, pur restando essenzialmente se stesso, di assumere forme diverse a seconda dei casi. Queste forme sono di due tipi. Le une sono generali per tutta l'estensione della specie; esse si ritrovano, se non in tutti gli individui, almeno nella maggior parte di essi [...] Ve ne sono invece altre che risultano che risultano eccezionali; non soltanto esse appaiono unicamente in una minoranza, ma anche dove si verificano accade spesso che non durino per tutta la vita dell'individuo. [...] Noi siamo quindi in presenza di due distinte varietà di fenomeni, che devono venir designati con termini differenti. Chiameremo *normali* i fatti che presentano le forme più generali, e denomineremo gli altri *morbosi* o *patologici*. Se conveniamo di chiamare tipo medio l'essere schematico che costituiremmo riunendo nel medesimo tutto – in una specie di individualità astratta – i caratteri più frequenti nella specie insieme alle loro forme più frequenti, possiamo dire che il tipo normale si confonde con il tipo medio, e che ogni devio nei confronti di questo campione della salute è un fenomeno morboso. È vero che il tipo medio non può venir determinato in modo altrettanto netto di un tipo individuale, perché i suoi attributi costitutivi non sono fissati assolutamente ma sono suscettibili di variare.⁷

Autori come Ramazzini (addirittura nel finire del XVII° secolo) e Virchow, se pure afferenti ad altre discipline, possono essere considerati dei proto-sociologi della salute per via dei propri studi rivolti a sottolineare l'impatto sociale di alcuni interventi (o mancati interventi) di tipo sanitario.⁸

Ritornando a Parsons, il suo pensiero è stato superato, così come lo struttural-funzionalismo da altre correnti sociologiche che hanno: criticato l'idea funzionalista di Sistema sociale (*Teorici del conflitto* e *Sociologia Radicale*); soffermato la loro attenzione sugli aspetti micro-sistemici (*Fenomenologia*); il concetto di salute in senso solistico (*Modello Correlazionale*).

I teorici del Conflitto (marxisti, marxiani e radicali) hanno adottato come base epistemologica la critica al *Sistema Sociale* di tipo funzionalista e promuovendo l' "abolizione delle cose presenti" per far fronte ad un sistema meno dipendente dal contesto economico-politico di stampo liberalista. La medicina è anch'essa criticata poiché istituisce forme di controllo sociale ed è anch'essa un'appendice della *struttura* economica; è «considerata come ideologia del controllo sociale, ossia

⁶ "Le regole del metodo sociologico" e "Il suicidio"

⁷ E. Durkheim (1895). "Règles de la méthode sociologique". Edizioni di Comunità (1995). p.65

⁸ Cfr. A. Maturò (2004) in "Manuale di Sociologia della Salute P" Franco Angeli ed.

come falsa coscienza diffusa da quei gruppi sociali che traggono da certe pratiche vantaggi particolari.»⁹ L'attenzione dunque ricade sul conflitto di classe tra coloro che detengono i mezzi di produzione (borghesia capitalista) e coloro che “vendono” la propria forza-lavoro generando così differenze, disuguaglianze e ingiustizia. La salute è pertanto condizionata dal sistema sociale generatore di discrepanze tra una ristretta élite che detiene un potere di tipo coercitivo sulla massa di individui. Anche il rapporto medico/paziente pertanto presenta una dicotomia in cui tra il medico ed il paziente vi è una unilateralità della relazione: il medico agisce utilizzando il proprio sapere su un corpo, il cui individuo è inconsapevole della sua reale condizione. L'unidirezionalità (per non dire dominanza) è dettata anche dal fatto che i medici appongono alla più alta classe sociale mentre i pazienti erano prevalentemente proletari “sfruttati”.

Karl Marx, non ha mai scritto nulla inerente alla salute o alla malattia. Il suo pensiero per tal verso è riconducibile dunque al suo modello di struttura e sovra-struttura. Friedrich Engels invece, co-autore del „Manifesto del Partito Comunista“, ha redatto in giovanissima età una ricerca intitolata “La Classe operaia nella Londra di fine ottocento”. Un lavoro in cui il giovanissimo Engels descrive in modo dettagliato e preciso la vita del proletariato e del sub-proletariato inglese di metà '800: una riproduzione fedele delle vere conseguenze sulla massa del cambiamento prodotto dall'industrializzazione selvaggia degli stili di vita, causa di un incremento di alcune morbilità e mortalità fino ad allora poco incidenti.

Accanto al marxismo di tipo ortodosso si è fatta strada, la cosiddetta *Sociologia Radicale*: la differenza sostanziale tra le due correnti (simili e facilmente confondibili) è: 1) l'alienazione non deriva principalmente dal capitalismo economico ma da un modello culturale di tipo industriale e burocratizzato; la dicotomia salute/malattia viene letta non solo in termini economico-politici ma anche di tipo illuministico (vedi ad esempio l'epidemiologia e la statistica medica) e esistenzialistiche (filosofia morale). Ivan Illich è l'esponente di maggior rilievo grazie al suo concetto di *iatrogenesi*. Per Illich, la iatrogenesi medica è prodotta da un sistema sociale industrializzato e altamente tecnologizzato in cui il soggetto è inerme alla mole di stimoli persuasivi e suggestivi volti al consumismo, alla dominanza biomedica e farmaceutica nel campo della salute, ecc.

La *Fenomenologia* invece ha “rivoluzionato” il modo di leggere ed intendere la salute/malattia poiché ha tentato, e per certi versi ben riuscito, di superare l'anacronistica dicotomia cartesiana tra “*res cogitans*” e “*res extensa*”, unificando dunque le due dimensioni. I fenomenologi, nelle loro differenti scuole, soffermano il loro interesse sul concetto di *Sè* (Self). Oltre a non studiare i

⁹ Pierpaolo Donati (1983) “*La sociologia sanitaria*”. Ed. FrancoAngeli.

fenomeni in ordine macroscopico, secondo tali autori, gli uomini di scienza dovrebbero osservare l'individuo non solo come una mera struttura/funzione di un corpo umano ma “esplorare” *anche* la sua “soggettività”, e conseguentemente l'interazione che lo stesso individuo ha con la comunità/società in cui vive. Pertanto mente e corpo vanno considerati un tutt'uno e non anatomizzati. Le parole chiavi per sintetizzare la sociologia fenomenologica sono: «azione sociale, intersoggettività, intenzionalità, comunicazione di senso, distribuzione della coscienza, senso comune, comprensione dell'altro»¹⁰

Un interesse particolare è da dedicare a Goffman e alla sua visione etnometodologica verso la salute mentale. In *stigma* e soprattutto in *Asylums*, il sociologo americano compie una accurata ricostruzione delle cosiddette *Istituzioni totali* (caserme, carceri, collegi e soprattutto strutture psichiatriche) ove l'individuo assume il ruolo di internato. Lo stigma è dunque di tre tipi: a) le deformazioni fisiche ed intellettive; b) aspetti criticabili del carattere e del comportamento come particolari credenze, passioni sfrenate, ecc.; c) stigmi tribali, di razza e di religione. Una situazione cronica o reversibile di infermità è dunque stigmatizzata in quanto si protende ad una esclusione (parziale o completa) dalla vita sociale. Nel soggetto affetto da una qualunque menomazione l'ambiente crea un *mal-essere* non solo di tipo biologico ma condizione le performance e le capacità dell'individuo. La medicina dunque, non può prescindere l'“individualità” del paziente ma deve instaurare un rapporto empatico tale da facilitare il *ben-essere* dell'assistito. È in questa prospettiva dunque che autori come Twaddle (e poi Maturo) avanzano le tre dimensioni della malattia: *disease*, *illness* e *sickness*, dunque alla *Narrative Based Medicine*.

e) La “strada via” tracciata dalla fenomenologia non basta però per risolvere i problemi epistemologici della sociologia della fine del XX° secolo. Se il paradigma *positivista-realista* – per il quale il sistema sanitario costituisce un dato oggettivo, una *realtà di fatto*, rispetto al quale la conoscenza scientifica deve conformarsi, giustificandosi come da essa derivata e [...] il secondo di tipo *nominalistico-costruttivista* considera il sistema sanitario un sistema culturale.¹¹

La “terza via”, che sta avanzando in questi ultimi anni è l'*approccio correlazionale*.

La *prospettiva connessionista* è «una prospettiva multidimensionale ed interdisciplinare, che considera ed abbraccia svariati livelli analitici, coordinandoli ed interagendo con loro[...] una logica di *co-integrazione* teorica, culturale, metodologica, che favorisce il confronto plurilaterale tra differenti proposte e tra differenti livelli concettuali»¹² Il *correlativismo*, come epistemologia del

¹⁰ Luigi Berzano – Franco Prina (1998) “*Sociologia della devianza*” Carocci ed. p.98

¹¹ Guido Giarelli. (1998) “*Sistemi sanitari*” FrancoAngeli. pp.90-91.

¹² Alessia Bertolazzi (2004). “*I paradigmi sociologici della salute*” in “*Manuale della Sociologia della Salute vol.I*” FrancoAngeli, pp.85-86

co-, si fonda su una logica correlazionale nella quale il legame che si instaura fra le diverse variabili in gioco, il nesso che le congiunge e la co-variazione che si produce negano legittimità euristica sia all'idealismo platonico costruttivista sia al realismo aristotelico positivista.¹³ Per Costantino Cipolla, ogni conoscenza autentica diviene così *co-relazionale* nel senso di *co-prodotta*, *co-istituita*, *co-costruita* secondo una pluralità di livelli analitici fra loro interconnessi che comportano la assunzione del molteplice, della variabilità, del mutamento, della multidimensionalità nel proprio universo di rilevanza.¹⁴

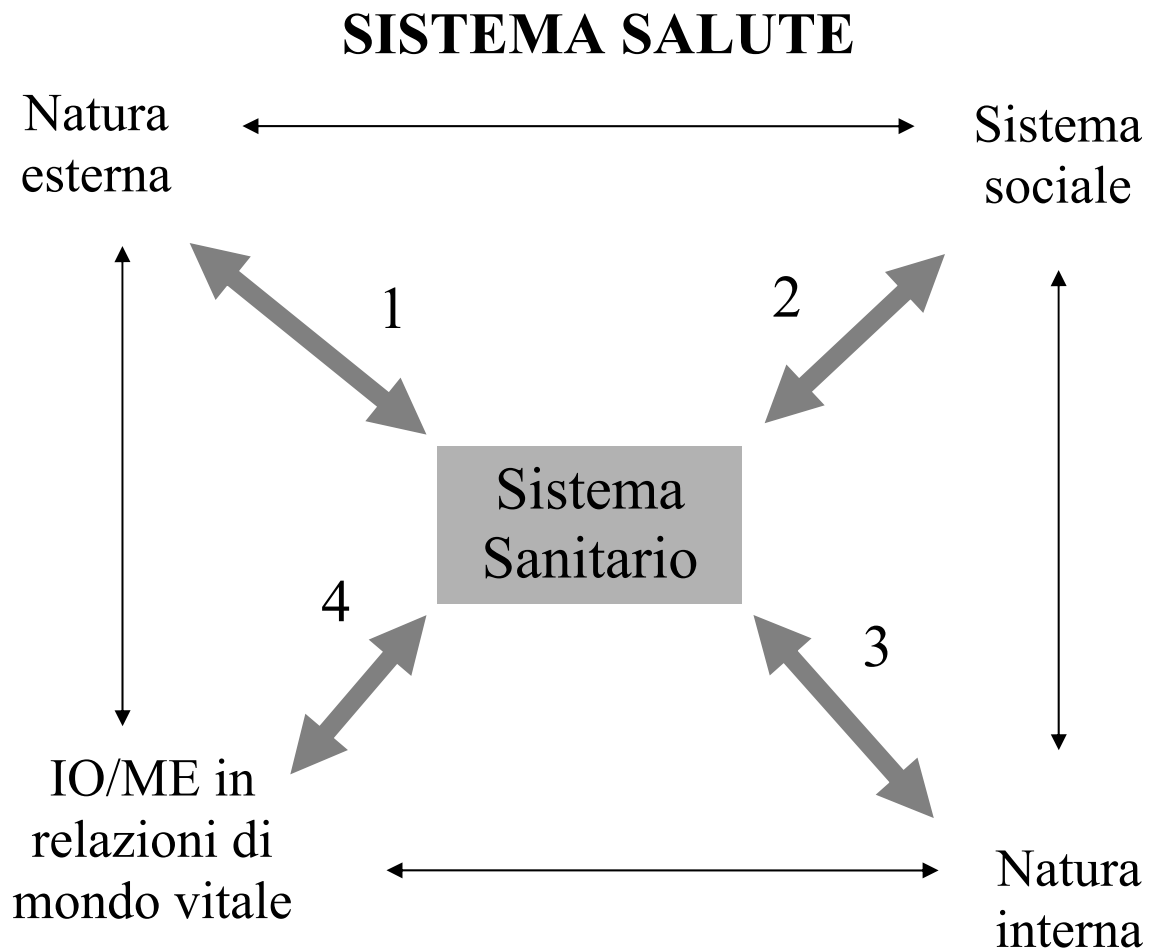
Tale paradigma spiana la strada per una riconversione del connubio sociologia e salute/malattia. Se i precedenti teorici rientravano in una connotazione deduttiva/induttiva in cui la sociologia era subdimensionata al sapere biomedico (ergo Sociologia *della - e nella -* Medicina), con l'approccio correlazionale nasce la *Sociologia Sanitaria*. Fondatore in Italia di tale branca della sociologia è Achille Ardigò, il quale pone il sistema sanitario al centro di un *quadrilatero* ai cui angoli vi sono quattro concetti base:

- *Natura esterna*: ambiente in cui si generano agenti patogeni ed i relativi percorsi di prevenzione/cura/riabilitazione;
- *Sistema sociale*: il teatro in cui i soggetti interagiscono attraverso rapporti interpersonali, costituendo gruppi sociali semplici (famiglia) e complessi (stato);
- *Soggetto*: individuo immerso nei propri *mondi vitali*, ossia il soggetto inteso come *Ego* e come *Self*;
- *Natura interna*: dimensione bio-psichica del soggetto.

L'interconnessione tra queste quattro dimensioni crea sei connessioni ove è possibile individuare tutte gli aspetti del sistema sanitario sia di tipo microscopico (relazione medico-paziente) sia di tipo macroscopico (politica ed economia sanitaria, interventi medico-scientifici su larga scala) e mesoscopiche (organizzazioni sanitarie locali).

¹³ G. Giarelli (2004) p.92

¹⁴ Ibidem



Le quattro connessioni prodotte dall'intersecazione tra le quattro dimensioni ed il sistema sanitario sono identificate in:

- *connessione ecologica* del sistema sanitario, relativa alle risorse che l'ambiente mette a disposizione e al loro utilizzo mediante la divisione sociale del lavoro sanitario in relazione alle forme di differenziazione sociale;
- *connessione strutturale*, relativa ai rapporti fra tale sottosistema e gli altri sottosistemi sociali come quello politico, economico e culturale;
- *connessione fenomenologica*, relativa all'integrazione dell'esperienza vissuta della salute/malattia da parte del soggetto cosciente nell'ambito istituzionale;
- *connessione bio-psichica*, relativa alla valutazione dei suoi effetti sulla salute dei soggetti in quanto persone dotate di corpo/cervello.

L'insieme di questa struttura di interconnessioni analitiche *multidimensionali* definisce i confini di un sistema evidentemente più ampio del sistema sanitario in senso stretto. Guido Giarelli, scrive a proposito: *ci pare opportuno proporre di definire come sistema salute tale sistema più ampio, che*

*ricomprende, oltre al sistema sanitario in strictu sensu, anche la natura esterna, il sistema sociale, la natura interna, il soggetto in relazione al mondo vitale e soprattutto le reciproche interconnessioni che fra questi concetti è possibile individuare.*¹⁵

Si apre così la strada alla *Sociologia della Salute* che centra la propria attenzione non ad un particolare sub-sistema sociale ma tenta di analizzare aspetti della Salute attraverso un'ottica multidimensionale, multidisciplinare e multifunzionale.

Il *sociologo della salute* (e non più *sanitario*) grazie a tale approccio affronta il tema della salute/malattia in senso olistico e non particolaristico. Il suo lavoro si basa su una logica *adduttiva* in quanto supera la dicotomia induzione/deduzione. Egli non è più fossilizzato nella mera quantificazione di un fatto sociale né un cronista di “piccoli” eventi di tematiche generali. La metodologia e le tecniche di ricerca sociale adottate fanno sì che il prodotto del suo lavoro sia un valido strumento per indagini micro-macro strutturali nei vari sub-sistemi della società.

Il contributo della sociologia al sistema sanitario (e al sistema salute più in generale) è orientato alla *valutazione della qualità*. Un apporto utile per l'ottimizzazione della gestione degli 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.). Inoltre, un notevole mezzo di valutazione per la valutazione della qualità è dato dalla soddisfazione dell'utenza e dalla raccolta di “*storie di vita*”.

La sociologia aprendosi alle altre scienze combina la propria metodologia con quella statistica, epidemiologica ed economica; il suo sapere si interseca con la medicina, la giurisprudenza, e persino con la narrativa. Un modo eccellente di valutare struttura/processo/esiti dell'erogazione di un servizio sociosanitario.

Gli artefici di questa innovazione sono gli autori che hanno fondato, che operano o che orbitano presso la cosiddetta *Scuola di Bologna*. Il Dipartimento di Sociologia della Facoltà di Scienze politiche dell'ateneo di Bologna è la fucina di tale pensiero sociologico. Oltre alle numerose pubblicazioni scientifiche su scala nazionale ed internazionale, presso tale dipartimento è nato il corso di laurea in “sociologia della salute e degli stili di vita”, il master universitario di II livello in “valutazione della qualità dei servizi sociosanitari” oltre all'organizzazione corsi di formazione, seminari, workshop e convegni. Notevoli contributi sono pubblicati sulla rivista “*Salute e Società*”, l'organo della *Società Italiana di Sociologia della Salute*, oggi diretto da Tullia Saccheri, docente dell'Università degli Studi di Salerno. Inoltre, presso l'Università della Magna Grecia di Catanzaro è stata istituita la prima cattedra in Italia di sociologia della salute presso una Facoltà di Medicina.

¹⁵ Guido Giarelli. (1998) “*Sistemi sanitari*” FrancoAngeli ed. pp.89-90

Una serie di segnali quindi che dimostrano come la spendibilità dell'*approccio correlazionale* nell'ambito della salute sia una realtà e non più un'ipotesi.