

## NOTE

---

### Attualità

#### *Recenti sviluppi nello studio delle disuguaglianze di salute*

di Ilaria Iseppato\*

Gli studi epidemiologici, in grado di fornire letture di sintesi dei profili di salute della cittadinanza, attraverso l'uso di indicatori quali, ad esempio, la mortalità e la morbilità, godono di un ormai consolidato ruolo di supporto nell'ambito delle politiche per la salute. È evidente, tuttavia, che i dati delle statistiche correnti non costituiscono altro che un'astrazione ed una, ancorché indispensabile, semplificazione numerica di una realtà assai più complessa: le condizioni sanitarie di una popolazione, infatti, sono profondamente influenzate da fattori sociali, economici e culturali specifici del contesto di riferimento, nonché dalle scelte politiche e dalle azioni implementate. La persistenza di profonde disuguaglianze sociali nella salute e nell'accesso ai servizi assistenziali anche tra le più opulente nazioni occidentali ed all'interno

dei singoli stati ne costituisce, probabilmente, la dimostrazione principale. Su questa tematica fanno il punto due volumi da poco pubblicati. Si tratta di: Giuseppe Costa, Cesare Cislighi, Nicola Caranci (a cura di) *Le disuguaglianze sociali nella salute. Problemi di definizione e di misura*, "Salute e Società", a. VIII n. 1, FrancoAngeli, Milano 2009 e Angela Genova, *Le disuguaglianze nella salute. Politiche e governance in Italia e in Europa*, Carocci, Roma 2008.

La scelta di presentare parallelamente questi due volumi, nasce, appunto, da questa rinnovata consapevolezza e nell'intento di proseguire un cammino di integrazione metodologica e disciplinare che già da alcuni anni ha preso avvio all'interno della comunità scientifica che si occupa, a vario titolo, di questi temi.

Il numero monografico della rivista "Salute e Società" curato da Giuseppe Costa, Cesare Cislighi e Nicola Caranci, frutto del lavoro collettaneo di autorevoli ricercatori, si articola essenzialmente in tre direzioni, indissolubilmente interconnesse: introduce una lettura sociologica dei principali modelli teorici esplicativi delle disuguaglianze sociali nella salute ed illustra il nuovo *conceptual framework*, proposto nel

\* Dottoranda di ricerca in Sociologia e politiche sociali presso l'Università degli studi di Bologna. [ilaria.iseppato@libero.it](mailto:ilaria.iseppato@libero.it)

2007 dalla Commissione sui Determinanti Sociali della Salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, all'interno del quale vengono collocati i differenti determinanti della salute e della sua iniqua distribuzione all'interno della popolazione; fornisce una panoramica di alcuni strumenti operativi utilizzati in epidemiologia per la misura delle condizioni socioeconomiche, con un approfondimento sugli indicatori a livello aggregato (mettendone in evidenza potenzialità e limiti) e fa il punto della situazione sulle capacità sviluppate nel nostro Paese di monitorare l'andamento delle disuguaglianze, con particolare riferimento alle carenze delle fonti informative e ad alcune criticità metodologiche; insiste, coerentemente con le raccomandazioni della sopraccitata Commissione, sulla necessità di definire azioni di contrasto alle disuguaglianze di salute ad ampio spettro, che coinvolgano tutti i settori e non solamente quello sanitario.

Il testo di Angela Genova, documentando ampiamente la strettissima relazione tra modelli di governance, *health regime* e disuguaglianze di salute, tocca molte questioni che abbiamo appena visto trattare anche da Costa e colleghi. La sua riflessione sociologica si focalizza principalmente su una dimensione intermedia (o meso) di analisi, ovvero sulle dinamiche attraverso cui la fitta rete di attori istituzionali, del mercato, del non profit e delle reti primarie, ciascuno dei quali portatore di specifici interessi, dà forma a molteplici *policies* di salute, in contesti spazio-temporali differenti. Partendo da un excursus storico relativo alle diverse costruzioni sociali della malattia e dei sistemi di cura occidentali, l'autrice classifica le regioni europee proprio in relazione alle caratteristiche del loro sistema di welfare.

Viene, successivamente, messo in luce come la crisi del Welfare State ab-

bia innescato pressoché ovunque, a partire dagli anni '70 del secolo scorso, meccanismi correttivi volti alla razionalizzazione ed al contenimento dei costi, con conseguente aumento del divario sociale nella salute: le riforme sanitarie in senso liberista e la frammentazione dei livelli di governance (a seguito delle spinte federaliste, da un lato e globalizzatrici, dall'altro) sono solo alcuni dei fattori che maggiormente hanno contribuito a minare i principi di equità. Pur a diversi gradi di criticità, i differenti *health regime* si sono trovati, così, ad affrontare molte problematiche comuni, avviando, allo stesso tempo, un processo di reciproca imitazione rispetto a molti provvedimenti adottati.

È all'interno di questo scenario che affonda le radici un rinnovato interesse verso i determinanti sociali e sanitari della salute ed un cambiamento di prospettiva volto a privilegiare un approccio preventivo, e non più solo terapeutico, alla malattia. Tuttavia, questo cambiamento di rotta che induce ad intervenire sui principali fattori di rischio, pur costituendo senza dubbio un primo passo verso la promozione del benessere collettivo, non può che rivelarsi parziale ed insufficiente, se non accompagnato da un processo di integrazione delle politiche e da una riconsiderazione della complessità sociale del problema delle disuguaglianze di salute nella sua interezza. L'esposizione ai fattori di rischio non è, infatti, necessariamente conseguenza di una scelta individuale autonoma e consapevole, ma, più spesso, è una condizione socioeconomicamente deprivata ad ostacolare l'affrancamento del singolo da alcuni rischi per la salute e ad inibire (con le parole di A. Sen) le sue *capabilities*. Anche in questo caso, dunque, la trattazione culmina enfatizzando l'ormai celeberrimo slogan "*Health in All Policies*", già promosso dallo *European Observatory on Health Systems and*

*Policies*, che sollecita ad intervenire soprattutto sulle cause strutturali della disuguaglianza ed a valutare l'impatto di tutte le strategie politiche sulla salute della popolazione.

La contrazione di un fenomeno sociale in cifre, il suo inquadramento in una più ampia cornice comparativa di politiche di welfare o il tentativo di fornirne un'interpretazione teorica schematica e multidimensionale non rappresentano altro che prospettive differenti da cui osservare e rendere maggiormente comprensibile, secondo una modalità ricompositiva, quello stesso fenomeno: da questa considerazione muove l'invito alla lettura non disgiunta delle due opere qui proposte.

## *La rivoluzione biotech. Un mito?*

di Vittorio Ancarani\*

Le aspettative riposte nella c.d. 'rivoluzione biotecnologica' in campo farmaceutico sembrano essere state largamente sopravvalutate. Questa, almeno, è l'opinione che va diffondendosi fra accreditati osservatori delle vicende del settore (Horrobin, 2003; Kubinyi, 2003). A partire circa dalla metà degli anni '90, l'industria farmaceutica ha compiuto notevoli sforzi per integrare nel processo della scoperta e sviluppo di nuovi medicinali e diagnostici le nuove tecnologie biologiche avanzate sviluppate nei laboratori delle università e dei centri di ricerca. Lo spostarsi della traiettoria innovativa in direzione della genetica molecolare e delle nuove biotecnologie ha suscitato grandi spe-

ranze di crescita economica e di straordinari miglioramenti nella prevenzione, trattamento e cura di gravi malattie. Queste aspettative sono state alimentate dal trionfo della bioinformatica della genomica e delle tecnologie ad esse associate, soprattutto dopo il completamento del Progetto Genoma Umano (PGU).

Negli ultimi anni, tuttavia, prevalgono nella letteratura prospettive più caute sul futuro delle biotecnologie in campo farmaceutico. Il divario fra esagerate e precoci aspettative e la realtà dell'impatto delle biotecnologie sulla ricerca farmaceutica, ha suscitato crescente scetticismo. Secondo alcuni analisti è la stessa esistenza di una 'rivoluzione biotecnologica' in questo campo ad essere messa in discussione (Nightingale e Martin; 2004; Hopkins et alii, 2007). Ciò è preoccupante, perché una prima conseguenza delle promesse mancate potrebbe essere una significativa riduzione del sostegno pubblico per la ricerca biomedica e farmaceutica, in particolare negli Stati Uniti che negli anni passati ne sono stati il motore principale (Horrobin, 2003).

Questa nota, richiamando la letteratura sopra citata, ripercorre cambiamenti e problemi recenti nel campo della ricerca farmaceutica e fa il punto sulla questione argomentando per un ripensamento della 'rivoluzione biotech'.

### **1. I dati del problema**

Risale agli ultimi due decenni circa l'accentuato interesse dell'industria farmaceutica nei confronti di un modello di sviluppo della ricerca farmacologica basato sulle biotecnologie. Alcuni fattori hanno determinato questo cambiamento di prospettiva.

\* Vittorio Ancarani, ricercatore presso l'Università degli studi di Torino, vittorio.ancarani@unito.it

In primo luogo, il declino di produttività della ricerca tradizionale basata sulle conoscenze della chimica farmaceutica e sullo screening di grandi quantità di molecole sintetiche prodotte in laboratorio. Ciò ha sollecitato la ricerca di sistemi innovativi più produttivi veloci e meno costosi di quelli tradizionali per la scoperta di nuovi farmaci e che, nello stesso tempo, garantissero risultati più efficaci e sicuri.

In secondo luogo, il riconoscimento del potenziale della biologia molecolare e dalle nuove biotecnologie non solo in direzione dello sviluppo di prodotti biologici come proteine ricombinanti ed anticorpi monoclonali, ma anche per 'disegnare' nuovi farmaci incluse le piccole molecole organiche che costituiscono il prodotto più tipico della ricerca delle grandi industrie farmaceutiche. In particolare, l'emergere nel corso degli anni novanta della genomica e delle tecnologie ad essa collegate è sembrato offrire mezzi potenti per accelerare il processo di scoperta di nuovi farmaci.

Se si guarda ai risultati, tuttavia, questi paiono molto deludenti. Nell'ultimo periodo la ricerca e lo sviluppo di nuovi prodotti terapeutici e diagnostici ha registrato un significativo declino di produttività. Negli USA a fronte di investimenti crescenti, pubblici e privati, nella ricerca biomedica e a fronte di una crescita esponenziale delle conoscenze biomediche di base, si registra un trend discendente nella presentazione di nuove molecole e prodotti biologici al vaglio della FDA (Food and Drug Administration), l'ente regolatore USA che ha il compito di garantire la sicurezza ed efficacia delle medicine prima che giungano al mercato. Ciò significa che un numero minore di nuovi prodotti ha la possibilità di venire autorizzato e reso disponibile per i pazienti.

Più accentuato ancora si presenta il gap di produttività della ricerca farma-

ceutica se si guarda a quanti nuovi medicinali superano i controlli finali delle autorità regolatrici lungo il percorso di sviluppo del farmaco. Nel 1991, quando il bilancio della R&S dell'industria farmaceutica raggiungeva gli 8,4 miliardi di dollari, si registrava l'autorizzazione di 30 nuovi farmaci. Nel 2004 il numero dei farmaci autorizzati era lo stesso, ma la spesa per R&S saliva a 39 miliardi di dollari, cinque volte di più (Williams, 2007).

La produttività della ricerca farmaceutica, misurata dal numero delle nuove entità molecolari (NME) e biologiche (BLA) approvate in un dato anno dalle autorità regolatrici diviso per il totale degli investimenti in R&S, peggiora di anno in anno da circa trent'anni (Booth e Zimmel, 2004). In definitiva, la crescita esponenziale dei costi della ricerca e gli sforzi per ristrutturare le operazioni di R&S sulla base delle nuove tecnologie genomiche, non sembrano aver fatto la differenza nel rifornire la magra pipeline delle industrie farmaceutiche.

Tuttavia, strette nella morsa fra maggiori costi e declinante produttività e le pressioni crescenti da parte di governi, società assicurative e associazioni di pazienti per ridurre protezione brevettuale e prezzo dei farmaci, le industrie farmaceutiche sembrano proseguire nella ricerca di nuove tecnologie risolutive che consentano a breve di rovesciare il trend. Resta poco chiaro da dove possano venire questi risultati e fino a quando potranno continuare su questa strada.

## 2. La "rivoluzione biotecnologica" e i suoi critici

Le ragioni del declino della produttività della ricerca farmaceutica, nonostante l'impatto delle biotecnologie nella scoperta e sviluppo di nuovi far-

maci, rimane un argomento largamente dibattuto. Le cause più frequentemente menzionate sono le seguenti.

In primo luogo, le malattie ancora sprovviste di trattamenti soddisfacenti (come tumori, malattie neuro-degenerative, o stati cronici) sono molto più complesse di quelle del passato ed i loro meccanismi patogeni ancora non ben conosciuti. In secondo luogo, le compagnie farmaceutiche tradizionali hanno difficoltà ad integrare le nuove conoscenze (per esempio la genomica) nelle loro operazioni di R&S. In terzo luogo le autorità regolatrici sono diventate più caute, hanno alzato gli standard di sicurezza in risposta a rischi osservati in medicinali già sul mercato contribuendo a rendere più costoso e difficile il processo di R&S.

Alcuni critici, tuttavia, vanno più in là. Essi mettono in discussione il modello di innovazione farmaceutica uscito dalla rivoluzione provocata dalle tecnologie genomiche proteomiche e bioinformatiche.

La differenza più rilevante tra la ricerca farmaceutica del passato e quella più recente è il focus di quest'ultima sulla scoperta di sempre nuovi target molecolari per la creazione di prodotti terapeutici. Le nuove conoscenze genomiche hanno in effetti accelerato l'identificazione di nuovi ipotetici target molecolari. Si pensava a questo punto che mediante nuove sofisticate tecnologie genetiche (gene knockouts, gene knock-ins, anti-sense RNA, ecc.) la ricerca farmaceutica sarebbe stata in grado di 'validare' questi nuovi target e, quindi, disegnare rapidamente test farmacologici appropriati per identificare sostanze in grado di modificare i target in modo terapeuticamente efficace (Drews, 2003). Tuttavia la loro validazione come effettivi target per l'azione di nuove sostanze terapeutiche sta procedendo molto più lentamente del previsto.

Il risultato è che il punto critico dell'innovazione farmaceutica è diventato la caratterizzazione e validazione funzionale del numero crescente di nuovi potenziali target biologici (geni o proteine) che si presumono coinvolti nell'eziologia di certe malattie. Infatti, la validazione in vitro o mediante animali modello della ricerca farmacologica orientata a target biologici non ha garantito una significativa congruenza con la biochimica e la fisiologia degli stati patologici che si vogliono curare in pazienti umani. In definitiva, le nuove tecnologie genomiche e proteomiche, mentre hanno reso più complessa ed ampliato a dismisura obiettivi e aspettative della ricerca farmaceutica, sono state finora poco in grado di rendere più rapide ed efficienti le prime fasi del ciclo innovativo (scoperta e test pre-clinici) che avrebbe dovuto, sulla base delle aspettative prevalenti, condurre alla identificazione precoce di molecole più valide da sottoporre alle fasi successive (e più costose) della pipeline farmaceutica (i test clinici).

Per alcuni critici ciò equivale a riconoscere che, per quanto riguarda il settore farmaceutico, l'idea di una 'rivoluzione biotecnologica' andrebbe abbandonata (Hopkins et alii, 2007), che i frutti della genomica sono di là da venire (Williams, 2003) o, addirittura, che la ricerca farmaceutica ha imboccato una strada sbagliata che ci allontana dal mondo reale dei pazienti e della malattia (Horrobin, 2003). Tuttavia, paradossalmente, gli stessi critici sembrano poi convinti che le nuove tecnologie sono entrate nella ricerca farmaceutica per restarvi.

### **3. Un nuovo quadro concettuale per la "rivoluzione biotech"**

Non vi è dubbio che, nonostante i progressi scientifici, l'applicazione alla

ricerca farmaceutica della genomica e delle tecnologie ad essa associate sia ancor oggi contornata da rilevanti incertezze di natura scientifica tecnica ed economica. Tuttavia un verdetto sommario di fallimento appare, più che prematuro, ingiustificato e ancorato alla medesima prospettiva semplicistica che ha accompagnato molte delle aspettative eccessive seguite agli annunci dei successi della ricerca. L'idea, cioè, di un percorso lineare che va dalla scoperta di laboratorio all'impiego clinico.

Si richiede evidentemente un profondo cambiamento di quadro concettuale per sondare la dinamica della 'rivoluzione biotech', e quello sviluppato nell'ambito degli studi sociali della scienza e tecnologia ci pare il più accreditato. Secondo questa prospettiva multidisciplinare lo sviluppo tecnologico e la sua inserzione nella società non è risultato di una semplice spinta della tecnologia né deriva dalla percezione di bisogni sociali inevasi, ma dalla interazione di differenti processi istituzionali e culturali oltre che cognitivi. Da questo punto di vista lo sviluppo delle nuove tecnologie genomiche e la trasformazione del processo di ricerca e sviluppo di nuovi farmaci andrebbe tematizzato come un processo complesso di coevoluzione. Un processo che deriva solo in parte dai cambiamenti 'tecnici' portati dalla 'rivoluzione' genomica. Esso è anche il risultato dell'evoluzione delle procedure di monitoraggio e controllo da parte delle autorità regolatrici che presiedono all'autorizzazione del farmaco per il suo utilizzo clinico, delle strategie di ricerca e sviluppo adottate dalle imprese farmaceutiche (per esempio il superamento di quella che è stata chiamata la sindrome del 'blockbuster' quale ricetta risolutiva per i problemi di bilancio del settore). Ma anche della difficoltà di governare la complessità di un

ambiente di ricerca e sviluppo che coinvolge numerosi attori (università, laboratori industriali, grandi imprese farmaceutiche, piccole e medie imprese biotech., ecc.) che è per giunta sottoposto a continue ondate di innovazioni scientifiche e tecnologiche. Un ruolo importante a questo proposito potrebbe essere giocato dalle autorità regolative in USA e EU (FDA ed EMEA) che vada oltre la funzione di valutazione-autorizzazione del farmaco per assumere una funzione di stimolo per accelerare l'innovazione e la coordinazione dei passaggi critici del percorso del farmaco dal laboratorio al prodotto finale. Questo punto è stato riconosciuto dalla FDA nella sua Critical Path Initiative (2004) volta ad accelerare il processo per portare ai pazienti terapie mediche innovative.

Di fronte alla complessità di queste interazioni è alquanto improbabile l'affermarsi di un modello unico o dominante di utilizzo delle tecnologie genomiche. Al contrario, lo sviluppo del settore sembra doversi configurare come un processo competitivo di sperimentazione e ricerca di tecnologie efficaci da inserirsi in molteplici punti lungo l'articolato percorso di scoperta e sviluppo del farmaco. Di conseguenza si deve ragionevolmente prevedere l'emergere di numerose opzioni tecniche per il ri-disegno e l'applicazione delle nuove tecnologie in campo farmaceutico delle quali è difficile prevedere quali hanno la maggiore probabilità di essere sviluppate o, al contrario, abbandonate.

#### Bibliografia di riferimento

- Booth B., Zimmel R. (2004). Prospect for productivity. *Nature Reviews Drug Discovery*, 2: 451-456
- Drews J. (2003). Trends in the drug industry. *Drug Discovery Today*, 4, 411-420

- Hopkins M.M., Martin P.A., Nightingale P., Kraft A., Mahadi S. (2007). The myth of the biotech revolution: An assessment of technological, clinical and organizational change. *Research Policy*, 36: 566-589
- Horrobin D.F. (2003). Modern biomedical research: an internally self-consistent universe with little contact with medical reality? *Nature Review Drug Discovery*, 2: 151-154
- Kubinyi H. (2003). Drug research: myths, hype and reality. *Nature Review Drug Discovery*, 2: 665-668
- Nightingale P., Martin P.A. (2004). The myth of the biotech revolution. *Trends in Biotechnology*, 22: 564-569
- Williams M. (2003). *Current Opinion Pharmacology*, 3: 571-577

## Interventi

### *Droghe nella notte*

di Cristina Sorio\*

I giovani, le droghe e la notte continuano ad essere al centro dell'attenzione degli studiosi del settore e il libro che presentiamo ne è la testimonianza. La ricerca empirica pubblicata, si è svolta nell'ambito del progetto Safe-Style che fin dal 2000, su iniziativa dell'Azienda Usl di Ravenna e dal Comune di Lugo, promuove un modello di prevenzione all'uso di sostanze, alla guida in stato di ebbrezza ed uno stile di vita attento alla sicurezza e alla salute. In collaborazione con i professionisti del divertimento notturno (gestori di locali e Dj), gli operatori coinvolgono i giovani avvalendosi di strategie inno-

vative nel contesto, nel linguaggio, nell'immagine e nell'uso di strumenti informativi interattivi e multimediali. Il progetto coinvolge ogni anno molti giovani: nel 2007 ha realizzato 162 eventi notturni, effettuando interventi preventivi (alcoltest, questionari, info by web o wide screen), nei confronti di 25.000 giovani.

Dal 2001 nelle discoteche della riviera romagnola, delle città della Romagna e in parte dell'Emilia vengono rilevati i consumi di sostanze psicoattive, la percezione del rischio e l'assunzione di comportamenti nocivi per la salute. Gli intervistati vengono contattati all'interno dei locali, ricevono informazioni al drug infopoint e coloro che si dichiarano disponibili sono invitati a compilare il questionario in un'area appositamente attrezzata, seguiti da un operatore per rispondere agli eventuali dubbi nel corso dell'autocompilazione.

Il libro *Droghe nella notte. Una ricerca empirica sulla costa romagnola*, a cura di Costantino Cipolla, Manuela Martoni, FrancoAngeli, Milano 2009, presenta i risultati dell'ultima rilevazione che risale al periodo maggio-ottobre 2007. Si tratta di una sorta di aggiornamento delle rilevazioni precedenti, che cerca di fare il punto sulle nuove tendenze di consumo delle sostanze psicoattive, sulla percezione del rischio e l'assunzione di comportamenti nocivi per la salute ed il benessere, nei luoghi del divertimento giovanile.

Lo studio pubblicato è stato condotto su 5233 giovani contattati in 22 locali del loisir, 63,8% maschi e 35,2% femmine, con età compresa tra i 18 e i 25 anni, per il 44% studenti e il 40% lavoratori, residenti in prevalenza nelle province di Ravenna, Forlì-Cesena,

\* Cristina Sorio, responsabile dell'Osservatorio Epidemiologico Dipendenze Patologiche dell'Azienda Usl di Ferrara, c.sorio@ausl.fe.it

Bologna e in misura minore Rimini e Ferrara.

Nonostante il policonsumo rappresenti il pattern di uso oggi dominante, la scelta editoriale ha privilegiato l'analisi separata delle singole droghe seguendo una lettura basata sulla comprensione delle tipologie di consumo e dei consumatori e i relativi significati associati.

La ricerca, in linea con i rapporti italiani ed europei, mostra una crescita costante dei consumi di sostanze psicoattive e dell'abuso di alcol tra i giovani contattati nei locali da ballo, nei pub e altri luoghi del divertimento notturno.

Nel testo gli autori cercano di evitare il binomio tra discoteca e droga anche se nel delineare il profilo istantaneo della diffusione di sostanze psicoattive, non perdono di vista i cambiamenti che i locali hanno subito nel tempo dal punto di vista musicale e dei consumi di sostanze.

In particolare si sottolinea come l'alcol (39,9% nei weekend e 27,5% più volte la settimana) e il tabacco (35,6%) possano essere iscritti tra le abitudini quotidiane di molti ragazzi. Per quanto riguarda le bevande alcoliche si consolida il modello di consumo, già rilevato da altri studi, fuori pasto, alla ricerca del *binge drinking* e avviato in età precoce. Ciò che emerge con forza in questa popolazione è la forte incoerenza tra la consapevolezza dei rischi indotti dalle sostanze psicoattive legali e i comportamenti. Ne deriva l'esigenza di attivare interventi informativi e formativi per ridefinire culturalmente il consumo di bevande alcoliche e tabacco.

Confrontando gli indici di consumo delle sostanze illegali, la *cannabis* è la più usata (47% l'ha assunta almeno una volta nell'ultimo anno, di cui il 22,4% con consumo abituale, solo il 3,1% è monoconsumatore), con un ri-

schio percepito di poco superiore all'ubriacatura.

La *cocaina* è diffusa tra il 24,3% degli intervistati, soprattutto maschi, per il 10% con una frequenza d'uso saltuaria e per il 5,8% da più volte la settimana a tutti i giorni. L'uso abituale di cocaina aumenta con l'età, è associato ad un livello di istruzione basso ed è più diffuso tra chi ha già un lavoro rispetto agli studenti. Tra i consumatori di cocaina abituali è più probabile l'assunzione di comportamenti a rischio nei rapporti sessuali non protetti con partner occasionali. Viene confermata la predisposizione alla *poliassunzione* con una forte relazione con l'uso di *ecstasy* e *cannabis*. L'uso di cocaina e *cannabis* non sono percepiti come comportamenti pericolosi, nemmeno se associati alla guida di autoveicoli.

A questo proposito il 16,8% del campione negli ultimi 12 mesi ha avuto uno o più incidenti stradali per guida in stato di ebbrezza o sotto l'effetto di sostanze psicoattive. Va sottolineato, che indipendentemente dal tipo di sostanza, le condotte a rischio aumentano progressivamente passando dal non consumo, al consumo occasionale fino al consumo abituale.

Le sostanze sintetiche hanno consumi più contenuti ma sono spesso associate all'assunzione di altre sostanze in varie forme di policonsumo o poliassunzione, che spesso nasconde un modello da supermarket dove la cultura della droga fa da contenitore confuso e occasionale, orientato dal desiderio di modificazione dei propri stati mentali.

Il *tabacco*, ha un'ampia accettazione sociale da parte dei giovani intervistati e accompagna nella maggioranza dei casi il consumo delle altre sostanze, in particolare la *cannabis*, l'*ecstasy* e il *popper*. Il *popper*, diffuso per lo più nella forma di nitrito isosolubile, è venduto nei sexy shop al fine di favori-



re l'eccitazione sessuale. In realtà l'uso di questa sostanza, che nello studio raggiunge il 26% degli intervistati con frequenza occasionale, avviene attraverso lo sniffing, comportando gravi rischi per la salute. Il suo consumo tuttavia tende a sganciarsi dalle finalità puramente sessuali e trova impiego per facilitare la "risalita" degli effetti dell'ecstasy. La pericolosità dello sniffing non va sottovalutata in quanto comprende prodotti disponibili in uso domestico o industriale, pertanto legali, facili da reperire e a basso costo. Inoltre gli effetti immediati degli inalanti fanno sì che siano particolarmente apprezzati fra i più giovani (un intervistato su tre con età compresa tra i 18 e i 25 anni ha dichiarato il consumo di popper nell'ultimo anno). Nell'analisi delle associazioni hard tra le sostanze inalanti e le altre, più comune tra gli over 30, i valori di correlazione più alti si rilevano nell'associazione tra inalanti (colle e solventi) e crack, ketamina e allucinogeni; e tra popper e cocaina ecstasy e ketamina. Tra le cosiddette nuove droghe la *ketamina* gioca un ruolo importante: originariamente sintetizzata e impiegata per scopi terapeutici, ha iniziato a diffondersi nei rave party per estendersi negli ultimi anni nei locali notturni. La ketamina, che interessa l'11,5% degli intervistati, viene assunta frequentemente in un pattern di policonsumo simultaneo con altre sostanze, in particolare con cannabis, alcol e mdma.

Gli effetti si riverberano sulla pratica di esperienze rischiose: chi dichiara di aver guidato ad alta velocità e sotto l'effetto di sostanze, di non indossare le cinture di sicurezza o il casco, di avere rapporti sessuali non protetti e di aver avuto un incidente stradale (33%)

nell'ultimo anno è un consumatore di ketamina.

Emerge con chiarezza come la presenza di comportamenti pericolosi non dipende da scarse o errate informazioni, ma trova origine nell'accettazione culturale del rischio che lo interpreta positivamente in quanto associato al piacere, alla fuga dalla routine quotidiana, come auto realizzazione personale e come spazio di espressione.

Nel complesso lo studio porta un forte contributo alla comprensione del life style pericoloso nelle giovani generazioni in uno dei più complessi "non luoghi" delle società contemporanee. Tuttavia vanno rilevate alcune lacune metodologiche che segnano un limite alle possibili interpretazioni. Innanzitutto la scelta di indirizzare la ricerca sull'intera popolazione presente nelle discoteche in date prefissate, slegata da qualsiasi tecnica di campionamento statistico, non permette alcuna generalizzabilità dei risultati perché soggetta a bias di selezione insiti nella scelta dei singoli intervistati di partecipare o meno all'indagine. Secondariamente va rilevato che manca uno studio sulla riproducibilità dello strumento di rilevazione, che per alcuni items risulta di dubbia interpretazione, per esempio non discriminando tra crack e cocaina fumata, o non sufficientemente esaustivo. Inoltre l'autocompilazione del questionario ha comportato incongruenze ed errori nelle risposte derivate dal fatto che i soggetti rispondevano a notte fonda e spesso dopo aver assunto sostanze psicoattive.

Infine emerge con forza la difficoltà di trattare le sostanze singolarmente per l'emergere del policonsumo come modello dominante.

## Una replica a Cristina Sorio

Di Costantino Cipolla\*

La ricerca in questione e le osservazioni critiche avanzate da Cristina Sorio sono in parte presenti in alcuni capitoli del testo, che ha ospitato gli esiti della ricerca condotta nelle discoteche della riviera romagnola e relativa all'uso di sostanze psicoattive. Tra le osservazioni avanzate da Cristina Sorio, alcune appaiono condivisibili, altre risultano minori, mentre alcune toccano il cuore della ricerca sociologica intesa come tale, che è ben lontana da quella di impianto naturalistico o biologico, in gran parte propria del lavoro epidemiologico.

Non è questa la sede per criticare il riduzionismo, a volte esasperato, del metodo del doppio cieco, in cui la variabilità viene ridotta ad un unico stimolo e per di più letto in chiave sì/no. Basti osservare che questa condizione nelle scienze sociali è praticamente assente, rendendo di fatto impossibile le ricerche sperimentali.

È chiaro che in questi casi, cioè in quelli che ci riguardano come sociologi della salute, è quasi obbligatorio lavorare su dinamiche di co-variazione ben più ampie.

Ma torniamo a noi:

a) la critica all'autoselezione mi sembra sinceramente quasi autodistruttiva. L'idea di lavorare con le palline di un'urna da cui estrarre i soggetti da intervistare appartiene al "regno dei cieli" e non a quello delle ricerche concretamente conducibili su questa terra. L'idea che la validità di un campione stia nella sua casualità,

intesa secondo il principio tecnico basato sulla curva normale e sull'estrazione dei soggetti da intervistare da un elenco pre-costituito, rende sostanzialmente impossibile ogni seria ricerca sociologica: si può studiare così l'omosessualità? Si possono studiare così i malati di tumore? Si può studiare così la popolazione nel suo insieme? È chiaro che la forza di una selezione sta nella rendicontazione dell'onestà metodologica di come l'insieme di riferimento empirico (o campione) è stato costruito. Ciò rende anche possibile la individuazione di eventuali distorsioni, nel senso positivo del termine, dei risultati ottenuti.

- b) Inoltre, l'autrice scrive che la tecnica di ricerca "non permette alcuna generalizzabilità dei risultati perché soggetta a bias di selezione insiti nella scelta di singoli intervistati di partecipare o meno all'indagine". Faccio notare che in tutte le ricerche le persone possono partecipare o meno. Non vi sono ricerche in cui qualcuno è "obbligato" a partecipare. La cosa importante è che risulti chiaro come sia stata svolta la selezione. E nel nostro caso lo è.
- c) Su tutto il questionario e anche sullo specifico del crack, abbiamo fatto pre-test di tutti i tipi e siamo giunti a quel risultato con garanzie notevolissime che sarebbero facilmente documentabili. È scontato poi che ci può essere sempre qualche processo di aggiustamento e di miglioramento. La perfezione non è di questa terra. La riproducibilità di uno strumento è terminologia che non mi appartiene in quanto strutturalmente incongruente. Qualche forma di in-

\* Costantino Cipolla, direttore scientifico di *Salute e Società*, ordinario di Sociologia generale e Sociologia della salute presso la Facoltà di Scienze Politiche "Roberto Ruffilli", Università degli studi di Bologna. [costantino.cipolla@unibo.it](mailto:costantino.cipolla@unibo.it)

congruenza appartiene ad ogni tipo di ricerca ed è chiaro che la nostra indagine non ne è andata esente, ma questo è il fascino di questo studio, unico nel suo genere, e appartiene all'arguzia del ricercatore scoprire coerenze ed incoerenze, senza pretendere di applicare la propria coerenza agli altri (cfr. in merito l'importante testo di M. Niero, *La personalizzazione nella ricerca quantitativa. Per la valutazione della salute e degli esiti riferiti dai pazienti*, FrancoAngeli, Milano).

- d) In relazione alle critiche legate al tema della poliassunzione, è chiaro che non esiste policonsumo se non esiste consumo singolo. Avere dati statistici per ogni sostanza (anche molto rara) è un notevolissimo vantaggio e ha dato risultati di grande qualità. Basti vedere per esempio i dati sui solventi che oggi sono diventati di dibattito corrente, mentre nelle presentazioni della ricerca molti sostenevano fossero frutto di errori.

Mi pare che la metodologia sociologica non possa e non debba essere sussumta sotto quella epidemiologica, che spesso nega proprio se stessa, senza saperlo.

### *La formazione sociologica come strategia per l'empowerment dei professionisti della sanità*

di Emiliana Mangone\*

Il soggetto coinvolto in un processo di formazione ha attese di migliora-

mento, di valorizzazione personale e di relazione che, se realizzate, gli consentirebbero di attuare un processo di auto-interazione, tale da poter largamente ridurre da una parte i rischi di patologie da disadattamento e dall'altra, migliorare la propria prestazione in relazione all'ambiente e alla domanda degli utenti.

Ciò che caratterizza i moderni contesti di lavoro, e le organizzazioni sanitarie non sono escluse, è la dialettica rigidità/flessibilità, dove la nozione di flessibilità deve essere intesa non come un adeguamento passivo, ma la capacità di costruire un intervento attivo: l'organizzazione sanitaria può essere rappresentata come un organismo in cui tutte le parti interagiscono e si implicano a vicenda. Ciò porta ad una forte interconnessione tra lo sviluppo organizzativo e il cambiamento professionale, con un'attenzione alla qualità del lavoro: la modificazione, che nel processo formativo tradizionale era prevista solo indirettamente, a seconda dei livelli di conoscenza e di adattamento raggiunti dai lavoratori, diventa il risultato diretto dell'interazione tra soggetti formati e organizzazione.

Il problema della formazione professionale associato ad una formazione culturale e di base, ha cominciato a manifestarsi solo qualche decennio fa, perché per un lungo periodo è prevalso il punto di vista secondo cui la formazione era un costo più che un investimento per le organizzazioni. La nuova domanda di formazione che si va configurando assume sempre più gli aspetti di quella che poi è definita "formazione continua" (*lifelong learning*): formarsi è sempre più un fatto inevitabile, e fare formazione è sempre meno improvvisazione.

\* Emiliana Mangone, è ricercatrice in Sociologia dei processi culturali e comunicativi presso la Facoltà di Scienze della formazione dell'Università degli studi di Salerno. emangone@unisa.it

In una situazione così configurata, la formazione dei professionisti della sanità assume sempre meno la funzione compensatrice per assumere quella di regolazione del sistema, essa permette ai soggetti di adattarsi ai rapidi cambiamenti; una formazione che non è più solo trasmissione della conoscenza, ma che promuova le capacità di *apprendere ad apprendere* (*learning by learning*), cioè apprendere dalle esperienze lavorative quotidiane e di relazione; il lavoratore non è più l'alienato di marxiana memoria, ma è parte attiva coinvolta nei processi di produzione del bene salute e in tutti i processi di sviluppo dell'organizzazione sanitaria. Nella prospettiva di un miglioramento delle prestazioni di servizi di carattere sanitario e socio-sanitario, le attività di formazione dovrebbero assumere la forma di *empowerment* in cui la necessità di integrare funzionalmente teoria, empiria ed operatività è ineludibile (Cipolla, 1998). In questa direzione la sociologia e le altre scienze umane potrebbero assumere un ruolo fondamentale nell'istituzioni e nel mantenimento dell'integrazione di questi aspetti, contribuendo alla costruzione di un ambiente di lavoro responsabilizzato, in cui ciascun professionista con il proprio sapere e la propria esperienza possa essere direttamente coinvolto nelle scelte da effettuare in relazione alle situazioni problematiche che si presentano. L'interazione tra conoscenza e intervento, si riferisce a quello che Donati (1989) definisce come "approccio relazionale": «il carattere relazionale del-

la realtà sociale consiste tanto degli aspetti oggettivi (oggettuali) che degli aspetti soggettivi (simbolici). [...] La sociologia è pertanto ricerca di tali connessioni reali tipiche connessioni che sono allo stesso tempo "azioni" e "funzionamenti", intersoggettività e struttura organizzativa» (Ibidem, p. 186).

### 1. Il fattore umano nelle organizzazioni sanitarie

Uno degli elementi essenziali che costituiscono un'organizzazione è il "partecipante"<sup>1</sup> o, per meglio dire, l'*essere umano*, elemento sul quale il dibattito degli studiosi è sempre aperto a causa della sua variabilità. Nel presente lavoro il nostro obiettivo, fermo restando questo presupposto, è quello di andare verso una direzione che ci consentirà di capire l'influenza del *fattore umano* sul funzionamento di un'organizzazione sanitaria.

Gli essere umani sono alla continua ricerca della soddisfazione dei propri bisogni e del raggiungimento di obiettivi prefissati: il comportamento degli individui è quindi in funzione di se stessi e della situazione circostante in cui essi sono inseriti; pertanto, ci sembra utile focalizzare l'attenzione su quelli che possono essere i presupposti, gli assunti attraverso i quali gli individui interpretano, percepiscono e si rappresentano le organizzazioni di lavoro e nel caso specifico le organizzazioni sanitarie.

1. Il modello di organizzazione di Leavitt (1965), denominato del "diamante", tra gli elementi essenziali che costituiscono un'organizzazione, individua la struttura, i compiti (task), la tecnologia (strumenti) e le persone (agenti) o partecipanti. Questo elemento è quello più messo in discussione, poiché non vi è accordo tra gli studiosi su quali aspetti della personalità dei singoli individui debbano essere presi in esame nell'ambito dello studio delle organizzazioni e su quali possano essere i loro effetti: è indubbio che l'influenza della personalità sul funzionamento di un'organizzazione vari a seconda del ruolo e dell'organizzazione stessa.

La conoscenza che gli individui hanno dell'organizzazione entro cui lavorano è uno strumento importante, poiché da esso possono prendere significato le esperienze organizzative proprie ed altrui, da qui partono delle indicazioni che possono esserci d'aiuto per spiegare dei processi all'interno di un'organizzazione sanitaria sia a livello micro (ad esempio: le modalità di accoglienza dei pazienti) sia a livello macro (ad esempio: cambiamenti all'interno di reparti o dipartimenti). Le idee che gli individui hanno dell'organizzazione sanitaria (sia per chi vi lavora, sia per coloro che ne sono i fruitori) sono legate alle esperienze soggettive, ma non solo: la conoscenza non nasce dal nulla, ma è strettamente legata alla cultura; stando alla concezione tradizionale di cultura, si può affermare che le idee sulle organizzazioni si sviluppano attraverso l'acquisizione e l'interiorizzazione di concezioni stabili che entrano in contatto nelle varie fasi della socializzazione. Secondo Kaneklin e Olivetti Manoukian (1990) vi sono due modi di rappresentazione o due visioni delle organizzazioni: una è la visione *unidimensionale*, l'altra è la visione *pluridimensionale*.

Nelle organizzazioni sanitarie – in particolare – è presente una visione forte, spesso appiattita, cioè *unidimensionale*: l'ambiguità della comunicazione, la moltitudine di variabili, le possibili interferenze da parte dei soggetti non inquadrati all'interno dell'organizzazione non vengono prese minimamente in considerazione; non viene negata l'esistenza di queste problematiche, ma c'è un loro inquadramento all'interno di contorni che non possono dare adito a possibili interpretazioni diversificate. L'organizzazione sanitaria non è in una condizione di interdipendenza con il soggetto che ricorre ad essa, ma è piuttosto interdipendente con i soggetti che lavorano in essa, è costitu-

tiva dell'identità lavorativa. Una visione di questo tipo crea molto spesso dei problemi in caso sopraggiungano delle trasformazioni (si vedano gli effetti delle riforme che si sono susseguite e soprattutto quelle della cosiddetta "Riforma Bindi"), ciò perché le innovazioni possono scontrarsi con l'idea forte che gli individui hanno interiorizzato dell'organizzazione. A differenza della visione unidimensionale, che per molti versi si presenta funzionale al controllo dei comportamenti dei lavoratori, la visione *pluridimensionale* si rivela poco utile a tale scopo, proprio per il suo essere multiforme: è fondamentale ricorrere a schemi interpretativi multipli affinché si possa associare un quadro conoscitivo che sia sufficientemente esplicito e certo. L'individuo legato a questa visione è quindi disponibile a recepire stimoli ed informazioni che gli consentano di avere una idea di organizzazione che non debba essere continuamente difesa.

Tutti gli operatori della sanità all'interno delle organizzazioni, siano esse ospedali o altri tipi di strutture, entrano con le proprie esigenze che risultano spesso in contrasto con quelle delle organizzazioni formalmente strutturate. Uno dei maggiori studiosi che mette in evidenza questo contrasto è Chris Argyris (1957), il quale sostiene che le organizzazioni all'interno delle quali gli individui cooperano per il raggiungimento di fini comuni devono essere strutturate in maniera tale da favorire lo sviluppo della crescita personale e professionale. Le organizzazioni sanitarie tuttavia, a causa della loro strutturazione rigida e razionale, impediscono molto spesso questo tipo di sviluppo: il contrasto tra la logica funzionale delle organizzazioni sanitarie e le esigenze di crescita umana può far nascere sensi di frustrazione e delusione, che possono portare a situazioni di conflitto. La via d'uscita prospettata da Argyris con-

siste in una nuova definizione dei compiti lavorativi, in special modo attraverso la creazione di gruppi informali di lavoro che siano in grado di autogestirsi: si tratta di sviluppare una cultura nuova, attenta non solo alle esigenze dell'organizzazione ma anche a quelle dei lavoratori, partendo dall'assunto che, quanto più queste esigenze sono soddisfatte, tanto più il livello della performance lavorativa aumenta producendo effetti immediati e positivi sull'efficienza ed efficacia delle organizzazioni sanitarie.

L'organizzazione sanitaria è riconosciuta come una struttura complessa<sup>2</sup>; l'aspetto della complessità in ambito sanitario, per il senso comune, viene spesso associato alle disfunzioni quotidiane, agli errori operativi, alla negazione dei diritti o comunque ad uno stato di disordine. Spetta, pertanto, a colui che lavora in sanità «conquistare sul campo le condizioni necessarie per superare la dicotomia complessità/disordine e restituire la giusta rappresentazione della complessità dell'organizzazione sanitaria nel più generale ambito della società complessa. Un'accezione di questo tipo è sicuramente problematica, ma allo stesso tempo è fonte di ricchezza e di polivalenza; un approccio di ricerca critico dovrebbe poter studiare il sistema sanitario come un sistema organizzativo unitario, complesso e aperto. Unità e complessità fanno riferimento ai diversi livelli di professionalità, agli status e ai ruoli (organizzazione e divisione del lavoro), ai modi in cui essi vengono percepiti e come viene percepito il concetto di salute e malattia; l'apertura è riferita alle

interrelazioni tra sistema sanitario e sistema sociale più ampio; risulterebbe basilare nelle relazioni tra le singole unità operative e l'intera istituzione poter concepire l'organizzazione sanitaria come sistema aperto» (Mangone, 2003, pp. 79-80).

Si rende necessario chiarire un aspetto prima di proseguire nella nostra riflessione; quando parliamo di organizzazione sanitaria e professioni sanitarie dobbiamo tenere conto di cosa parliamo quando ci riferiamo ai prodotti del settore sanitario: sicuramente il prodotto della sanità non è la salute (*health*), ma bensì le cure attraverso cui si vuole procurare salute ai cittadini (*health care*). Questa concezione denota che in campo sanitario l'attenzione si sta allontanando da quello che è il *risultato* dell'attività dei lavoratori, per spostarsi sugli aspetti meramente formali dell'erogazione delle cure. Ovviamente, questa visione è riduttiva; infatti l'attività di un professionista della sanità andrebbe finalizzata alla produzione di un *output* molto più complesso rispetto al semplice insieme delle cure fornite: molti sono gli aspetti accessori importanti correlati alle cure stesse ed alcuni di questi non possono essere trascurati, in quanto, seguendo la logica di "orientamento al cliente", che sta prendendo sempre più piede anche in sanità, alcuni di questi aspetti sono oggetto di domanda (più o meno indotta) da parte degli individui e come tali devono poter trovare una risposta negli interventi dei professionisti della sanità.

In molti casi, purtroppo, l'organizzazione sanitaria conserva la struttura

2. Alla base della definizione di complessità c'è la distinzione tra elemento e reazione: in realtà la complessità indica il fatto che non tutti gli elementi di un sistema possono essere in relazione contemporaneamente, pertanto, affinché ci possano essere delle relazioni occorre che vengano effettuate delle selezioni. Per un approfondimento si veda la voce *complessità*, in Baraldi, Corsi ed Esposito (1989).

classica di organizzazione del lavoro<sup>3</sup>: le moderne organizzazioni deputate alla cura e alla salvaguardia della salute nel riorganizzarsi non hanno tenuto nel dovuto conto le relazioni tra ambiente interno (ambiente organizzativo) e ambiente esterno (società), la modificata domanda sociale e le diversificate aspirazioni dei lavoratori della sanità per un maggiore riconoscimento (non solo di tipo economico ed in particolare per alcune tipologie di essi) e una migliore qualità del lavoro.

Influire sulle condizioni di vita di una persona richiede il trattamento, l'elaborazione e la messa sotto controllo di molteplici variabili, condizione questa che caratterizza in maniera dinamica il ruolo del professionista della sanità che deve modificare i suoi interventi sulla base dei segnali che gli vengono forniti dalla persona cui sono dirette le sue azioni. La necessità di tenere sotto controllo quindi, un contesto definito in questi termini, aumenta l'interesse alla formazione delle professioni sanitarie: la ricerca scientifica si evolve rapidamente, creando in tempi ravvicinati obsolescenza in conoscenza e tecnologia, sviluppo che richiede aggiornamento continuo attraverso la formazione professionale permanente che deve essere in grado di garantire l'acquisizione di conoscenze e tecniche tali da far fronte alle problematiche che si susseguono e si trasformano: «la formazione è strumento di ottimizzazione delle risorse umane e di cambiamento organizzativo. Essa svolge un ruolo essenziale, perché attraverso la professionalizzazione degli operatori, a partire dalla loro formazione di base, consente

il miglioramento continuo delle culture e dei valori di riferimento ed accompagna e sostiene i programmi di sviluppo dei servizi. È, pertanto, leva strategica per il completamento del processo di aziendalizzazione e va attuata nel quadro di una coerente integrazione con le politiche di organizzazione del lavoro e del personale e alla luce di una attenta previsione dei fabbisogni professionali. La formazione, per sua natura, può svolgere funzioni di implementazione qualitativa dei risultati dei servizi, contrastando le patologie organizzative. Può facilitare riconversioni professionali e gestionali e può, più in generale, caratterizzarsi come strategia per incrementare l'efficacia dei servizi» (PSN 1998-2000: 83). Queste linee guida tratte dalla Terza Riforma Sanitaria, meglio nota come "Riforma Bindi" pur datate rendono ancora bene l'idea di quale "rivoluzione" avrebbe dovuto avere luogo all'interno delle organizzazioni sanitarie circa la professionalizzazione di tutte le categorie di lavoratori.

## **2. La nuova concezione del lavoro e la formazione delle professioni sanitarie**

Nella società moderna, oltre a registrarsi il passaggio da una società industriale ad una società post-industriale, si è avuto anche la trasformazione del lavoro; un medesimo processo si è verificato nel momento in cui in ambito sanitario si procedeva all'aziendalizzazione delle strutture (Cipolla e Giarelli, 2002): l'evoluzione tecnologica, la crisi dell'organizzazione sanitaria fondata

3. Quando ci riferiamo all'organizzazione sanitaria in senso di struttura classica del lavoro, facciamo riferimento ovviamente a Taylor (1967), ed in particolare all'Organizzazione Scientifica del Lavoro, che considera l'essere umano un semplice "esecutore": il fattore umano viene ignorato come elemento variabile e complesso, con la sua caratterizzazione emozionale, irrazionale a volte, il cui comportamento però, costituisce la sostanza essenziale di ogni organizzazione.

sul modello burocratico e l'ampliamento del mercato dei servizi sanitari, ha provocato un divario tra lo sviluppo dei profili professionali e lo sviluppo organizzativo-professionale. La rivoluzione determinata dall'avvento delle nuove tecnologie se da una parte ha agevolato la diagnosi delle patologie, dall'altra ha modificato le modalità di lavoro non solo dei medici ma dell'intera organizzazione sanitaria: sono nate nuove figure professionali in grado soprattutto di utilizzare in maniera competente la tecnologia che purtroppo, in molti casi, è stata considerata il sostituto "ideale" delle capacità diagnostiche dei medici (ogni individuo, con l'auto-prescrizione degli esami clinici, è diventato medico di se stesso) dimenticando che «lo sviluppo scientifico e tecnologico autorizza oggi l'estensione delle tecnologie multimediali, affinché l'uomo prenda coscienza con macchine sempre più sofisticate che, se da una parte facilitano il lavoro dell'uomo, dall'altra tolgono quella creatività che è propria dell'uomo; però, si è presa coscienza che il software non può essere produttivo senza l'aiuto dell'uomo, per cui nel mondo del lavoro è ancora una volta l'uomo che attraverso la sua creatività riesce a produrre» (Rosati, 1997, p. 208).

La concezione del lavoro è in continua evoluzione: l'introduzione delle tecnologie e la flessibilità hanno ulteriormente accentuato l'importanza delle risorse umane come fattore strategico per la competitività e la qualità dei servizi erogati. Questo aspetto ha fatto sì che le organizzazioni sanitarie rivolgersero sempre più spesso un'attenzione particolare allo sviluppo delle risorse umane e in modo particolare all'approfondimento e al miglioramento della "conoscenza" di tutti i lavoratori della sanità con l'ausilio di percorsi formativi specifici. La formazione avviene quindi, il collante «della catena dell'innovazione (invenzione-innova-

zione-diffusione) che costituisce il fattore competitivo peculiare del sistema economico moderno. Ma perché la formazione possa svolgere appieno questa funzione, sono necessarie scelte precise a livello contenutistico e organizzativo» (Moro, 1998, p. 24).

La complessità dei processi formativi è direttamente correlata al dovere imprescindibile di coniugare i bisogni del lavoratore e gli obiettivi dell'organizzazione sanitaria, e alla quasi impossibilità di separare la sfera pubblica (azione professionale) dalla sfera privata (azioni quotidiane).

Il problema della formazione professionale (nei diversi settori di produzione di beni e servizi) in Italia si è avvertito a partire dalla fine degli anni Settanta, poiché fino ad allora la formazione era considerata un costo più che un investimento per le aziende (figuriamoci per settori che allora erano gestiti solo dalla parte pubblica come la sanità). Si rendeva necessario creare nuovi sistemi di formazione cosa che ha prodotto due forme di sviluppo: da una parte si è andato sempre più concretizzando un processo interno alle organizzazioni di lavoro che ha prodotto la nascita delle "scuole aziendali" (questo è il caso soprattutto delle grandi imprese di produzione, un esempio è sicuramente la Fiat o la Olivetti), in grado non solo di formare, ma anche di controllare e garantire un competente turnover dei lavoratori; dall'altra parte un processo esterno alle organizzazioni ha determinato la nascita di strutture o di agenzie formative per la preparazione delle professionalità, rappresentando queste ultime anche l'unico mezzo di collegamento con il sistema scolastico ed universitario (Boldizzoni, 1984).

Questa nuova domanda di formazione, che si andava sempre più configurando con gli aspetti di quella che poi sarà definita "formazione continua" (*lifelong learning*), aveva prodotto delle



trasformazioni all'interno delle strutture preposte al soddisfacimento di tale funzione: fare formazione era diventata un'azione caratterizzata sempre meno dall'improvvisazione, mentre formarsi era sempre più un fatto inevitabile.

Oggi, classificare le pratiche formative nell'ambito della sanità, considerati anche gli intrecci sul versante del lavoro, dell'organizzazione e del mercato, è diventato difficile; tre elementi questi che devono avere lo stesso peso se si vuole realizzare un'analisi obiettiva senza enfatizzarne alcuno: il lavoro è una delle forme attraverso cui gli individui esprimono loro stessi e cercano la propria auto-realizzazione che non è più solo di tipo economica; l'organizzazione sanitaria determina le azioni, sia dei singoli professionisti sia dell'equipe, influenzandone i comportamenti e soprattutto il sistema dei valori; il mercato dei servizi sanitari deve fare fronte alla continua e mutata domanda dei cittadini e, affinché si verifichi uno sviluppo di un'organizzazione sanitaria (soprattutto pubblica), quest'ultima deve avere la possibilità, attraverso i suoi lavoratori, di rispondere alle richieste in maniera adeguata. In questa direzione migliorare la qualità dei servizi erogati, tramite politiche di formazione tendenti anche alla valorizzazione di coloro che svolgono attività lavorativa in ambito sanitario, è un adeguato mezzo per tenere il passo delle imprese private del settore sanità.

Il campo di applicazione della formazione si è molto ampliato nelle società tecnologicamente avanzate per tre ragioni fondamentali: una formazione di base ed iniziale inadeguata, in quanto le nuove tecnologie richiedono conoscenze particolareggiate per un loro efficace utilizzo; la necessità di colmare la distanza che si viene sempre più accentuando tra i cicli di vita individuali e quelli del lavoro; la destabilizzazione delle esperienze quotidiane

causata dalla moltiplicazione dei ruoli. Ciò ci spinge a pensare che non è possibile modellare la struttura di una organizzazione sanitaria o dell'intero sistema sanitario per adeguarla alle trasformazioni in atto, ma si può e si deve operare sulle risorse, il che significa intervenire sulle funzioni, sui compiti e sulle azioni messe in atto dai professionisti della sanità, nonché sulle capacità messe in campo, non solo tecnico-specialistiche ma anche relazionali. Gli elementi che dovrebbero caratterizzare i processi di formazione delle professioni sanitarie possono essere sintetizzati in:

- *obiettivi manifesti*, che si sostanziano nell'assolvimento della funzione prioritaria di un percorso formativo, cioè il trasferimento e l'ampliamento di conoscenze accompagnate da un mutamento dei comportamenti dei professionisti della sanità. Agli obiettivi di questo tipo se ne affiancano altri (latenti) altrettanto importanti, in particolare il sostegno alla visibilità e all'identità; la prima si riferisce all'organizzazione sanitaria (ospedale, asl o distretto) che rafforza la propria *vision* e la sua utilità sociale, la seconda è direttamente riferibile ai professionisti della sanità e nello specifico all'auto-rappresentazione delle professioni d'aiuto: «l'identità di chi opera nei servizi socio-sanitari risulta, infatti, intrinsecamente connessa con le azioni che si riescono ad attuare e con i risultati effettivamente ottenuti dalla pratica professionale» (Alfieri, 2000, p. 42);
- *input* che possono essere molteplici e multiformi: vanno dalla richiesta di aggiornamento da parte di un singolo o da parte di una categoria professionale, ai diversi modelli formativi, o allo stesso mercato della formazione. C'è da sottolineare che nessuno degli *input* elencati ha carattere prescrittivo; infatti, la forma-

zione di coloro che operano in ambito sanitario, al di là della formazione di base per quei profili professionali per i quali sono previsti percorsi istituzionali specifici, sembra presentarsi con un alto grado di discrezionalità sia dei singoli sia dell'organizzazione stessa. Le richieste di formazione si presentano pertanto a due livelli: uno individuale, in cui il lavoratore singolo conosce e si riconosce nella realtà lavorativa che lo circonda; l'altro basato sulle dinamiche di ruolo riscontrabili in un ambiente di lavoro organizzato, all'interno del quale i bisogni formativi emergono dall'interpretazione e dalla composizione delle richieste delle diverse professionalità;

- *trasformazioni* delle principali attività oggetto di formazione;
- *output* che sono, ovviamente, i professionisti formati, i soggetti che con il loro nuovo bagaglio di conoscenze debbono essere reinseriti nella struttura dell'organizzazione sanitaria.

In una situazione così configurata, la formazione assume sempre meno la funzione compensatrice per assumere quella di regolazione del sistema ed essa permette ai lavoratori di adattarsi ai rapidi cambiamenti: una formazione che non è più solo trasmissione della conoscenza, ma promuove le capacità di *apprendere ad apprendere* (*learning by learning*), cioè apprendere dalle esperienze lavorative quotidiane. Il professionista della sanità è parte attiva nei processi di produzione ed erogazione dei servizi, e in tutti i processi il cui oggetto è la salute dei cittadini in quanto bene comune. I professionisti della sanità hanno raggiunto nuovi orizzonti con la formazione continua: hanno acquisito nuove conoscenze che rappresentano la ricchezza futura dell'organizzazione sanitaria, ma l'attenzione nel progettare, anche in ambito sanitario, la "società della conoscen-

za" non è rivolta alla conoscenza in sé ma al modo di acquisirla. In altre parole, la conoscenza acquisita dai professionisti della sanità non è fine a se stessa, ma deve circolare ed essere condivisa all'interno della struttura al fine di acquisire sempre maggiore sapere; si deve attuare quello che Drucker (1996) ha definito *conoscenza-in-azione* (*working knowledge*): la concreta e fattiva professionalizzazione dei lavoratori del settore sanitario si può realizzare solo se essi stessi attuano processi continui di apprendimento, che potrebbero «rappresentare una modalità di lavoro efficace per patrimonializzare gli apprendimenti del passato, contribuendo ad alimentare la "memoria" sia individuale sia organizzativa, e per utilizzarli nella progettazione del futuro» (Cortese e Rossi, 2002, p. 74), riconoscendo la differenza di sé rispetto all'altro e la differenza dell'altro rispetto a sé, ampliando, in tal modo, i possibili modi di operare e di essere nel proprio lavoro. I lavoratori del settore sanitario sono inseriti in un contesto organizzativo del tutto particolare che possiede propri luoghi, tempi e simboli, che risultano essere fondamentali nei processi cognitivi di auto-significazione, che ognuno attiva rispetto alla propria esperienza di lavoro, «in questo senso i luoghi di lavoro, pur accidentali e temporanei ma concreti e vissuti, svolgono una funzione fondamentale nei processi di acquisizione e sviluppo di conoscenza-in-azione (*working knowledge*). In altre parole, la vita organizzativa con i suoi tempi, luoghi, intrecci e simboli gioca un ruolo determinante nella comprensione dei processi di auto-significazione che ciascuno attiva nei confronti della sua esperienza di lavoro» (Ivi).

La domanda di formazione si differenzia soprattutto per riuscire a tenere il passo con le veloci trasformazioni che si registrano nella produzione dei

servizi di carattere socio-sanitario. La formazione non può più essere considerata solo un investimento per l'acquisizione di una posizione di prestigio e un adeguato reddito, ma ha un valore in sé: è un capitale intangibile<sup>4</sup> che contribuisce all'esercizio dei diritti di cittadinanza (Besozzi, 1998) e al miglioramento della qualità della vita del lavoratore e di coloro che usufruiscono dei prodotti del lavoro di questi.

La formazione diviene fattore strategico di sviluppo organizzativo in particolare se essa è orientata all'innovazione e al miglioramento dei servizi per gli utenti: non è più solo lo strumento capace di valorizzare il potenziale delle risorse umane, ma è un elemento che determina gli indirizzi di crescita e sviluppo delle organizzazioni, d'altronde la formazione stessa deve coniugarsi con la mutata idea di organizzazione. Si rende necessario integrare quello che è l'apprendimento individuale, basato fondamentalmente sulla creatività dei singoli, e quello che rappresenta l'apprendimento organizzativo, fondato su operazioni prevalentemente di sistema e ripetitive all'interno della struttura: la *lean organization* (l'organizzazione snella) che ha praticamente imperato nell'ultimo ventennio dello scorso secolo è stata sostituita dalla *learning organizations* (l'organizzazione che apprende), approccio che considera le organizzazioni di lavoro e quindi anche quelle sanitarie, come un sistema entro cui vengono elaborate ed interpretate le informazioni necessarie alla risoluzione dei problemi, creando quindi altra conoscenza (Nonaka, 1994). Nell'organizzazione sanitaria in cui molto importanti sono i modi attraver-

so i quali l'informazione e la trasmissione del sapere vengono effettuati soprattutto nel rapporto medico-paziente, le attività di formazione diventano una funzione dell'organizzazione sanitaria, che ispirandosi alle *learning organization*, dispone modalità operative che si configurano come gruppi di lavoro: le informazioni acquisite per la risoluzione di problemi non sono elaborate solo tramite l'interazione con il contesto entro cui vengono prodotte, ma subiscono un'elaborazione da parte di tutti i membri componenti il gruppo di riferimento. Procedendo con queste modalità, non sono generate solo le informazioni utili alla soluzione dei problemi ma si producono nuove conoscenze e anche nuove forme di relazionalità.

La formazione che si rifà a questo approccio è ben lontana come concezione da una formazione di tipo tradizionale basata su metodologiche didattiche di tipo pedagogiche, distante dai contesti lavorativi e dalle modalità operative dei lavoratori; oggi, l'apprendimento organizzativo non può essere separato dalle pratiche sociali e dall'interazione tra i lavoratori: la formazione non è separata dal lavoro, anzi essa si sviluppa in comunità lavorative. Emergono, a questo punto, due aspetti della formazione nell'ambito delle professioni sanitarie che non possono essere trascurati: il primo riguarda la nascita e la diffusione di nuove conoscenze e capacità che consentono ai lavoratori di questo settore di adeguarsi a regole di relazioni all'interno dell'organizzazione sanitaria; il secondo, riguarda tutti gli altri aspetti connessi all'interazione umana, quali ad esempio il potere, i gradi di autonomia e di libertà nell'esercizio quo-

4. È definito *intangibile* qualsiasi componente di un'organizzazione di lavoro che non ha riscontro fisico (denaro, immobili, strumentazione, ecc.) e che, quindi, è imputato all'intelletto umano e/o alle interazioni umane (capacità individuali, relazioni, conoscenza – know how –, ecc.).

tidiano della professione, effetti che spesso vengono tralasciati dal sistema (Butera e La Rosa, 1998). La coniugazione di questi due aspetti, che può avvenire attraverso percorsi formativi in discipline sociologiche, offre ai professionisti della sanità la possibilità di costruire il proprio percorso formativo attraverso processi di costruzione della realtà sociale. Berger e Luckmann (1974) hanno ben descritto come la realtà che l'individuo costituisce è costruita quotidianamente attraverso un processo di socializzazione che non è solo apprendimento ed interiorizzazione, ma anche esteriorizzazione ed oggettivazione; gli individui, per mezzo delle interazioni e delle azioni quotidiane, costruiscono una realtà soggettivamente significativa e oggettivamente fattuale: l'individuo, dunque, si conforma alle istituzioni sociali esistenti oltre a ricrearle; la realtà sociale è costruita dall'uomo e le organizzazioni sanitarie, come parte della realtà sociale, sono costruite dai lavoratori del settore e dei suoi fruitori.

Il modello emergente di formazione (*learning by learning*) si riconosce ed identifica con i processi di cambiamento organizzativo che spingono sempre più verso una organizzazione che qualifichi il personale attraverso una formazione mirata e personalizzata rispetto alle specificità dei fabbisogni dell'organizzazione e degli utenti. Il *learning by learning* non è un risultato, ma un processo continuo tramite cui un'organizzazione che si auto-gestisce ed auto-regola, costruisce il sapere attraverso processi cognitivi ed esperienziali che il soggetto stesso elabora ed interpreta, singolarmente o in gruppo, all'interno del contesto lavorativo poiché orientato al dialogo, all'ascolto e al confronto: la resistenza ad un apprendimento di questo tipo produce pertanto, un'insufficiente valorizzazione dell'esperienza e soprattutto la

rinuncia ad un apprendimento che si presenta come slegato da ruoli e posizioni professionali specifiche.

### 3. Il ruolo della formazione sociologica

Nella prospettiva delle organizzazioni sanitarie concepite come sistemi aperti, le attività formative non si concretizzano con la semplice trasmissione delle conoscenze di base o delle abilità tecniche, ma esse devono rappresentare lo stimolo a cogliere e sviluppare le potenzialità delle risorse umane affinché queste diventino funzionali rispetto allo svolgimento del ruolo: la formazione dovrà, quindi, essere sempre più la spinta propulsiva per favorire ed accelerare i processi di innovazione dell'organizzazione sanitaria. Tuttavia, attività formative *learning by learning* non possono essere misurate sui singoli professionisti, esse vanno verificate come *feedback* sull'esperienza di lavoro quotidiano che deve portare alla revisione di attese e obiettivi, nel tentativo di mutare anche la struttura organizzativa, lì dove essa è particolarmente rigida. Queste riflessioni ci spingono ad affermare che esistono differenti modalità di intendere e realizzare la formazione, modi che sono rapportati alle specifiche culture organizzative, «cioè nel senso che si può riscontrare una notevole coerenza o congruenza tra i diversi modi di intendere la formazione e le culture organizzative che tali modi esprimono ed avallano» (Bellotto e Trentini, 1992, p. 74): è necessario chiarire tuttavia, che i modi di intendere ed effettuare la formazione sono differenti in base alle concezioni della formazione e non solo in base alle discipline di riferimento: le concezioni della formazione non si distinguono dunque solo per i contenuti disciplinari, ma soprattutto per le relazioni che

essa consente di instaurare nell'ambito organizzativo.

Nella prospettiva che si va configurando delle *learning organization* è fuori dubbio che la concezione della formazione cui dovremmo fare riferimento è quella psico-sociale; questa è solitamente intesa «come un investimento atto a *sviluppare le capacità professionali e/o relazionali dei membri dell'organizzazione, o come una leva gestionale utilizzabile per ottimizzare la congruenza* tra le risorse umane di cui dispone e le molteplici altre variabili del sistema» (Ibidem, p. 76); in tal modo il cambiamento si riferisce alla modifica dei comportamenti organizzativi nel senso di una maggiore funzionalità rispetto agli obiettivi dell'organizzazione.

In realtà potremmo riferirci alle attività di formazione sociologica come ad una forma di *empowerment*, «un processo individuale e organizzativo, attraverso il quale le persone, a partire da una qualche condizione di svantaggio e di dipendenza non emancipante, vengono rese "potenti" (*empowered*), ovvero rafforzano la propria capacità di scelta, autodeterminazione e autoregolazione, sviluppando parallelamente il sentimento del proprio valore e del controllo sulla situazione di lavoro, la propria autostima ed autoefficacia, riducendo parimenti i sentimenti di impotenza, sfiducia e paura, l'ansietà, la tensione negativa e l'alienazione» (Piccardo, 1992, p. 23).

Nella prospettiva di un miglioramento delle prestazioni di servizi di carattere sanitario e socio-sanitario, le attività di formazione dovrebbero presentarsi come una ricerca-azione che necessariamente deve integrare funzionalmente teoria, empiria ed operatività (Cipolla, 1998). Il primo aspetto è lo strumento per acquisire quella conoscenza che fornirà le linee guida concettuali e la problematizzazione delle

situazioni, il *feedback* della problematizzazione, a sua volta, deve fornire le indicazioni generali all'ambito operativo, e all'area della conoscenza deve indicare le priorità problematiche cui dare una risposta. Non parliamo più delle contrapposizioni teoria-operatività, ma parliamo di un *continuum* che va dalla teoria all'operatività, passando attraverso la ricerca-azione in modo interdipendente: «la ricerca sul campo diventa indispensabile per un sapere che deve sporcarsi le mani per non rimanere nell'ambito della pura astrazione, che deve guardare all'immediatezza dei fenomeni individuali e/o sociali, così come appaiono ai nostri sensi, se non vuole rimanere all'interno dei propri apriori concettuali. Tutto questo non significa ridurre la conoscenza a mero empirismo; al contrario, è proprio il rapporto tra teoria ed empiria che deve essere indagato per meglio chiarire il legame che viene a crearsi tra premesse teoriche a monte e loro traducibilità in atti concreti» (Ibidem, p. 475). In questa direzione la sociologia, in particolare, e le altre scienze umane assumono un ruolo fondamentale nell'istituzione e nel mantenimento dell'integrazione di questi aspetti, contribuendo alla costruzione di un ambiente di lavoro responsabilizzato, in cui ciascun professionista con il proprio sapere e la propria esperienza possa essere direttamente coinvolto nelle scelte da effettuare in relazione alle situazioni problematiche che si presentano.

Un aspetto rilevante degli esiti di un processo di formazione che abbia come disciplina base la sociologia è che questi devono essere valutati ben al di là della semplice valutazione degli apprendimenti e/o delle abilità del professionista formato: l'efficacia di una attività di formazione sociologica non può essere misurata sui singoli nell'ambito dell'attività che si è svolta, ma deve essere verificata come

*feedback* sull'esperienza quotidiana di lavoro, nella quale si deve giungere alla revisione di attese e obiettivi, nel tentativo di mutare anche la struttura organizzativa dove questa si presenta particolarmente rigida. In un'organizzazione di lavoro che ha come *mission* la tutela e la cura della salute pubblica, il tipo di formazione degli operatori non può quindi essere che di tipo *psico-sociale*, poiché questa concepisce la formazione come un investimento per lo sviluppo delle capacità professionali dei membri dell'organizzazione sanitaria. La formazione rappresenta l'anello di congiunzione tra le risorse umane disponibili e tutte le altre variabili intervenienti nella struttura organizzativa, in modo da indurre un cambiamento orientato alla crescita dei comportamenti organizzativi più funzionali alla *mission* dell'organizzazione.

La formazione non è certamente la soluzione ai problemi che le organizzazioni e le professioni sanitarie presentano, tuttavia, una formazione di stampo sociologico può però, rappresentare lo strumento con il quale poter attuare strategie di cambiamento individuale e strutturale, che da una lato possono ridurre fortemente l'emergere di problemi e dall'altro lato favorire una cooperazione concreta tra le diverse parti coinvolte nella progettazione e realizzazione dei servizi sanitari e socio-sanitari.

### Riflessioni conclusive

Nell'attuale contesto italiano, in cui permangono le tradizionali strutture organizzative di fattura classica mentre si renderebbe necessaria una capacità distintiva per la soddisfazione dell'utenza, lo sviluppo delle risorse

umane resta ancora un'opportunità minimamente utilizzata. Negli ultimi decenni tuttavia, sembra essere aumentata l'attenzione nei confronti dei lavoratori come generatori di risorse intangibili: il sapere, il saper essere e il sapere fare rappresenta la maggiore azione per trasformare le scoperte scientifiche e tecnologiche in benefici per l'umanità.

C'è però da evidenziare il fatto che spesso nel discorso generale della formazione destinata ai lavoratori del settore sanitario e soprattutto nella progettazione dei percorsi che abbiano come fine non solo la promozione e l'attuazione delle suddette azioni, ma anche un preciso percorso di professionalizzazione, venga trascurato un elemento molto importante: la motivazione. Quest'ultima infatti, rappresenta la spinta ad intraprendere un certo tipo di professione e non un'altra, ed è l'elemento che ci consente non solo di classificare o categorizzare in generale gli esseri umani, ma ci fornisce anche informazioni su ciò che l'individuo cerca di fare consapevolmente o inconsapevolmente, e soprattutto su ciò che spinge il soggetto ad agire con modalità precise in un determinato contesto. Da ciò deriva la necessità di un'accurata gestione della risorsa umana nell'ambito delle organizzazioni sanitarie, poiché essa svolge un ruolo fondamentale per l'erogazione di servizi efficaci e soprattutto di qualità, e nel generare ritorni economici attraverso una maggiore accuratezza e razionalizzazione delle risorse finanziarie: il capitale umano ha un valore superiore a quello iscritto nel bilancio aziendale, in se racchiude tutte le componenti intangibili del capitale intellettuale<sup>5</sup>.

5. Il capitale intellettuale può essere definito come «tutto quel materiale intellettuale – sapere, informazione, proprietà intellettuale, esperienza – che può essere messo a frutto per

La formazione del personale è il futuro, e come tale, nonostante i rischi che le organizzazioni in genere corrono nell'investire su di essa, resta il principale fattore strategico di sviluppo organizzativo. Per concludere possiamo affermare che certamente il fattore umano è l'elemento meno stabile di un'organizzazione sanitaria, ma in questo momento storico rappresenta l'elemento potenzialmente più in grado di fornire stabilità sulla lunga distanza a quelle organizzazioni che diligentemente hanno saputo investire nelle risorse umane attraverso percorsi formativi.

#### Bibliografia di riferimento

- Alfieri R. (2000). *Dirigere i servizi socio-sanitari*. Milano: FrancoAngeli
- Argyris C. (1957). *Personality and organization*. New York: Harper
- Baraldi C., Corsi G. ed Esposito E. (1989). *GLU. Glossario dei termini della teoria dei sistemi di Niklas Luhmann*. Urbino: Editrice Montefeltro
- Bellotto M. e Trentin G. (1992). *Culture organizzative e formazione*. Milano: FrancoAngeli
- Berger P.L. e Luckmann T. (1974). *La realtà come costruzione sociale*. Bologna: Il Mulino
- Besozzi E., a cura di (1998). *Navigare tra formazione e lavoro*. Roma: Carocci
- Boldizzoni D. (1984). *Oltre la formazione apparente: investimenti in educazione e strategie di sviluppo*. Milano: Il Sole 24 ore Libri
- Butera F. e La Rosa M., a cura di (1998). *Formazione, sviluppo organizzativo e gestione delle risorse umane*. Milano: FrancoAngeli
- Cipolla C., a cura di (1998). *Il ciclo metodologico della ricerca sociale*. Milano: FrancoAngeli
- Cipolla C. e Giarelli G., a cura di (2002), *Dopo l'aziendalizzazione. Nuove strategie di governance in sanità*. *Salute e Società*, I, 1
- Cortese C.G. e Rossi A. (2002). Il quotidiano apprendimento nelle organizzazioni. *Animazione sociale*, 3.
- Donati P. (1989). *Introduzione alla sociologia relazionale*. Milano: FrancoAngeli
- Drucker P.F. (1996). *Il grande cambiamento*. Milano: Sperling & Kupfer
- Kaneklin C. e Olivetti Manoukian F. (1990). *Conoscere l'organizzazione*. Roma: NIS
- Leavitt H.J. (1965). Applied Organizational Change in Industry: Structural, Technological and Humanistic Approaches. In: March J.G., a cura di, *Handbook of Organizations*. Chicago: Rand McNelly
- Mangone E. (2003). Formazione come promozione della salute tra gli operatori sanitari. Il caso degli infermieri, *Salute e Società*, II, 3
- Moro G. (1998). *La formazione nelle società post-industriali*. Roma: Carocci
- Nonaka I. (1994). Come un'organizzazione crea conoscenza, *Economia & Management*, 3
- Piccardo C. (1992). Empowerment. *Sviluppo & Organizzazione*, 134
- PSN 1998-2000, Ministero della Sanità, Roma
- Rosati L. (1997). *Creatività e risorse umane*. Brescia: La Scuola
- Stewart T.A. (1997). *Il capitale intellettuale la nuova ricchezza*. Milano: Ponte alle Grazie
- Taylor F.W. (1967). *L'organizzazione scientifica del lavoro*, Milano: Etas Kompass

creare ricchezza. È *brainpower* collettivo. È difficile da individuare e ancor più difficile da spiegare in modo efficace. [...] In questa nuova era, la ricchezza è il prodotto del sapere. [...] Il capitale fisso oggi necessario per creare ricchezza non è la terra né il lavoro fisico né le macchine utensili né gli stabilimenti: è il capitale fatto di conoscenza» (Stewart, 1997, p. 8).

*Prima che sia troppo...  
Mobbing.  
Dall'analisi sociologica  
al metodo di indagine*

di Aldo Trotta\*

*Immersi in questa melassa culturale, non possiamo stupirci della diffusione del modello della sopraffazione dei deboli, di questa barbarie acculturata, d'attualità nelle cosiddette società opulente.*

(Vaccani, 2007)

Da quando, a metà degli anni '80, il medico psicologo svedese Heinz Leymann ha adoperato il termine mobbing nell'ambito delle sue ricerche sulle persecuzioni e sulla violenza nei luoghi di lavoro, il fenomeno ha acquisito progressivamente un crescente interesse, diventando oggetto di studio di discipline diverse, di conferenze e convegni, di ricerche, di articoli su giornali e riviste, di inchieste giornalistiche, di romanzi, di sit-comedy televisive, di una serie di fumetti, di numerosi film e di una miriade di siti internet dedicati. Sebbene ancora oggi da parte di alcuni si tenti di negare l'esistenza del problema, da numerose ricerche si evince chiaramente che trattasi di una problematica sociale e sanitaria molto rilevante, di un fenomeno diffuso e in costante aumento nelle realtà lavorative pubbliche e private. Secondo il rapporto sulla violenza lavorativa redatto nel 1998 dall'Organizzazione Internazionale del Lavoro (ILO) in Italia le vittime

del mobbing sarebbero il 4% del totale degli occupati, mentre in Europa più del doppio, cioè l'8,1%, vale a dire circa 12 milioni di lavoratori. Questi dati sono sostanzialmente confermati da un'indagine europea effettuata nel 2000 dalla Fondazione di Dublino e da un rapporto Eurispes del 2003, che per il nostro Paese stimano il fenomeno al 5%, mentre secondo una ricerca del 2000 dell'ISPE-SL, la cifra sale al 6%, pari cioè a un milione e mezzo di lavoratori.

Per quanto sia difficile fare delle stime in merito ad una problematica particolarmente ampia ed eterogenea, queste cifre, cui è fondamentale attribuire il giusto peso, non dovrebbero lasciare spazio a dubbi sulla notevole rilevanza di un fenomeno la cui complessità richiede un'analisi articolata, realizzabile con un *modello multidimensionale a epistemologia correlazionale*<sup>1</sup> (Fig. 1) che permette di interpretare il fenomeno a tre diversi livelli analitici significativi e di riflettere sulle "funzioni di scambio" tra questi livelli, vale a dire sulle connessioni di rilievo tra essi cui è possibile attribuire significati dotati d'importanza.

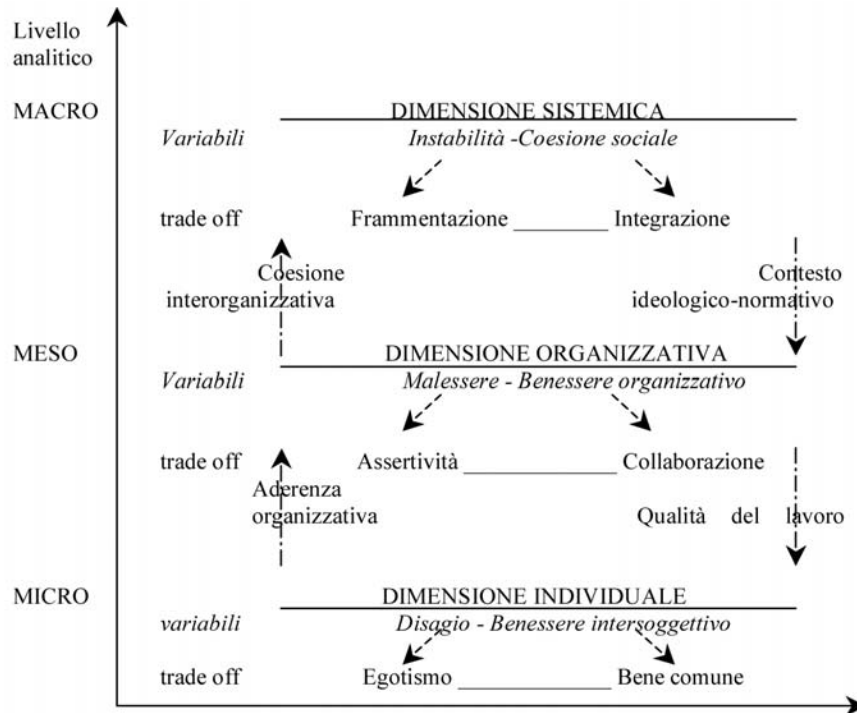
Ad ogni singolo livello di analisi la riflessione su ciascuna dimensione del mobbing considera due variabili contrapposte che, non presentandosi come assolute e pure, oscillano lungo ipotetici continuum e descrivono degli spostamenti, ovvero dei *trade off*, che al livello micro-individuale si riferiscono a modalità generali di comportamento e ad atteggiamenti soggettivi e relazionali, al livello meso-organizzativo a forme di espressione e di gestione delle conflittualità, e a quello macro-sistemico a possibili scenari futuri.

\* Aldo Trotta, dottorando di Filosofia presso l'Università degli studi di Urbino, aldotrotta@iperbole.bologna.it

1. Adattamento del modello utilizzato da Giarelli (2003). Relativamente all'epistemologia correlazionale si veda Cipolla (2004).



Fig. 1 - Modello correlazionale per l'analisi multidimensionale del fenomeno mobbing



### 1. La dimensione individuale

Seguendo questa sorta di mappa cognitiva, al *livello micro* dei processi sociali e delle relazioni interpersonali si colloca la dimensione individuale del mobbing, rappresentata dalle due variabili contrapposte del malessere e del benessere soggettivo e intersoggettivo. Qui il fenomeno si presenta come una dinamica di relazione che assume, secondo Leymann, il volto del *terrore psicologico nella vita lavorativa*, praticato con intenzionalità, sistematicità e con una frequenza piuttosto alta, per mezzo di azioni persecutorie sul piano della comunicazione interpersonale e delle relazioni interpersonali, sul piano della reputazione e dell'immagine sociale della persona, o su quello delle

sue prestazioni lavorative, solitamente con l'obiettivo dell'isolamento e dell'emarginazione del lavoratore, della manipolazione della sua personalità e delle sue prestazioni lavorative o della sua estromissione dal lavoro. Una vera e propria *guerra sul lavoro* caratterizzata da una situazione lavorativa di conflittualità sistematica, persistente ed in costante progresso in cui una o più persone vengono fatte oggetto di azioni ad alto contenuto persecutorio da parte di uno o più aggressori in posizione superiore, inferiore o di parità, con lo scopo di causare alla vittima danni di vario tipo e gravità. Il mobbizzato si trova nell'impossibilità di reagire adeguatamente a tali attacchi e a lungo andare accusa disturbi psicosomatici, relazionali e dell'umore che posso porta-

re anche a invalidità psicofisiche permanenti di vario genere e percentualizzazione (Ege, 2001). Il soggetto sottoposto a strategie di persecuzione, ritrovandosi quasi costantemente di fronte a situazioni di notevole intensità emotiva con ansia persistente, iperattivazione, sensazioni di insicurezza e pericolo, inadeguatezza, manie di persecuzione, può andare incontro a disturbi psicopatologici che possono causare una *crisi della coesione del sé* (De Asmundis, 2004), cioè la destabilizzazione della sua identità personale e, di conseguenza, la *disgregazione del suo mondo vitale*, della trama delle relazioni quotidiane che permettono di attribuire senso al vivere e significato alla esperienza nel mondo. La drammaticità di tali conseguenze emerge ancor più a causa del carattere duraturo degli effetti delle dinamiche di mobbing, che spesso non s'interrompono neppure al termine della strategia persecutoria e del raggiungimento dell'eventuale obiettivo, sia esso il controllo coercitivo che l'espulsione dal lavoro. In quest'ultimo caso, ad esempio, date le attuali condizioni del mercato del lavoro e l'estrema difficoltà di reinserimento occupazionale, l'individuo viene catapultato in una situazione di difficoltà economica destinata ad aggravarsi progressivamente.

E tuttavia, anche qualora non si manifestino quadri patologici particolarmente gravi, l'impatto sullo stato di salute psicofisica individuale è tale da ostacolare la partecipazione attiva alla vita lavorativa, provocando una fuga dai contatti sociali extralavorativi e implicazioni sul tessuto familiare che a sua volta può andare incontro a processi di disgregazione, a rotture delle rela-

zioni, a divorzi e a probabili disturbi nello sviluppo psicofisico dei figli. Dalla pluralità di tali effetti e coerentemente con una concezione ommnicomprensiva dell'individuo e del suo vissuto, risulta evidente che a livello individuale il mobbing – che peraltro non raramente incrocia la violenza fisica: tentativi di omicidi e omicidi “riusciti” e, soprattutto, suicidi<sup>2</sup> – provoca danni *bio-psico-sociali*, talmente gravi che i recenti orientamenti giurisprudenziali sono orientati a inserirli all'interno della categoria del *danno esistenziale*. A questo primo livello di analisi, inoltre, le dinamiche vessatorie denotano uno spostamento netto lungo l'asse delle due variabili, un *trade off* relativo alle caratteristiche generali dei comportamenti soggettivi, in direzione del polo dell'*egotismo* caratterizzato da una sostanziale preponderanza di atteggiamenti individuali esasperatamente rivolti al raggiungimento dell'interesse personale e da modi di agire innervati da una logica esistenziale di sopravvivenza, contrapposti ad una logica comportamentale del *bene comune* volta alla cooperazione, alla valorizzazione delle possibilità di coesistenza, di apertura e di disponibilità nei confronti dell'altro da sé, condizioni fondamentali del benessere individuale e intersoggettivo. Tuttavia, come qualsiasi altra forma di violenza, anche il mobbing porta nel suo grembo una straordinaria capacità di oltrepassare la dimensione individuale e il mondo vitale della vittima e di propagarsi ben oltre il livello micro dei soggetti, nonché di travalicare gli specifici ambiti lavorativi dove, peraltro, esso rappresenta solamente la *punta di un iceberg* relativo al profon-

2. A livello internazionale si stima che il 15-20% dei suicidi registrati ogni anno abbia per causa scatenante lo stress lavorativo e il mobbing, mentre in Italia nel 1995 la percentuale risultava del 13% (Ege, in Casilli, 2000). In Francia si calcola che una persona al giorno si toglie la vita per ragioni legate allo stress da lavoro (Toscano, 2007).

do malessere diffuso nell'attuale nel mondo del lavoro.

## 2. La dimensione organizzativa

Il fenomeno, pertanto, deve essere considerato anche nello specifico dei contesti di riferimento, ovvero a quel *livello meso* che interconnette i livelli micro e macro ed è relativo ai sistemi di organizzazione che condizionano il comportamento dei propri membri secondo le regole dell'appartenenza. È il livello di analisi della dimensione organizzativa e delle variabili che la rappresentano, il malessere e il benessere organizzativo. Qui il mobbing si manifesta fondamentalmente come un *epifenomeno* di una molteplicità di dinamiche e di aspetti legati al clima, alla cultura e ai valori della realtà lavorativa, alla struttura di potere e alle dinamiche di gruppo, di relazioni e di ruoli, nonché alle condizioni materiali di lavoro, ai salari, al grado di sicurezza, all'età di ingresso nelle forze-lavoro, al contesto normativo-ideologico. Un segnale di una configurazione organizzativa che ostacolando quel necessario equilibrio funzionale tra "copione aziendale" (competenze, ruoli, funzioni, risorse, obiettivi, ecc.) e "copione antropologico" (la trama complessa delle relazioni intersoggettive e delle dinamiche di convivenza) favorisce lo sviluppo di un clima di crescente tensione e un aumento di quei fattori che agevolano le pratiche vessatorie tipiche delle cosiddette

"aziende tribali" (Vaccani, 2007). La presenza di dinamiche di mobbing negli ambienti di lavoro è indicativa di un forte malessere organizzativo e denota un *trade off* che a questo livello di analisi riguarda le modalità di gestione delle situazioni di conflittualità all'interno dell'organizzazione, a loro volta elementi della più complessiva configurazione organizzativa e delle reali condizioni in cui si svolge l'attività lavorativa. Lo spostamento è in direzione del polo dell'*imposizione* intesa in termini generali come un modalità autoritaria di controllo e di risoluzione dei conflitti, antitetica alla *collaborazione* che viceversa è maggiormente predisposta a soddisfare esigenze contrapposte, e di conseguenza le condizioni oggettive e soggettive del contesto organizzativo risultano permeate da stress e personalizzazione dei conflitti che insieme al malessere individuale formano una miscela esplosiva particolarmente facilitante la violenza delle dinamiche di mobbing<sup>3</sup>.

Il mobbing rappresenta, dunque, il sintomo di una *patologia organizzativa* che, a seguito delle profonde trasformazioni che negli ultimi decenni hanno investito il mondo delle imprese e il lavoro delineando quella che comunemente viene definita società post-industriale e data la sua rilevante diffusione, secondo alcuni autori (Nocifora 2006; Casilli, 2000), assume un *carattere strutturale* nel mondo del lavoro di oggi. Sono questi mutamenti, infatti, la chiave di lettura per la comprensione

3. Sono circa 40 milioni i lavoratori europei che dichiarano di soffrire di stress da lavoro, come riportato in un Convegno tenutosi nel 2002 presso l'università di Milano (Marini e Nonnis, 2006). Circa 75 milioni (oltre la metà dei lavoratori europei) sono invece coloro riferiscono, secondo la Commissione Europea, 1999, di svolgere la propria attività a ritmi esasperati e di dover rispettare scadenze pressanti (De Asmundis, 2004). Pur se significativamente inferiori, dati rilevanti emergono anche dalla IV indagine realizzata nel 2005 dalla Fondazione di Dublino, secondo la quale la percentuale dei lavoratori che presentano problematiche di salute legate allo stress è del 22%, che supera il 30% se si considerano anche i paesi entrati solo recentemente nell'UE, in [www.eurofound.europa.eu](http://www.eurofound.europa.eu).

delle ragioni che stanno alla base della progressiva diffusione nelle realtà lavorative di quelle forme di malessere che rappresentano il substrato fertile per lo sviluppo di pratiche di violenza. Nell'ambito di tali cambiamenti il fenomeno si mostra come uno dei prodotti "tipici" della produzione di beni materiali e immateriali delle organizzazioni economiche contemporanee e delle aziende moderne che permettono alla violenza del mercato libero di introdursi nelle proprie dinamiche interne (McCarty, in Casilli, 2000), una forma di repressione del dissenso e di regolamentazione illecita degli equilibri della vita organizzativa (Bartolini e Serini, 2007), oltre che una *strategia di adattamento organizzativo*, peraltro poco funzionale alle esigenze cui le organizzazioni del lavoro sono sottoposte in contesti macro-economici sempre più competitivi. Provocando gravi forme di disadattamento individuale, il mobbing contribuisce a quella *crisi di efficienza* che spesso affligge le realtà lavorative<sup>4</sup> e che risulta essere espressione di una più ampia *crisi di coesione organizzativa*, quale riflesso al livello meso della *crisi della coesione del sé* che il terrorismo nei luoghi di lavoro provoca al livello micro dei soggetti, e che rinvia al livello macro dei sistemi sociali a problemi legati alla convivenza e ad aspetti relativi alla *coesione sociale*.

### 3. La dimensione sistemica

A quest'ultimo livello del modello di analisi, infine, il mobbing si mostra

come una conseguenza dei processi di globalizzazione che negli ultimi decenni hanno mutato radicalmente gli scenari sociali, determinando una "istituzionalizzazione dell'insicurezza sociale" (Bauman, 2003) quale principio di fondo dell'organizzazione collettiva e una soggettivizzazione e individualizzazione dei rischi e delle contraddizioni prodotte dalle istituzioni talmente profonda che l'esistenza individuale diventa la soluzione biografica a contraddizioni sistemiche (Beck, 2000). La disgregazione dei legami e dei vincoli di solidarietà è uno degli aspetti caratterizzanti la metamorfosi dei cittadini in individui, soli di fronte alla loro condizione di vulnerabilità e alle insaziabili esigenze del mercato e delle organizzazioni lavorative, e potenzialmente più aggressivi nei confronti di esseri umani che, pur appartenendo al proprio mondo vitale, si ritrovano loro malgrado a rivestire il ruolo dei capri espiatori di pratiche di violenza le cui radici vanno rintracciate nelle macro dinamiche economico-sociali. In altri termini, è il predominio assunto dalla dimensione economica con i processi di "universalizzazione del mercato" (Gallino, 2000) la chiave per comprendere le trasformazioni del mondo del lavoro e per delineare il contesto macro di riferimento delle organizzazioni lavorative, le cui condizioni oggettive raffigurano, a loro volta, il terreno sul quale cresce e si sviluppa il mobbing. La dimensione sistemica del fenomeno a tale livello analitico è sinteticamente descrivibile attraverso le variabili contrapposte dell'instabilità e della coesione sociale,

4. Ore lavorative perse e assenze dal lavoro sempre più prolungate, scadimento della qualità del lavoro, diminuzione della produttività, aumento dei pre-pensionamenti, delle invalidità civili e della spesa sanitaria. Da alcune ricerche emerge che l'assenteismo aumenta dal 23 al 34% (Giglioli e Giglioli, 2000); secondo L'ISPESL il rendimento di un lavoratore sottoposto a pratiche di mobbing è inferiore del 70%, mentre il suo costo per l'organizzazione aumenta dell'80%; si stima che il costo complessivo nei paesi dell'UE ammonti a circa 20 miliardi di euro.

oscillanti lungo un ipotetico continuum rappresentato da un *trade off* i cui poli opposti fanno riferimento a due antitetiche configurazioni future che potrà assumere su scala mondiale lo scenario politico, economico e sociale. La notevole diffusione del fenomeno mobbing, la sua rilevanza sociale e sanitaria, il suo essere espressione di un più ampio malessere individuale, organizzativo e sociale, segnala la prevalenza di processi di instabilità sociale quale variabile predominante degli assetti macro economici e sociali delineati dalle leggi della globalizzazione e un *trade off* che si sposta fortemente verso il polo della *frammentazione* che, a sua volta, rimanda a uno *scenario della sopravvivenza*, secondo alcuni osservatori già in fase di attuazione, dove ogni organizzazione, città, regione, paese, gruppo sociale, individuo, agisce prevalentemente per la difesa e la promozione del proprio interesse particolare. E ciò a totale svantaggio dell'*integrazione* e della coesione sociale, vale a dire di quel complesso di processi che denotano la presenza di connessioni adeguate e coerenti tra i livelli meso-macro e delineano le condizioni generali per uno scenario definibile di *integrazione globale sostenibile* e caratterizzato da valori comuni (solidarietà, responsabilizzazione sociale e ambientale, rispetto dei diritti, dialogo tra culture differenti, distribuzione più eque delle risorse, ecc.) che dal livello macro-sistemico, attraverso le realtà organizzative, possono essere gradualmente trasferiti nella quotidianità dei soggetti e dei loro mondi vitali (Petrella, 1995).

In sostanza dunque, nella sua dimensione sistemica il fenomeno mob-

bing si presenta come un prodotto di una precisa e definita condizione sociale patologica, una vera e propria "malattia sociale" (Giglioli e Giglioli, 2000), il sintomo di un "malessere sociale" (Casilli, 2000) e "di una dinamica sociale patologica" (Bartolini e Serini, 2007). Per le sue specifiche finalità – controllo coercitivo e, soprattutto, allontanamento dal lavoro – esso assume il terribile volto di un *dispositivo di esclusione sociale* in grado di trasformare coloro che sono espulsi dal lavoro in soggetti appartenenti a quella che Bauman definisce la classe sociale degli "scarti umani" e che, data l'estrema difficoltà di reinserimento nell'attuale mondo del lavoro<sup>5</sup>, sono spesso destinati ad ampliare quella che il sociologo Robert Castel descrive come la categoria delle "classi pericolose", composta da tutti coloro che per ragioni diverse non vengono più considerati adatti a soddisfare le logiche del mercato e che quindi, non risultando per loro utile il reinserimento, saranno marginalizzati ed esclusi in via definitiva. E dunque, se di fronte allo spettro dell'esclusione sociale, l'assegnazione allo scarto diventa la prospettiva potenziale di coloro la cui condizione lavorativa si caratterizza per un permanente sentimento di paura e per una condizione di precarietà<sup>6</sup> che spesso travalica l'ambito dell'esperienza lavorativa e che, trasformandosi in precarietà esistenziale, descrive non solo una situazione soggettiva, ma anche una condizione sociale, civile e culturale, e se tale probabilità rappresenta l'espressione di una condizione strutturale delle realtà lavorative, allora, di conseguenza, è il siste-

5. Secondo i dati di una "Indagine conoscitiva sulla condizione dei lavoratori anziani" svolta nel 2004 dalla Commissione lavoro del Senato, in Italia, dei lavoratori tra 45 e 65 anni espulsi dal lavoro solo un quarto è riuscito a reinserirsi (Bartolini e Serini, 2007).

6. Una Risoluzione del 2001 del Parlamento europeo afferma che "la precarietà dell'impiego costituisce una delle cause principali dell'aumento della frequenza del fenomeno" (La Rosa, 2004).

ma economico-sociale così come si è configurato a seguito dei processi di integrazione economica a risultare particolarmente mobbizzante e violentemente escludente ai fini del primato assoluto della produzione e del profitto.

#### 4. Le connessioni tra i livelli. Note per un percorso applicativo

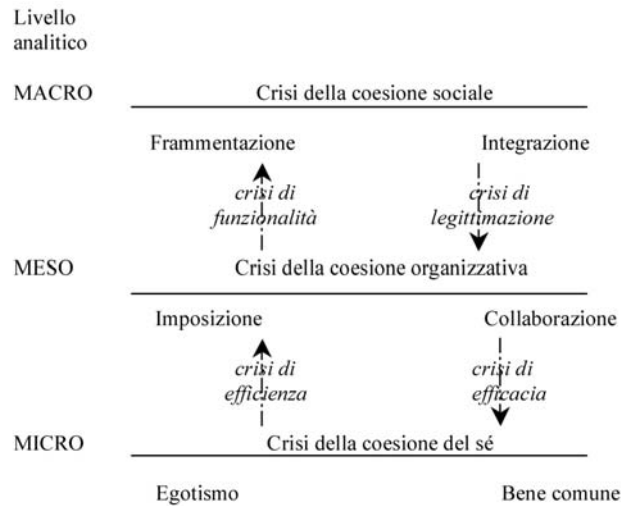
Ebbene, interpretato al livello micro come una *forma di violenza interpersonale* capace di provocare una crisi della coesione del sé, al livello meso in termini di epifenomeno di una *condizione patologica dell'organizzazione*, causa ed effetto di una carenza coesione organizzativa, e al livello macro come un *dispositivo di esclusione sociale* che contribuisce allo sviluppo di divisioni, di processi di frantumazione e di condizioni di crisi della coesione sociale, il fenomeno mobbing indica la presenza di connessioni inadeguate tra i tre livelli. Secondo il percorso teorico brevemente descritto, la possibilità per il livello macro-sistemico di riuscire a garantire alle realtà organizzative un *contesto normativo-ideologico* idoneo affinché esse possano agire e interagire su presupposti di cooperazione e non in base ad una esasperata competitività diminuiscono progressivamente e, di conseguenza, anche il livello meso delle organizzazioni, spostandosi in direzione del malessere organizzativo e di modalità non collaborative nella gestione dei conflitti, non risulta in grado di assicurare una idonea funzione di scambio al livello micro in termini di *qualità del lavoro*. In direzione opposta, ciò impedisce alla correlazione micro-meso di manifestarsi in termini di *aderenza organizzativa*, ovvero di senso di appartenenza dei soggetti e di coincidenza degli interessi, dei valori e dell'agire individuale, con i valori e gli obiettivi dell'organizzazione nel suo

complesso, e alla connessione meso-macro di svilupparsi come *coesione interorganizzativa*, quale espressione di una condizione di equilibrio dei reticoli interorganizzativi fondamentale affinché le organizzazioni possano offrire al macro-sistema prestazioni efficaci in termini di integrazione dei sottosistemi e di stabilità e coesione sociale.

In conclusione di questo viaggio teorico all'interno e intorno al mobbing risulta utile una rappresentazione sintetica (fig. 2) delle conseguenze e dei possibili scenari che l'analisi del fenomeno ha permesso di evidenziare attraverso le varie tappe, segnalando da una prospettiva di osservazione sociologica un malessere diffuso che dal sistema sociale si ripercuote sulle organizzazioni del lavoro e contribuisce a diffondere nel tessuto delle relazioni umane una pervasiva "antropologia del disumano" (Revelli, 2007), sintomo inquietante dello scadimento delle condizioni generali delle società contemporanee e del loro progressivo scivolamento verso forme di imbarbarimento, di cui il mobbing rappresenta un esempio significativo.

Ma se a livello macro le strategie di contrasto assumono un significato economico-politico, legislativo e culturale, è all'interno delle organizzazioni lavorative (dove negli ultimi anni sono stati fatti alcuni tentativi per contrastare la violenza del mobbing, con l'adozione di Codici etici, l'attivazione di Servizi di ascolto e di consulenza, l'istituzione di Comitati Paritetici, l'individuazione dei garanti dei lavoratori) che, attraverso l'impegno realmente concreto del management, la valorizzazione degli operatori e, soprattutto, il miglioramento delle condizioni di lavoro, la prospettiva della prevenzione diventa realistica. Un possibile percorso applicativo in tale direzione è ipotizzabile a partire da un'indagine realizzata con il *Metodo Delphi*: metodologia sociologica di valutazione qua-

Fig. 2 - Rappresentazione sintetica di impatto micro-meso-macro del mobbing



litativa a più stadi generalmente utilizzata per indagare i possibili sviluppi nel tempo di un determinato problema. Applicata al mobbing potrebbe incoraggiare un confronto, una dinamica di partecipazione, un dibattito, con l'*obiettivo generale* di ottenere dai lavoratori (non esperti del tema, certo, ma che vivono la quotidianità della condizione lavorativa) informazioni su aspetti specifici del problema, utili per definire e attuare strategie di individuazione precoce, di valutazione e di contrasto, e quindi per implementare politiche gestionali finalizzate al benessere organizzativo. In termini generali, si tratta di definire il tema (*Question Delphi*) precisando: 1) *l'ambito dell'indagine* e, qualora la realtà lavorativa fosse di grandi dimensioni, territorialmente estesa, ad elevata complessità e con una rilevante differenziazione delle attività, la sua delimitazione; 2) *le finalità*, ovvero i settori relativi alle informazioni che si vogliono ricavare: ad esempio, conoscenza e percezione soggettiva del fenomeno (esperienza diretta, in veste di vittima, o indiretta, come testimoni), cause e

fattori predisponenti (malessere e disagio diffuso, stress, esasperata conflittualità, stili manageriali impositivi ecc.), condizioni di lavoro (dimensioni della qualità del lavoro; recenti riorganizzazioni del settore operativo di appartenenza: passaggi di ruolo, modifiche degli organici, aumenti dei carichi di lavoro e delle responsabilità, richieste di polifunzionalità, eccessivo turn over, ecc.), clima organizzativo, strategie operative di contrasto e interventi di prevenzione; 3) *gli sviluppi applicativi*, vale a dire gli eventuali progetti di sensibilizzazione/formazione, attivazione/rafforzamento di servizi, definizione di percorsi di assistenza e tutela, procedure per segnalare condizioni di malessere organizzativo, individuazione di referenti e delle responsabilità di applicazione delle diverse proposte e degli strumenti formali, definizione e realizzazione di piani di comunicazione e di materiale informativo, individuazione di aree e settori operativi con particolari criticità dove effettuare interventi di analisi organizzativa e azioni di miglioramento, attivazione di reticoli intraorganizzativi all'interno

della Azienda, e di reticoli interorganizzativi tramite il coinvolgimento e la collaborazione con attori esterni.

Definito il tema, individuato e selezionato il gruppo dei partecipanti (Panel) secondo criteri metodologici di *numerosità* (un panel accettabile deve essere composto da 10-15 persone, tuttavia le possibilità offerte dalle tecnologie informatiche permettono facilmente e senza costi aggiuntivi di gestire anche gruppi più numerosi) e di *composizione* (in base al profilo socio-demografico e al profilo professionale e lavorativo), e ottenuta la loro adesione con una lettera che espliciti le modalità dello studio, le fasi di svolgimento e le finalità applicative, si procede attraverso tre fasi, *esplorativa, analitica e valutativa*, alla costruzione, all'invio (possibilmente per posta elettronica) e all'elaborazione di altrettanti questionari: il primo, a domande aperte, richiede opinioni di carattere generale da elaborare e scomporre in *items*, vale a dire in proposizioni elementari significative e facilmente identificabili, evidenziandone i concetti principali e valutando la loro pertinenza con le finalità informative dell'indagine; in base ai pareri raccolti e sintetizzati in forma aggregata e anonima il successivo questionario a domande, sia aperte che chiuse, cerca di ricavare opinioni più dettagliate che verranno elaborate in direzione di una progressiva quantificazione; dopo la valutazione della rilevanza di ciascuna dimensione emersa e del relativo consenso/disaccordo, integrando elementi di valutazione qualitativa e quantitativa tramite scale di misurazione ordinali (ordinare gli *items* per importanza) e/o scale metriche (ordinamento per importanza più una stima quantitativa), le risposte fornite alle domande prevalentemente strutturate del terzo ed ultimo questionario danno avvio alla conclusiva analisi ed elaborazione dei dati e alla stesura di un do-

cumento finale da inviare ai partecipanti e da utilizzare come base per attivare strategie di contrasto del fenomeno e delle condizioni organizzative che ne facilitano lo sviluppo.

### Bibliografia di riferimento

- Bartolini S., Serini A., a cura di (2007). *Come se non ci fossero. Il mobbing e i meccanismi sociali di negazione dei lavoratori*. Milano: FrancoAngeli
- Bauman Z. (2003). *La società sotto assedio*. Roma-Bari: Laterza
- Beck U. (2000). *La società del rischio: verso una seconda modernità*. Roma: Carocci
- Casilli A.A. (2000). *Stop Mobbing. Resistenza alla violenza psicologica sul luogo di lavoro*. Roma: Derive
- Cipolla C., a cura di (2004). *Manuale di sociologia della salute. Volume 1*. Milano: FrancoAngeli
- De Asmundis I., a cura di (2004). *Mobbing: un attacco alla dignità di chi lavora*. Napoli: Edizioni Scientifiche Italiane
- Ege H. (2001). *Mobbing. Conoscerlo per vincerlo*. Milano: FrancoAngeli
- Gallino L.. *Globalizzazione e disuguaglianze*. Roma-Bari : Laterza
- Giarelli G. (2003). *Il malessere della medicina. Un confronto internazionale*. Milano: FrancoAngeli
- Giglioli A., Giglioli R. (2000). *Cattivi capi, cattivi colleghi. Come difendersi dal mobbing e dal nuovo capitalismo selvaggio*. Milano: Mondadori
- La Rosa M. (2004). *Il mobbing questo (s)conosciuto*. Milano: FrancoAngeli
- Marini F., Nonnis M., a cura di (2006). *Mobbing. Dal disagio al benessere lavorativo*. Roma: Carocci
- Nocifora E. (2006). *Il lavoro difficile. La lotta contro la discriminazione, la disuguaglianza e il mobbing nei luoghi di lavoro*. Rimini: Maggioli.



- Petrella R. (1995). *I limiti della competitività*. Roma: Manifestolibri
- Revelli M. (2007). *Le vite di scarto, Il Manifesto*, del 5 settembre
- Toscano A. (2007). *Lavoro allarme suicidi, Panorama*, del 12 luglio
- Vaccani R. (2007). *Stress, mobbing e dintorni. Le insidie intangibili degli ambienti lavorativi*. Milano: Etas

*Ambiti di sviluppo  
del mercato del lavoro  
dei sociologi a cui fare  
riferimento per investire  
in termini  
di specializzazione/  
formazione*

di Walther Orsi e Giorgio Gosetti\*

Nei primi mesi di questo anno è stato sottoscritto un importante Accordo di Programma fra le principali Associazioni dei sociologi che operano a livello nazionale. Questo Accordo, che è stato promosso dalla Società italiana di sociologia della salute, si propone di sviluppare un coordinamento di iniziative tese a valorizzare il ruolo e le funzioni professionali del sociologo.

Uno degli ambiti di azione di tale Accordo riguarda l'identificazione del territorio professionale specifico ed i futuri scenari del sociologo.

In questa prospettiva il Direttivo della SISS ha attivato un gruppo di lavoro, con il compito di promuovere un dibattito con le altre associazioni, in merito agli "ambiti di sviluppo del

mercato del lavoro dei sociologi a cui fare riferimento per investire in termini di specializzazione/formazione".

Un primo contributo, elaborato nell'ambito di tale gruppo, è a cura di Giorgio Gosetti e Walther Orsi. Il documento, che viene qui di seguito riportato, intende mettere in evidenza, in modo sintetico, gli ambiti del mercato del lavoro ("dove") in cui emerge una domanda di competenze ("perché") del sociologo, individuando anche le funzioni ("come") che il sociologo sta svolgendo o potrebbe svolgere. È in rapporto a tali funzioni che ci si propone di individuare sia i percorsi di specializzazione (master, alta formazione, altre modalità di qualificazione del sociologo), sia gli enti interessati ad una loro attuazione.

Pur essendo un documento ancora da completare e validare, con il contributo di tutte le associazioni che hanno sottoscritto l'Accordo, si ritiene utile diffonderlo sia attraverso la Rivista "Salute e Società", sia nell'ambito del Congresso Nazionale del 22-24 ottobre 2009. L'obiettivo è di promuovere un dibattito che coinvolga tutti i sociologi interessati in merito agli scenari di sviluppo e di qualificazione del sociologo.

Le note che seguono intendono pertanto presentare alcuni ambiti di sviluppo della professione del sociologo. Da questo punto di vista, quindi, sono da intendersi come potenziali profili professionali che vanno ad integrare quelli già esistenti e consolidati, che da tempo interessano il sociologo operante nelle aree quali la programmazione sociale e sanitaria, la ricerca operativa, la comunicazione sociale, la valutazione dei servizi sociali e sanitari, l'analisi e progettazione organizzativa.

\* Walther Orsi, Direttore Programma "Salute Anziani" presso Ausl Bologna, walther.orsi@ausl.bologna.it; Giorgio Gosetti, docente di sociologia, Università di Verona, giorgio.gosetti@univr.it

*Sociologo come Promotore del lavoro di rete*

*Perché:* esigenza crescente di integrazione (a livello di programmazione, di gestione e di valutazione degli interventi) fra enti locali, ASL, ASP, Fondazioni, agenzie non profit, aziende, associazionismo, volontariato che, in via crescente, concorrono nei processi di cura, di assistenza, di integrazione sociale, di promozione della qualità della vita.

*Dove:* si fa riferimento a servizi/settori/ambiti quali: le Conferenze dei servizi sociali e sanitari, Uffici di Piano, Piani sociali di zona, Piani per il benessere, Coordinamenti dei servizi socio-sanitari, Tavoli del welfare, Consulte, Conferenze di servizi, Coordinamento processi organizzativi.

*Come:* creando e gestendo reti, attivando e coordinando tavoli di lavoro, definendo procedure di programmazione e valutazione partecipata, rilevando, gestendo, elaborando ed interpretando informazioni (qualitative e quantitative), programmando sistemi informativi integrati, analizzando e migliorando i processi organizzativi; attraverso il coordinamento di progetti e servizi e-Care.

*Sociologo come Interfaccia del cittadino*

*Perché:* esigenza di una migliore comunicazione fra servizi, cittadini ed organizzazioni che li rappresentano, ma anche fra contesto socio-sanitario ed altri ambiti della società (in cui si sviluppano le relazioni dei cittadini) che producono salute ed integrazione sociale.

*Dove:* si fa riferimento a servizi/settori quali: URP, Uffici Relazioni esterne, Sistemi informativi, Settori Qualità.

*Come:* conoscendo il territorio, individuando e coinvolgendo attori determinanti della salute, ascoltando i cittadini attraverso l'utilizzo di diversi strumenti (interviste, questionari, sondaggi,

colloqui, ecc.), rilevando, elaborando ed interpretando informazioni (qualitative e quantitative), divulgando e promuovendo informazioni; attraverso la gestione di laboratori e focus group con i cittadini, il coordinamento di Comitati consultivi misti, il coordinamento di progetti e servizi e-Care.

*Sociologo come Promotore di capitale sociale*

*Perché:* emerge l'esigenza di valorizzare un importante fattore produttivo nei servizi alla persona: il capitale sociale interno ed esterno al sistema di welfare.

*Dove:* si fa riferimento a servizi/settori quali: Personale e Risorse umane, Formazione, Sviluppo organizzativo e Innovazione, Programmazione, Ufficio relazioni esterne.

*Come:* organizzazione di percorsi formativi specifici, elaborazione e gestione della mappa delle risorse sociali del territorio, analisi del capitale sociale, coordinamento di progetti orientati all'innovazione sociale.

*Sociologo come Promotore di qualità della vita*

*Perché:* emergono nuovi bisogni sociali, nuove situazioni patologiche, legate alla fragilità e alla non autosufficienza che richiedono non solo attività di cura, ma anche interventi per il miglioramento della qualità della vita. Emergono esigenze di progettazione (in affiancamento a chi si occupa di contratti di quartiere e pianificazione urbanistica) per definire le condizioni socio-strutturali di qualità della vita: spazi sociali-aggregativi, ricostruzione di legami sociali territoriali, promozione di domiciliarità allargata alle aree abitative.

*Dove:* si fa riferimento a servizi/settori quali: Dipartimenti di prevenzione, Osservatori epidemiologici, Piani per il benessere, Piani di zona, Programmi e

progetti aziendali orientati alla prevenzione, Uffici di Piano, Settori di pianificazione urbanistica dei comuni.

*Come:* conoscendo il territorio, attraverso la rilevazione dei bisogni emergenti e della domanda latente, la costruzione della mappa delle risorse sociali, l'utilizzo di strumenti e metodologie di ricerca; attivando reti, creando percorsi di prevenzione, comunicazione, promuovendo buone pratiche sociali; attraverso il coordinamento di progetti e servizi e-Care.

*Sociologo come Interfaccia delle imprese*

*Perché:* esigenza di governare i rapporti salute/malattia, come potenziale ambito di investimento per le imprese, per nuove sinergie fra servizi di welfare e sviluppo del territorio, per un'analisi delle condizioni di salute sul lavoro. Necessità di comprendere i fattori sociali che sono segnalatori di malessere lavorativo e costituiscono degli eventi sentinella di situazioni che possono degenerare.

*Dove:* si fa riferimento a servizi/settori quali: Sviluppo organizzativo e Innovazione, Programmazione, Ufficio relazioni esterne, Bilancio sociale.

*Come:* conoscendo il territorio (attraverso la rilevazione dei bisogni sociali emergenti e della domanda latente) e gli attori di riferimento (potenzialità, vincoli, risorse, ecc.), reperendo ed elaborando informazioni; attivazione e coordinamento di reti di organizzazioni orientate alla responsabilità sociale di impresa e di territorio.

*Sociologo come Mediatore dei conflitti*

*Perché:* insicurezza, disagio, scarsa comunicazione interpersonale, assenza di luoghi e momenti di confronto, pau-

ra e inadeguatezza che sfociano in situazioni di conflitto tra colleghi (mobbing), tra cittadini, tra cittadini e enti pubblici, tra clienti ed aziende.

*Dove:* si fa riferimento a servizi/settori quali: gestione risorse umane (nelle imprese, istituzioni, organizzazioni, associazioni), coordinamento servizi, gestione di comunità residenziali e semiresidenziali.

*Come:* conoscendo il territorio (attraverso la rilevazione dei bisogni sociali emergenti e della domanda latente); attraverso la gestione di ricerche intervento mirate alla mediazione dei conflitti, la gestione di laboratori e focus group con i cittadini, la costruzione della mappa delle risorse sociali, lo sviluppo di buone pratiche di inclusione sociale.

### *Fenomenologia del convegno annuale dell'American Sociological Association*

di Antonio Maturo\*

I sociologi qualitativi che desiderino praticare un'osservazione partecipante densa di stimoli dovrebbero immergersi nel convegno annuale dell'Associazione Americana di Sociologia, l'*American Sociological Association* (Asa). Nei quattro giorni e mezzo di convegno si susseguono centinaia di micro e macro-eventi partecipati da migliaia di docenti universitari e di sociologi professionali di tutta America (e non solo). Quest'anno la *Conference* si è tenuta a San Francisco, dall'8 all'11 ago-

\* Antonio Maturo, ricercatore e docente di sociologia della salute, Università di Bologna, antonio.maturo2@unibo.it

sto, presso gli hotel Park 55 e Hilton. Il titolo era: *The New Politics of Community*. Vi hanno preso parte circa 5500 persone che hanno dato vita a oltre 500 *session* (560 per l'esattezza). La guida al convegno, ben poco maneggevole, consta di 336 pagine.

Il convegno annuale è organizzato dal presidente dell'Asa. Il presidente dura in carica un anno e, mi si passi la tautologia, ha come scopo principale l'organizzazione del convegno. Il presidente, insieme ad altre svariate commissioni e organi, viene votato via internet dai soci (ci si impiega pochi secondi). Affinché i presidenti abbiano tempo di organizzare il convegno annuale, le elezioni avvengono con un certo anticipo. Ad esempio nell'inverno 2009 si è votato il presidente del 2011, Randall Collins (il "Collins"!), che organizzerà la conference del 2011 a Chicago.

Il 7 agosto si è tenuta l'inaugurazione con un lauto buffet. Presso l'Imperial Ballroom Level dell'Hilton San Francisco coloro che avevano pagato la quota erano i benvenuti alla *Welcoming Reception*. Un complesso jazz ha allietato la serata. Da numerose "isole gastronomiche", camerieri in livrea elargivano prosciutto, formaggio, frutta nonché pastasciutta (davvero attraente esteticamente, però non l'ho assaggiata). Un bicchiere di vino rosso californiano Zinfandel vale il doppio come quantità e (quasi) come gradazione. Il sapore è un po' caramelloso, un intenditore mi dice essere il nuovo gusto "global" che piano piano si farà strada nei mercati asiatici. La "arugola" (rucola) compare dappertutto come il prezzemolo – per usare una metafora gastronomica.

Nelle giornate del convegno i mastodontici corridoi dell'Hilton brulicano di sociologi che camminano veloci, si soffermano a salutare vecchi colleghi, esplodono "wow" quando incro-

ciano qualcuno di inaspettato. A un non-iniziato ciò che balza agli occhi sono gli scintillanti badge che, sobriamente, contengono solo nome e università – senza titoli ulteriori. Ed ecco allora che i nostri occhi corrono a leggere sotto a nomi anglosassoni, ma anche di origine ebraica, italiana, cinese, ispanica, polacca e così via, denominazioni di università per lo più sconosciute: Fayetteville State University, University of Akron, Ramapo College, Brock University... Dopo poco, però, si cominciano a occhieggiare università di sapore più familiare: Indiana University, University of Massachusetts, Cornell University, Yale University. Cerco di abbinare, secondo i più triti stereotipi, tipologie di persone ad appartenenze universitarie. I pregiudizi non vengono confermati. Infatti quelli della University of North Texas non portano il cappello da cow boy, quelli della Boston University non hanno tratti irlandesi e alla University of Hawaii-Manoa ci sono molti biondi. Le sopracciglia si inarcano quando sul badge compaiono nomi famosi. Una nota bibliografica prende corpo. Swedberg è molto distinto, Granovetter dovrebbe essere molto più vecchio, Sennett e la Saskia Sassen sono marito e moglie, e Knorr-Cetina è una donna!

Rispetto ai contenuti del convegno, è difficile individuare una linea di tendenza univoca. Ci sono due difficoltà. La prima nasce dal fatto che per affermare sensatamente quali argomenti ricorrono in modo più frequente nelle relazioni bisognerebbe comparare, in modo puntuale, le presentazioni del 2009 con le edizioni precedenti. La seconda riguarda l'occhio dell'osservatore: essendo interessato alla sociologia della salute, ho avuto un interesse selettivo per ciò che riguarda la mia materia. Avendo però partecipato anche alle edizioni del 2007 e 2008 riporto alcune impressioni.

Dopo il tornado che ha distrutto New Orleans, si sono moltiplicati gli studi di sociologia delle catastrofi. Questo si può affermare con certezza. Si moltiplicano i lavori di *public sociology* – sociologia spendibile per il benessere collettivo. *Ethnicity* e sociologia della sessualità sono ormai diversi anni che hanno acquisito un ruolo centrale nella sociologia americana. Vi è inoltre un cospicuo interesse per le scienze del vivente: biologia e genetica sono al centro di numerosi paper. Su questa linea, forse un po' per effetto delle celebrazioni del 2009 su Darwin, si è parlato parecchio anche di evoluzione. Da poco è nata una Sezione dell'Asa denominata proprio *Evolution and Sociology*. Più di una sessione plenaria è dedicata a Obama: si discute di flussi elettorali, di Obama e l'hip hop, di *blackness*... C'è speranza, fiducia e a tratti entusiasmo per il Presidente. Noto che i relatori sono molto convincenti e appassionanti. Gli applausi sono frequenti, le battute di spirito pure. Si ride molto. Utilizzano gli espedienti della retorica antica, dopo l'ideazione: *dispositio, elocutio, actio*... Alcuni, durante le plenarie, non vedono l'ora di dar vita a una *standing ovation*, ma due volte su tre la sala non risponde. La *standing ovation* sta ai convegni americani come la "ola" sta alle partite dei mondiali di calcio. All'edizione del 2007, tenuta a New York, durante la plenaria d'apertura di *standing ovation* ce ne furono molte perché l'ospite d'onore era Naomi Klein (*No Logo*) che seppe accarezzare il pubblico in modo sublime.

Le sezioni sono molto attive nell'organizzare sessioni. La *Medical Sociology Section* ne ha organizzate una cinquantina al convegno di quest'anno. La sezione di sociologia della salute celebra proprio i 50 anni dalla sua fondazione. E in una sessione intitolata appunto *What Do We Know? Key Fin-*

*dings from 50 years of Medical Sociology* si sono anticipati i contenuti del numero speciale della rivista della sezione, *Journal of Health and Social Behavior*, fatto apposta per il genetliaco. I temi, ognuno presentato da un membro della sezione, saranno focalizzati su: politiche della salute (Mechanic e McAlpine); determinanti sociali (Phelan, Link e Tehranifar); stress e salute (Thoits); ruolo del paziente e percorsi di cura (Boyer); organizzazione dei servizi sanitari (Fennell); tecnologia medica (Casper e Morrison); costruzione sociale dell'illness (Conrad e Barker); nuovi ruoli delle professioni sanitarie (Timmermans e Oh); bioetica (Bosk); relazioni sociali e salute (Umberson); impatto del contesto sociale sulla salute (Sampson). La sezione di sociologia della salute è stata per anni la più numerosa dell'Asa, anche oggi conta circa mille membri. Attualmente è la terza più numerosa. Tuttavia, il fatto che essa non sia la più numerosa non deriva da una diminuzione bensì da una crescita. Negli anni, infatti, sono nate, per opera dei sociologi della salute, varie sezioni che hanno fatto "concorrenza" alla sezione-madre: la sezione di salute mentale, quella sulle dipendenze; quella sull'aging... Vi sono inoltre due sezioni "in-formation" proprio in questi mesi che sicuramente sono molto connesse alle tematiche della salute. Si tratta della sezione di *Body and Embodiment* e di quella su *Disability and Society*. Al momento le sezioni sono quarantaquattro. Alcune di queste sono dedicate a tematiche che a noi italiani forse non appaiono scontate: *Animals and Society*; *Teaching and Learning*; *Rationality and Society*; *Political Economy of the World System*; *Sociological Practice and Public Sociology*; *Marxist Sociology*.

Oltre alle sessioni e alle plenarie, si alternano anche altri tipi di incontri. Ci sono seminari su come insegnare so-

ciologia, su come rendere scoperte e dati sociologici attraenti per i mass media, su come ottenere finanziamenti per le proprie ricerche, su come si lavora nelle istituzioni non accademiche, cioè su come si pratica la sociologia professionale. Ci sono poi le premiazioni: per il migliore docente, i migliori articoli, per i libri che hanno avuto successo fuori dell'accademia, per il miglior giornalismo sociologico, la migliore tesi di dottorato...

I momenti più divertenti sono però le *reception*, ovvero i "party". Ogni sezione ne organizza uno proprio. Spesso all'interno dell'hotel nel quale si tiene il convegno, ma altre volte fuori. La sezione *Alcohol, Tobacco, and Drugs* ne tenne una memorabile al Convegno Asa del 2007, fatto a New York, presso un locale beat del Village. Il coordinatore della sezione invitò tutti dicendo che la generalmente "ai nostri party c'è dell'ottimo vino!". Durante le reception si mangia, si beve, si chiacchiera, si fa il cd. "networking". Presso la reception della *Medical Sociology Section* quest'anno sono stato molto ben accolto in quanto co-editor di un volume di *Salute e Società* in inglese (e in italiano) dedicato alla medicalizzazione<sup>1</sup>. L'altro editor è Peter Conrad della Brandeis University, già coordinatore della *Section* e studioso impegnatissimo nella promozione della sociologia della salute. Il fatto che numerosi autori fossero presenti mi ha garantito un piatto continuamente riempito di leccornie, pacche

sulle spalle e inviti a presentare il numero in università americane.

Le occasioni sociali come queste vedono full professor e giovani PhD ridere insieme e chiacchierare ad alta voce. I capanelli che si formano sono intergenerazionali e l'opinione dei giovani viene stimolata, richiesta e (pare) apprezzata. Gli studiosi più autorevoli e anziani parlano poco e soprattutto ascoltano (è forse questa la dote che fa diventare autorevoli?). Nei giorni del convegno si vedono costantemente interazioni tra giovani e anziani. I full professor a volte dedicano più di un'ora del loro tempo a sconosciuti studenti di dottorato. Fanno il cd. *mentoring*. Entrambi i poli dell'interazione discutono intensamente e quando si lasciano appaiono soddisfatti.

Partecipare al convegno annuale dell'*American Sociological Association* è senza dubbio un'esperienza che arricchisce. Ci si rende conto di modalità diverse di praticare la sociologia (non solo rispetto alla modalità italiana, ma anche all'interno della sociologia americana); si intuiscono tendenze di studio che vanno nascendo; ci si mette alla prova. A volte si stringono contatti che dureranno a lungo e che permetteranno di costruire progetti comuni. Incamerare prospettive diverse permette inoltre di guardare a se stessi in modo dislocato, imparando cose nuove proprio da se stessi. Insomma, finché c'è il dollaro debole...

1. Il volume, curato da chi scrive e Peter Conrad, intitolato *The Medicalization of Life*, nella versione inglese e *La medicalizzazione della vita*, nella versione italiana, è il n. 2 del 2009 di *Salute e Società*. Il pdf è scaricabile dal sito [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it)