

Salute e sanità in un'ottica di lungo periodo

Giovanna Vicarelli

di prossima pubblicazione in *Welfare ed Economia*, n.2. 2022

Premessa: un metodo e una ipotesi

Le riflessioni che qui vengono proposte partono da una precisa scelta teorica e metodologica che fa riferimento ai lavori di Norbert Elias e nello specifico al suo approccio configurazionale (Elias, 1990). La posizione di Elias parte dall'assunto che sono le interdipendenze tra individui a costituire la vera trama di una società e che tali interdipendenze tendono nel tempo a cristallizzarsi in configurazioni strutturali. Ciò significa che si creano *modelli di relazione* fra soggetti che vengono incorporati e riprodotti in maniera duratura nel processo cognitivo e di azione dei soggetti stessi. In questo senso, lo stabilizzarsi di una specifica configurazione sociale deriva dal prevalere di una determinata possibilità organizzativa fra le molte potenzialmente contenute nell'ambiente di interdipendenza dei soggetti coinvolti. Tale configurazione, che si crea attraverso processi of trial and error, non è mai statica, ma conosce mutamenti lenti e adattivi. In determinate situazioni, tuttavia, la configurazione che si è strutturata può incontrare eventi trasformativi che aprono a nuovi e più efficaci modelli di interdipendenza che, a loro volta, si struttureranno dando vita a una nuova configurazione. Ciò significa che, proprio perché la società deriva dall'accavallarsi e intrecciarsi della volontà di moltissime persone, che per la loro reciproca interferenza non sono in grado di ottenere il risultato che si propongono, non ha senso cercare cause o leggi specifiche. La ricerca sociologica deve essere piuttosto rivolta a scoprire l'ordine spontaneo dei processi all'interno dei quali i fenomeni in oggetto si manifestano. Occorre, dunque, svelare la forma dei processi, individuarne i modelli e verificarne l'adeguatezza attraverso la ricerca empirica e documentaria (Perulli, 2013).

Utilizzando questo approccio si proverà a sostenere che in Italia si sono susseguite nel tempo, cioè dall'Unità alla fine degli anni Dieci del Duemila, tre configurazioni sanitarie e di salute, all'interno delle quali il rapporto terapeutico tra medici e pazienti ha assunto modalità specifiche.

1. Dall'unità al primo Novecento: una configurazione a welfare residuale

La prima configurazione sanitaria e di salute dell'Italia unita si sviluppa all'interno di mondi economici, politici e sociali contraddistinti da tre direttrici: 1. il liberismo come filosofia dominante che connota le interdipendenze di carattere politico creando forme statali leggere finalizzate all'ordine pubblico e alla salvaguardia dei confini nazionali; 2. uno sviluppo industriale lento e ritardato che si affianca a forme premoderne di agricoltura (latifondo e mezzadria) con ampie fasce di povertà e sussistenza nella popolazione; 3. relazioni comunitarie tradizionali e statiche incentrate su valori familiari, locali e religiosi.

All'interno di queste interdipendenze di carattere generale, si presentano bisogni di salute della popolazione molto elevati a causa dell'alta mortalità e morbilità dovuta in larga misura alla diffusione di malattie infettive. La risposta pubblica, tuttavia, è di carattere residuale in quanto incentrata sulle condotte mediche e sugli ufficiali sanitari secondo una concezione tipicamente liberale per cui la sanità è essenzialmente un problema di ordine sociale. Parallelamente la salute viene intesa principalmente come salubrità dei luoghi di vita e di lavoro. È su entrambe le direzioni che agiscono i medici igienisti e del lavoro cui in larga parte si debbono gli interventi previsti nell'Ordinamento di Igiene e sanità pubblica del 1888 e le varie normative sanitarie e sul lavoro emanate in epoca giolittiana (Vicarelli, 1997; Taroni, 2009) (Giorgi e Pavan, 2021).

I dati sul numero dei medici, dall'Unità al primo Novecento, dimostrano come essi provengono, assai più degli avvocati, da ceti borghesi piccolo possidenti o impiegatizi desiderosi di riscattarsi sul piano sociale. Sono, quindi, ceti in mobilità, alla ricerca di un posizionamento che li renda partecipi del benessere economico e del potere politico che la nuova Italia intende raggiungere. Da qui il disegno di sviluppo professionale introdotto dalle diverse associazioni di categoria che si creano o si rafforzano in questi anni (l'Associazione medica italiana in primo luogo), nonché dalle singole personalità che riescono ad emergere nel panorama politico e culturale del tempo,

agendo anche e soprattutto a livello parlamentare e di governo. Tuttavia, come scrive Maria Malatesta (Malatesta, 2006) i medici entrano nel nuovo stato unitario portando con sé una contraddizione che li avrebbe tormentati a lungo e cioè domandare impiego, garanzie e autogoverno a una pubblica amministrazione avvezzata a interpretare la sanità in termini di polizia. La legge del 1888, da questo punto di vista, recepisce l'introduzione obbligatoria nei comuni dei medici condotti e degli ufficiali sanitari, ma non riconosce loro nessun governo diretto della sanità che resta saldamente nelle mani dei sindaci e dei prefetti in una logica in cui l'assistenza ai poveri ha ancora il carattere di un intervento residuale e di ordine pubblico, piuttosto che di vera e propria protezione sanitaria della popolazione. Negli anni del primo Novecento, la situazione sanitaria del paese non cambia. Le leggi volute da Giolitti, seppure importanti in un quadro nosologico difficile e bisognoso di interventi diretti da parte dello Stato, risultano limitate e settoriali, soprattutto se paragonate allo sforzo che nel campo della assicurazione sanitaria obbligatoria viene fatto in altri paesi europei, ad esempio in Germania. In tal caso, solo alcune scoperte mediche, i reali benefici derivanti dalla loro applicazione, la presenza di medici di fama internazionale in Parlamento e negli organi di governo, rendono possibili leggi settoriali che trovano, come nel caso della malaria, il proprio presupposto nella produzione e distribuzione statale del chinino (Vicarelli, 1997).

È così che i medici condotti e del lavoro tentano di passare da una "clinica ad personam", improntata al paternalismo e rivolta verso una popolazione afflitta da un analfabetismo endemico che colpisce più del 50% degli italiani, ad una "clinica ad societatem" (Cosmacini, 2000), improntata cioè al risanamento ambientale e al miglioramento delle condizioni generali di vita e di lavoro. Dall'altro lato, la maggior parte dei medici liberi professionisti dipende, per i propri redditi, dalla benevolenza e dai favori di una classe sociale, nobile e potente, che fa uso delle loro capacità in modo spesso strumentale e con marcate forme di dipendenza. I "medici di famiglia", infatti, altro non sono che professionisti inclusi nel personale di una casata, più o meno potente, che li considera alla stregua di "servitori" di più alto rango.

Se si guarda, dunque, alla posizione dell'una e dell'altra categoria medica, occorre valutarne lo status sociale basso, la limitata indipendenza economica ed un potere politico ancora molto ridotto. Inoltre, nel caso dei medici di famiglia, il rapporto con il paziente è contraddistinto da una forte asimmetria a favore di quest'ultimo che, essendo più altolocato, potente e spesso acculturato, intrattiene con il medico una relazione di maggiore autorità. La situazione sembrerebbe inversa nel caso dei medici condotti se non fosse che la

presenza di un gran numero di altri curanti (ciarlatani, maghi e figure variegate della medicina popolare) rende sfuggente il paziente povero nei riguardi di una medicina con capacità di cura ancora molte limitate. La fiducia nei riguardi dei medici, dell'uno e dell'altro tipo, appare nel complesso limitata e circoscritta a rapporti individuali e molto personalizzati.

2. Dal ventennio fascista alla crisi della prima repubblica: una configurazione a welfare categoriale

La Prima guerra mondiale con i suoi processi trasformativi in ambito politico, economico e sociale costituisce il principale evento di rottura della prima configurazione. La configurazione che segue prende avvio con il fascismo e si protrae fino alla fine degli anni Settanta. Qui le nuove direttrici sono legate a: 1. l'avvento di governi e di politiche interventiste a sostegno dell'economia e della società con un ampliamento delle funzioni e delle strutture della Pubblica Amministrazione (PA); 2. il graduale prima e poi più rapido sviluppo della industrializzazione guidata dalla grande industria taylorizzata; 3. l'incremento di forme differenziate di mobilità territoriale ed occupazionale, nonché di nuovi stili di vita e di consumo cui si affiancano rivendicazioni crescenti e collettive in termini di diritti di cittadinanza, interpretati in forme più ampie ed universalistiche di welfare state.

All'interno di questa configurazione i bisogni di salute cambiano risultando sempre più derivanti da malattie oncologiche e cardiovascolari, in un contesto in cui la concezione della salute è fortemente bio-medica in quanto incentrata sull'idea di assenza di malattia. A tali modalità dominanti si risponde con forme di assistenza mutualistiche e categoriali, dapprima libere e poi obbligatorie. Nel secondo dopoguerra, infatti, fino agli anni Settanta l'Italia lascia inalterata una modalità di protezione sanitaria frammentata e particolaristica cui fa da riscontro un intervento pubblico ridotto, nonostante che venga introdotta l'Assicurazione sanitaria obbligatoria. Il quadro istituzionale ereditato dal fascismo resta, infatti, immutato risultando costituito da sei regimi assicurativi principali (relativi a pensioni, disoccupazione, tubercolosi, assegni familiari, malattia e maternità, infortuni e malattie professionali) amministrati da una grande quantità di enti caratterizzati da una forte eterogeneità sia rispetto al riconoscimento dei rischi che dei benefici. Si tratta di un sistema modellato su base categoriale e professionale, ma in realtà guidato dal sistema politico-partitico che ne definisce, volta a volta, l'estensione e i requisiti per l'accesso. Nell'ambito sanitario, all'incremento della copertura mutualistica fa riscontro una rete eterogenea di strutture di base cui i

medici di medicina generale ed i condotti debbono far affidamento per trovare una retribuzione che spesso deriva dalla duplicazione delle visite, degli accertamenti e delle prestazioni in strutture pubbliche e private. Alla molteplicità delle mutue e degli enti assistenziali si accompagna il mancato riordino del sistema ospedaliero così che lo sviluppo del settore avviene entro i limiti di una regolazione pubblica che risale alla normativa crispina del 1890 fino almeno alla riforma Mariotti del 1968. Nasce da queste condizioni la prospettiva, sostenuta dalle organizzazioni di categoria, di un inquadramento dei medici ospedalieri nel pubblico impiego senza però intaccare l'autonomia professionale che dovrà essere garantita in termini tecnici ed economici, con la possibilità di svolgimento della pratica libero-professionale. Una posizione ibrida che si affianca a quella altrettanto complessa dei medici mutualisti che si muovono tra opzioni di assistenza indiretta per tutta la mutualità e opzioni di assistenza diretta disciplinata da regole e garanzie.

Ne deriva che i medici, in questi anni, recepiscono le grandi innovazioni tecnologiche e scientifiche nell'ambito della cura e ne accolgono le conseguenze migliorando le proprie capacità diagnostiche e terapeutiche. Mentre, così nel rapporto medico-paziente inizia a prevalere l'idea di una somma oggettiva di organi, nel rapporto medico-società il punto critico diventa quello di una dimenticata coscienza del ruolo attivo della medicina nella promozione sanitaria e nel benessere delle comunità di appartenenza. Contro la medicina "ad societatem", ma anche a differenza di una medicina "ad personam" del periodo fascista, le conquiste tecnologiche e scientifiche del secondo dopoguerra sostengono una "medicina ad organum" in cui la differenziazione specialistica conduce spesso verso la perdita tanto della dimensione antropologica del malato, quanto della sua unità biologica. Ciò conduce ad una crescente differenziazione degli interventi medico-sanitari che si accompagnano ad un sistema di welfare sempre più frammentato, di cui, con il tempo, si perde il carattere democratico che pur si era voluto imprimere nel contesto istituzione del secondo dopoguerra.

E' in questo periodo che cresce la dominanza medica, dapprima in modo limitato (nel Ventennio fascista), quindi in forma assai più rapida (nel secondo dopoguerra fino agli anni Settanta) al punto che alcuni hanno parlato, riferendosi a quest'ultimo periodo, di età d'oro della professione (Tousijn, 2000). .Nello specifico, sono le nuove acquisizioni tecniche e scientifiche e l'espansione della copertura assistenziale che offrono alla medicina grandi elementi di prestigio sociale, di potere economico e politico (Vicarelli, 2001). Lo stesso sviluppo di altre professioni sanitarie (vedi quelle infermieristiche e tecniche) avviene all'insegna di una subordinazione alla classe me-

dica che ne indirizza la formazione e le attività assistenziali. Cambia, in questi anni, anche la figura del paziente che, in una società di massa a crescenti consumi, accede al sistema mutualistico grazie ad una posizione lavorativa garantita e con livelli di acculturazione relativamente più alti rispetto al passato. Nel complesso il rapporto medico-paziente appare ampiamente asimmetrico a favore dei medici in quanto supportato da un sistema di fiducia istituzionalizzato in cui le facoltà di medicina, le strutture ospedaliere e sanitarie, gli ordini e le associazioni professionali riscuotono consensi diffusi e riconosciute forme di autorevolezza da parte della popolazione.

3. Dagli anni Ottanta al primo ventennio del nuovo secolo; una configurazione a welfare universalistico selettivo

Gli eventi che segnano la fine della seconda configurazione vanno ricercati nella crisi petrolifera e nei processi trasformativi ad essa conseguenti che si manifestano tra la metà degli anni Settanta e i primi anni Ottanta. Le interdipendenze di tipo macro-strutturale vanno qui interpretate guardando a tre grandi processi di ristrutturazione: 1. l'avvento di filosofie neoliberaliste che sostengono la razionalizzazione e/o riduzione dei sistemi di welfare state con la conseguente ristrutturazione degli apparati pubblici secondo logiche di New Public Management (NPM); 2. i processi di globalizzazione e finanziariaizzazione dell'economia conseguenti la crisi della grande impresa taylorizzata e l'insorgere delle grandi reti digitali; 3. l'implosione delle associazioni e dei movimenti collettivi verso modelli culturali che enfatizzano i diritti individuali assieme al massimo benessere e alla massima libertà di scelta.

All'interno di questa terza configurazione i bisogni e le domande di salute sono connotati dalle maggiori aspettative di vita e conseguentemente dall'incremento delle patologie croniche e della comorbilità che aumentano la domanda sanitaria legittimando, al tempo stesso, il tema della insostenibilità economica di un sistema sanitario pubblico molto ampio ed inclusivo.

Con la legge 833 del 1978 il passaggio allo Stato di tutte le funzioni di organizzazione e di finanziamento della sanità (Vicarelli, 2019) si accompagna, infatti, ad una ristrutturazione istituzionale basata sulle Unità Sanitarie Locali (USL) che, entro un determinato territorio, sono investite della gestione di tutte le forme di intervento sanitario, in una logica universalistica che vede riconosciuto il diritto alla salute a tutti i cittadini italiani. Una salute intesa come uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplice assenza di malattia, così come indicato dall'OMS nel lontano 1948

(Ingrosso, 2016). Tuttavia, la difficile attuazione del Servizio sanitario nazionale (SSN) conduce, in breve tempo, alla sua trasformazione in termini aziendalistici. Un processo che culmina nel 1992 con la approvazione, da parte del governo Amato, del decreto legislativo 502 che istituisce, al posto delle USL, gestite da un Comitato di gestione di nomina comunale, le Aziende sanitarie, territoriali ed ospedaliere (ASL e AO9) guidate da direttori generali di nomina regionale. L'aziendalizzazione della sanità, dapprima avversata dai partiti di sinistra e da alcune categorie mediche, diviene nel 1993 ampiamente accettata quando, a seguito della crisi istituzionale scaturita dalle inchieste della magistratura sugli illeciti nell'ambito sanitario, essa appare l'unica via per salvaguardare e rilanciare il SSN che, tuttavia, diventa sempre più di competenza regionale soprattutto a partire dal 2001 a seguito della riforma costituzionale. Poiché in un sistema aziendalizzato oggetto di controllo sono le stesse scelte cliniche, si determina, a partire da questo momento, una evidente sovrapposizione di sfere di competenza tra medici e manager che non sono più collocati, come in passato, in aree separate, con due distinte linee di autorità, ma all'interno della stessa azienda sanitaria con forme di controllo molto più complesse. (Vicarelli e Pavolini, 2013). Non meraviglia, allora, che il conflitto tra medici e manager si manifesti, in primo luogo, a livello micro ed interpersonale dentro le strutture sanitarie, dove empiricamente e nella prassi quotidiana gli uni e gli altri trovano motivo di "scontro" nella scelta di obiettivi o strumenti divergenti. Tuttavia, esso è supportato, a livello meso-organizzativo poiché l'emergere di modalità gestionali più o meno improntate alla competizione o alla cooperazione amministrata incide sul grado di accountability del sistema e quindi di influenza del management. Tutto ciò in una crescente razionalizzazione della spesa sanitaria che, a partire dalla crisi economico-finanziaria del 2008, diminuisce costantemente andando ad incidere sulle condizioni specifiche di lavoro all'interno del SSN (blocco della contrattazione, blocco del turn-over nelle regioni in difficoltà di bilancio, modifiche nell'orario di lavoro, diminuzione delle posizioni apicali ecc.) (Vicarelli, 2022).

È in questo contesto che si inizia a parlare di crisi della dominanza medica e di crescenti difficoltà della professione che si va sempre più femminilizzando (Vicarelli, 2008). Mentre, infatti, l'aziendalizzazione spinge i medici verso una costante oggettivazione delle proprie attività (la medicina basata sulle evidenze) e non raramente verso forme di medicina difensiva per far fronte alle denunce dei cittadini e ai controlli pubblici, il concetto di salute sembra dilatarsi. Cittadini più colti ed istruiti, che possiedono maggiori informazioni tratte dai media, esprimono una domanda ampia, complessa e per

certi versi emozionale, carica, talvolta, di una nuova volontà di partecipazione e di coproduzione della cura. Al medico si richiede, sempre più, una disponibilità immediata (di tempo e di risposta) che contrasta con la profondità della domanda di salute, così che le pressioni esercitate dai pazienti vengono vissute con crescente disagio e con fenomeni di burn-out da parte dei professionisti. Nasce, da qui, l'esigenza avanzata di alcuni di riportare nella relazione con il paziente una dimensione narrativa (medicina narrativa) che permetta ai due soggetti della relazione di recuperare una trama più profonda dell'esperienza di vita e di malattia (Giarelli, 2005; Bronzini, 2016).

In altri termini, negli ultimi decenni del secolo, sembrano diminuire contemporaneamente sia la delega esclusiva concessa dallo Stato alla professione medica, sia la fiducia incondizionata verso la medicina da parte dei pazienti e delle loro famiglie. Nell'un caso e nell'altro fanno sentire la propria influenza un mercato sanitario privato in espansione e una crescente cultura dei consumi che spinge la medicina e gli stessi cittadini verso il miglioramento e l'ottimizzazione delle performance individuali, al di là della semplice prevenzione e cura. Una tendenza quest'ultima che si accompagna ad un progresso tecnico e scientifico di grandissimo impatto che trova le sue basi scientifiche sulla "medicina molecolare e personalizzata", ben al di là, dunque, della "medicina ad organum" del periodo precedente. Ne deriva una perdita strisciante di status sociale, di potere politico e per certi versi di introiti economici di una professione che vede diminuire, da parte dei pazienti, la fiducia istituzionale del periodo precedente. Mentre cade, infatti, lentamente, all'interno delle culture politiche dominanti, il riconoscimento delle gerarchie sociali e dei differenti livelli di autorevolezza, la fiducia dei cittadini viene sempre più veicolata dalle nuove tecnologie della comunicazione e dell'informazione, finendo per localizzarsi su specifiche categorie o personalità mediche. Né vanno dimenticate le difficoltà a creare condizioni di fiducia reciproca tra gli stessi medici, sia quando si tratta della co-gestione delle cure di un paziente, sia quando si tratta dei rapporti tra specialità diverse o con i giovani specializzandi. Tutto ciò in una scena della cura che appare sempre più affollata di operatori profani oltre che professionali, in cui i medici fanno fatica a riproporre le modalità di guida e di coordinamento del periodo precedente.

Conclusioni

A questo punto ci si può chiedere se la pandemia da Covid-19, che è scoppiata nei primi mesi del 2020, possa essere interpretata come un evento in

grado di mettere in discussione la terza configurazione. Ci si può chiedere, ad esempio, se si consolideranno le nuove interdipendenze politiche, economiche e sociali che si sono manifestate durante gli anni pandemici. Ci si riferisce: 1. alle politiche interventiste dei governi nazionali e sovranazionali tanto in ambito economico che sanitario e sociale; 2. alla consapevolezza delle criticità legate a filiere economiche troppo lunghe e ad economie a forte finanziarizzazione; 3. alla sensibilità verso beni comuni come l'ambiente e la salute che richiedono nuove forme collettive e individuali di impegno entro reti solidali intergenerazionali (Vicarelli e Giarelli, 2022). D'altro canto, proprio la pandemia ha prepotentemente dimostrato la fallacità di interpretazioni epidemiologiche lineari portando all'attenzione di tutti come le malattie epidemiche potranno coesistere con livelli di morbilità nuovi (legati all'ambiente ad esempio) e forme di cronicità altrettanto emergenti (basti pensare al long Covid).

Quali saranno, dunque, le risposte in termini di sanità e di salute? Sarà sufficiente una concezione di salute centrata sempre più sulla resilienza come espresso dal Convegno dell'Aia del 2009 (Huber, 2010) oppure bisognerà assumere una concezione bio-psico-socio-ambientale cioè una concezione sindemica che spinge a superare la visione convenzionale delle malattie come entità distinte in natura, le une separate dalle altre e indipendenti dai contesti sociali e ambientali in cui si manifestano e si sviluppano? In tal senso basterà, come propone il PNRR, un SSN che promette di fare delle reti territoriali il proprio fulcro portante o bisognerà andare molto più oltre facendo del modello One Health uno strumento di ristrutturazione profonda dei sistemi sanitari? Se e come tutte queste interdipendenze emergenti creeranno un "nuovo modello" di relazioni, quindi una nuova configurazione, dovrebbe diventare oggetto di analisi e ricerche future.

Bibliografia

- Bronzini M., a cura di (2016). *Vissuti di malattia e percorsi di cura*. Bologna: Il Mulino.
- Cosmacini G. (2000). *Il mestiere di medico. Storia di una professione*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Elias N. (1990). *La società degli individui*. Bologna: Il Mulino.
- Giarelli G. (2005). La svolta narrativa: l'incontro clinico come negoziazione di significati. In: Giarelli G., Good B.J., Del Vecchio Good M.J., Martini M., Ruozi C., a cura di, *Storie di cura. Medicina narrativa e medicina delle evidenze: l'integrazione possibile*. Milano: FrancoAngeli.
- Giorgi C., Pavan I. (2021). *Storia dello Stato sociale in Italia*. Bologna: Il Mulino.

- Huber M. (2010). *Invitational Conference 'Is health a state or an ability? Towards a dynamic concept of health'*. Report of the meeting December 10-11, 2009, The Netherlands Organisation for Health Research and Development and the Health Council of the Netherlands, Hague.
- Ingrosso M. (2016). *La cura complessa e collaborativa. Ricerche e proposte di Sociologia della cura*. Roma: Aracne.
- Malatesta M. (2006). *Professionisti e gentiluomini. Storia delle professioni nell'Europa contemporanea*. Torino: Einaudi.
- Perulli A. (2013). *NORBERT ELIAS. Processi e parole della sociologia*. Roma: Carocci Editore.
- Taroni F. (2009). *Politiche sanitarie in Italia. Il futuro del SSN in una prospettiva storica*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.
- Tousijn W. (2000). *Il sistema delle occupazioni sanitarie*. Bologna: Il Mulino.
- Vicarelli G. (1997). *Alle radici della politica sanitaria in Italia. Società e salute da Crispi al Fascismo*. Bologna: Il Mulino.
- Vicarelli G., a cura di (2001). *Eliot Freidson, La dominanza medica. Le basi sociali della malattia e delle istituzioni sanitarie*. Milano: FrancoAngeli.
- Vicarelli G. (2008). *Donne di medicina*. Bologna: Il Mulino.
- Vicarelli G. (2019). The creation of the NHS in Italy (1961-1978). *Dynamis*, 39(1): 21-43. DOI: 10.30827/dynamis.v39i1.8665
- Vicarelli G. (2022). La flessibilità del lavoro nel Servizio Sanitario Nazionale prima e durante la pandemia da Covid-19. *Sociologia Del Lavoro*, 162: 7-29. DOI: 10.3280/SL2022-162001
- Vicarelli G., Giarelli G. (2022). Tackling the Covid-19 pandemic. The Italian national health service in a comparative perspective. *Rassegna Italiana Di Sociologia*, early access. DOI: 10.1423/103688
- Vicarelli G., Pavolini E. (2013). «Una danza generativa»: lo studio della sanità in Italia tra management, professioni e politiche. *Rivista Delle Politiche Sociali*, 4(suppl.): 187-209.

Abstrac

Le riflessioni che l'autore propone fanno riferimento ai lavori di Norbert Elias e al suo approccio configurazionale rispetto al quale si sostiene che in Italia si sono susseguite tre diverse configurazioni sanitarie e di salute. La prima "a welfare residuale" (dall'Unità ai primi anni del Novecento) appare contraddistinta da bisogni di cura molto ampi, da una tutela pubblica limitata, da una concezione di salute ristretta e da rapporti terapeutici asimmetrici più a favore dei pazienti che dei medici. Nella seconda configurazione "a welfare

categoriale” (dal fascismo alla crisi della prima repubblica) la salute, intesa in termini bio-medici, si coniuga con la dominanza della professione medica e con un sistema mutualistico differenziato e basato su servizi ospedalieri per malattie acute. La terza configurazione “a welfare universalistico-selettivo” giunge fino al 2020 quando la pandemia potrebbe determinarne la crisi. In essa il modello di salute bio-psico-sociale stenta ad imporsi, così come la riorganizzazione dei servizi pubblici in termini universalistici e territoriali.

Parole chiave: Configurazione, welfare, salute, sanità medici, pazienti,

Abstract

Health and healthcare in a long-term perspective

The considerations offered by the author focus on Norbert Elias’ work and on his configurational approach with respect to which it is argued that three different health and healthcare configurations have followed one another in Italy. The first 'residual welfare' (from the Unification to the early 20th century) appears to be characterized by very broad care needs, limited public protection, a narrow conception of health and an asymmetrical therapeutic relation more in favor of patients than of doctors. In the second 'categorical welfare' configuration (from fascism to the crisis of the first republic) health, considered in bio-medical terms, is combined with the dominance of the medical profession and with a differentiated mutualistic system based on acute hospital services. The third configuration “universalistic and selective welfare” reaches the year 2020 when the pandemic could lead to a crisis. Here, the bio-psycho-social health model struggles to impose itself, as does the reorganization of public services in universalistic and territorial terms.

Keywords: Configuration, welfare, health, healthcare, doctors, patients