



SOCIOLOGIA DELLA SALUTE E DELLA MEDICINA

Newsletter

NUMERO 4

SETTEMBRE 2021

Indice

Editoriale

I soci si raccontano

Attività della Sezione

Articoli scientifici

Landing Volumi

Ricerche/Revisione della letteratura

Tesi di dottorato

Call for papers e convegni

Partecipa alla sezione

Salute per immagini

Case della salute o Case della comunità?

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), presentato dal Governo Draghi il 25 aprile e approvato dalla Commissione Europea il 22 giugno scorso, è articolato in sei “missioni”, di cui una (la 6) “è caratterizzata da linee di azione volte a rafforzare e rendere più sinergica la risposta sanitaria territoriale e ospedaliera, nonché a promuovere e diffondere l'attività di ricerca del Servizio sanitario nazionale”.

Come sociologi della salute, non possiamo che prendere atto positivamente della centralità e della rilevanza assegnata in particolare alla riforma della sanità territoriale in tale ambito, nonché del relativo finanziamento: 7 miliardi di euro tra il 2022 e il 2026. Tra i diversi pilastri previsti quelli relativi al potenziamento dell'assistenza domiciliare per arrivare ad assistere il 10% degli over 65 e la costruzione degli ospedali di comunità quali strutture territoriali a gestione prevalentemente infermieristica per ricoveri brevi e interventi di media/bassa intensità clinica non hanno suscitato alcun dibattito. **Al contrario invece si è sviluppato un dibattito significativo per il terzo pilastro, rappresentato dalla attivazione di 1.288 Case della comunità. Dibattito che non ci può lasciare indifferenti.**

Da una parte, infatti, ha prodotto la reazione netta del segretario della Federazione dei Medici di Medicina Generale (FIMMG) Silvestro Scotti, che si è scagliato contro tale progetto affermando che “Invece di avvicinare la sanità ai cittadini rischiamo di allontanarla, siamo delusi”, sulla base della convinzione che “l'idea che si continui ad investire in strutture rispetto ai micro team non sia quella giusta” (*quotidianosanità.it*, 30-4-2021). La proposta dei micro team composti da medici di Medicina generale (MMG) sarebbe l'unica a garantire il principio di prossimità delle cure al domicilio dei pazienti, rispetto ad una Casa della comunità ogni 132 kmq, specie per le aree rurali con piccoli centri. **Anche “esperti”** come Ettore Jorio e Ivan Cavicchi, hanno contribuito in modo forte al dibattito in corso. Il primo ritiene che le Case della comunità siano una riedizione delle precedentemente realizzate Case della salute, le quali “hanno registrato ovunque esiti pressoché fallimentari” (*quotidianosanità.it*, 3-5-2021); mentre il secondo afferma che nel PNRR manca una definizione delle Case della comunità, che vengono ridotte a “un banale poliambulatorio INAM”, che accentua “in forma subdola il processo di privatizzazione iniziato con le controriforme di questi anni” (*quotidianosanità.it*, 6-5-2021). Mentre Barbara Mangiacavalli, presidente della Federazione degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI), ritiene che “la Missione 6 del Recovery Plan parla per certi aspetti la lingua degli infermieri”, e che “**proprio gli infermieri di famiglia e di comunità sul territorio possono assicurare una maggiore attenzione - sociale e di cura** - e sostegno in quelle zone che oggi spesso vengono spopolate perché prive proprio di supporti sociali e più in generale di servizi pubblici” (*quotidianosanità.it*, 4-5-2021). Giorgio Sessa e Virginio Colmegna, della Associazione “Prima la comunità”, considerano invece inadeguata la proposta dei micro team e ritengono necessario “andare sempre più verso la collaborazione interprofessionale basata su reti di professionisti e servizi operanti in ciascuna comunità”, non riducibili a semplici poliambulatori, ma “nodi della rete, punti di riferimento per i cittadini”, orientati sia alla cura che alla prevenzione “in coerenza con una visione della salute che include l'esperienza di vita e non solo la malattia” (*quotidianosanità.it*, 7-5-2021).

Di questo dibattito, possiamo cogliere fra le diverse questioni poste: la necessità di una locuzione e di una definizione rigorosa di ciò che si intende per “Case della comunità”: sottolineando che **il concetto di “comunità” è da tempo ritenuto sociologicamente ambiguo** e, soprattutto, scarsamente coincidente con un determinato territorio **specialmente in tempi di globalizzazione**. Anche se per superare tale ambiguità semantica basterebbe averle definite “Case della salute comunitaria”, secondo una visione non ospedalecentrica e medicocentrica del SSN ma orientata ai bisogni di salute di un territorio, **restano da definire questioni di fondo quali le modalità di gestione, i soggetti istituzionali e non coinvolti, nonché i rapporti e l'integrazione con i servizi sociali (nel PNRR considerati come opzionali).**

Coordinatore della Sezione Guido Giarelli

GRUPPO REDAZIONALE:

Angela Genova (Università di Urbino), Veronica Moretti (Università di Bologna),
Alessandra Sannella (Università di Cassino), Alice Scavarda (Università di Torino)
Mara Tognetti (Responsabile, Università degli Studi di Napoli Federico II)

La newsletter ha una periodicità trimestrale

I soci si raccontano...

MARA TOGNETTI



Biografia personale

Mi sono laureata in Scienze Politiche indirizzo politico sociale e specializzata in Programmazione sanitaria. Vivo a Milano. Ho un'anziana mamma e tre nipoti. Amo molto leggere, fare giardinaggio. La mia vera passione però è viaggiare in treno.

Quando facevo la consulente del Consiglio d'Europa sull'immigrazione andavo a Strasburgo in treno, praticamente ci mettevo una giornata ed era bellissimo attraversare Stati diversi e paesaggi diversi. La stessa sensazione che provavo andando settimanalmente da Milano alla Federico II di Napoli, con l'alta velocità. Io attribuisco questo piacere del viaggiare in treno al fatto che mio bisnonno materno produceva le traversine in legno per le ferrovie.

[Vai al link](#)

Gli sviluppi della Sociologia della salute

1 Quale è il tuo attuale ruolo?

Attualmente sono professore ordinario di Sociologia Generale presso l'Università degli Studi di Milano -La Statale-. Al maschile per non sminuire questo ruolo anche quando è ricoperto da donne. Ricordo che solo il 23 % delle donne ha raggiunto tale posizione nell'accademia italiana, a causa dei molti labirinti di cristallo, come ci ricordano le ricerche di Ilenia Picardi, che costellano il percorso accademico delle donne nel nostro Paese.

2 Ci descrivi brevemente il tuo percorso accademico fin qui?

Il mio è un percorso sui generis. Sono stata chiamata da Antonio de Lillo nel 2001, erano gli anni di fondazione dell'Università di Milano-Bicocca, per collaborare all'organizzazione di un nuovo Corso di Laurea. Ho vinto un concorso da ricercatore, anche se la promessa era di entrare come professore associato, poiché avevo alle spalle molti anni di esperienza lavorativa, con molte pubblicazioni, sempre nell'ambito della ricerca e della formazione, ma i colleghi interni non condividevano appieno questa scelta.

Precedentemente avevo lavorato per diversi anni nel Servizio Ricerca e Programmazione di un grande ente socio-sanitario; diretto poi un Istituto di ricerca che si occupava di salute per una Fondazione milanese ed avevo insegnato per molti anni in diverse istituzioni che formavano operatori sociali e operatori sanitari.

Sono diventata professore associato nel 2006, in un concorso a Macerata, ero la seconda idoneata, e quindi Bicocca mi ha chiamata come professore associato. Per alcuni valeva la "regola" di Dipartimento, che si dovesse vincere fuori. Nel 2014 sono stata abilitata come professore ordinario nelle tornate ASN.

Nel 2018 ho vinto un concorso di prima fascia alla Federico II. Un concorso così detto aperto, uno dei pochi che si sono banditi a livello nazionale anche per consentire agli interni di fare carriera.

Un' avventura troppo breve ma straordinariamente interessante quella fatta alla Federico II, da tutti i punti di vista: scientifico, umano, esperienziale. Questi anni trascorsi nel Dipartimento di Scienze Politiche della Federico II, uno dei più bei Dipartimenti sul piano architettonico, ma non solo, che abbia mai visto (sono due ex conventi accorpati, su livelli differenti, con due giardini sempre su livelli diversi e una scala vanvitelliana, oltre ad una chiesa sconsacrata del 1600 (San Marcellino e Festo) che funge da aula per le conferenze. Dalla finestra del mio studio, nella parte alta del convento, oltre al giardino degli agrumi ammiravo il Vesuvio e parte del Golfo di Napoli. Ma cosa più importante questa esperienza mi ha consentito di imparare a guardare il Mondo dal Sud del Mondo, e per me che oltre che di salute mi occupo di migrazioni non è poco. I colleghi poi, in particolare le sociologhe, sono stati straordinariamente accoglienti.

Spesso dico ai colleghi che invece di fare i visiting all'estero sarebbe molto istruttivo fare un periodo di scambio fra professori del Nord e professori del Sud, in particolare per i giovani colleghi che sviluppano tutto il loro percorso accademico nello stesso Ateneo in cui si sono laureati. Ovviamente io ho maturato anche esperienze di visiting in università estere.

3 Fra i molti temi relativi alla sociologia della salute ci puoi indicare quale/quali sono i tuoi temi di ricerca e di studio?

Ho cominciato ad occuparmi di salute degli ambienti di vita e di lavoro e di prevenzione. Il mio primo articolo l'ho scritto per la rivista "Medicina Democratica", fondata da Giulio Maccacaro; ma il tema di formazione è stato quello della salute mentale- tema che continuo a seguire-.

Assieme ad altri colleghi (A. Martinelli, Misiti, O. De Leonardis, G. Micheli, G. Abbatecola) abbiamo condotto una delle prime ricerche sociologiche appunto sulla salute mentale per il CNR. Sempre su questo tema ho poi fatto un lavoro (assieme a psichiatri, infermieri ecc.) di ricostruzione delle tappe che hanno portato alla chiusura totale- non una riconversione in servizi psichiatrici come è successo in generale là dove "si sono chiusi gli ospedali psichiatrici"-, dell'Ospedale Psichiatrico Cerletti di Parabiago (MI). Devo dire che è stata una grande emozione quando sono stata alla Mc Gill University di Montréal (Canada), trovare una copia del mio libro (I muri cadono adagio, FrancoAngeli Editore) che ricostruisce questa chiusura, nella bellissima e fornitissima biblioteca universitaria.

Ho poi lavorato sui temi della salute degli immigrati, dell'accesso ai servizi sanitari dei medesimi; delle disuguaglianze di salute con particolare attenzione sempre ai migranti. Ed ancora le medicine non convenzionali, la farmacologizzazione, i sistemi sanitari. Tutti temi mai abbandonati ma rivisitati anche alla luce delle transizioni epidemiologiche e dei cambiamenti degli sguardi disciplinari

4 Come sei arrivato/hai deciso di occuparti dei temi (o di questi temi) di sociologia della salute?

Come ho già detto mi sono sempre occupata di questi temi. Ricordo quando vivevo a New York, al Village, il piacere che provavo a leggere i primi manuali di sociologia della salute e della medicina presso la biblioteca della NewYork University. Non ricordo un motivo particolare rispetto alla scelta di questi temi, è stato ovvio, spontaneo, normale.

Forse perché il mio trisnonno paterno faceva lo psichiatra all'Ospedale Psichiatrico San Lazzaro di Reggio Emilia, ma forse anche perché mio bisnonno paterno curava con le erbe e studiava su erbari stupendi, o forse ancora perché mia nonna materna faceva la levatrice. O più semplicemente perché ho fatto l'Università e mi sono specializzata negli anni dei movimenti collettivi. O forse per tutti questi motivi assieme.

5 Pensi che occuparti di questi temi sia stato utile o meno nell'evoluzione della tua carriera professionale?

Erano e sono stati per molti decenni, e in parte lo sono ancora, temi considerati poco importanti per la sociologia italiana. Anche sociologi importanti che se ne occupavano, penso ad A. Martinelli, A. Melucci, ma anche G. Abbatecola, avevano altri temi di ricerca che li rendevano visibili alla comunità scientifica nazionale e internazionale.

A Milano-Bicocca esisteva il primo insegnamento di Sociologia della Medicina, che poi è stato cancellato. Personalmente, quando facevo la Presidente di un Corso di laurea in questo Ateneo ho impiegato moltissimi anni per re-introdurre Sociologia della salute come insegnamento, di cui i colleghi non comprendevano l'importanza. Speriamo che la sindemia da COVID 19 contribuisca a far comprendere anche ai più restii le potenzialità di tali saperi.

Anche quando abbiamo costituito la sezione Sociologia della salute e della medicina, dell'AIS, non è stato un processo semplice, nonostante avessi fra le prime, costituito da tempo, 1981, con A. Martinelli e MP. Graziani, l'Associazione di Sociologia della Medicina e della Salute (ASoMeSa).

6 Sui tuoi temi lavori prevalentemente da solo o con altri colleghi, se sì chi? Se no perché?

Amo lavorare in gruppo pur non avendo un ottimo carattere, e non necessariamente con soli colleghi sociologi. Molto di quello che ho scritto ha debiti nei confronti degli antropologi, degli storici, degli epidemiologi. Inoltre il tema salute richiede sguardi plurali, se avevamo qualche dubbio in tal senso la pandemia da COVID19 li ha cancellati.

Oltre ai colleghi già citati ho negli anni molto discusso con M. Ingrosso, G. Vicarelli. Ho fatto ricerche o scritto con M. Rinaldini, F. Bimbi, A. Ornaghi, M. Lucchini, M. Terraneo, S. Sarti, P. Rossi, V. Quaglia, e non ultime MC. Agodi, I. Picardi, A. Decataldo. E molti altri ancora. In generale amo confrontarmi con i giovani perché più innovativi, curiosi, entusiasti, ma anche perché il futuro è loro. Come recentemente ha sottolineato M. Florio la conoscenza circola come un bene pubblico ed è difficile attribuire con certezza ad un unico soggetto la proprietà intellettuale di un'innovazione. Credo che lavorare in gruppo e in gruppi multidisciplinari sia fondamentale per i temi di cui si occupa la sociologia della salute, ma non solo. Non a caso dopo 10 anni di coordinamento della Conferenza Nazionale dei Corsi di Laurea L 39 e M87, ho proposto e realizzato, assieme ad altri colleghi, la formalizzazione di tale organismo in associazione (CLASS).

7 Quali sviluppi avrà secondo te la sociologia della salute?

Sono ottimista, sia rispetto al rafforzamento accademico, sia rispetto allo sviluppo di una sociologia pubblica e vedo scenari favorevoli per la disciplina ma ciò non è sufficiente per evidenziare e concretizzare le potenzialità di questo sapere e dei suoi metodi di ricerca.

Noi sociologi, ed in particolare la sezione e il suo direttivo, deve aumentare non solo l'impegno ma incrementare, diversificare, semplificare la comunicazione della sociologia della salute.

In questa direzione ho proposto che la sezione si dotasse di una newsletter aperta e non gerarchica, attenta alle diverse e possibili forme di comunicazione. Ovviamente questo è solo un piccolo segnale dobbiamo puntare sui mass media, sulla nostra presenza sui mass media e fra i decisori pubblici, senza abbandonare il lavoro scientifico, accademico. Dobbiamo sforzarci di fornire indicazioni di politica sanitaria, di declinare in pratica il nostro sapere e la nostra capacità di teorizzare perché stiamo lavorando per un bene comune essenziale per essere individui a pieno titolo: la salute.

8 Quali sono i temi su cui la sociologia della salute potrebbe indirizzarsi?

Non credo che vi siano dei temi che la sociologia della salute debba privilegiare, perché sia i vecchi che i nuovi temi sono meritori di attenzione se adottiamo uno sguardo plurale e innovativo sul piano metodologico e teorico, non finalizzato esclusivamente allo specifico accademico e/o disciplinare e che tenga conto dei cambiamenti in atto.

La sociologia della salute ha potenzialità esplicative enormi ma deve porsi anche l'obiettivo di guardare al mondo e agli individui e alle collettività che lo abitano in senso ampio.

Certo vi sono i temi contingenti, come nel caso del COVID 19, la farmacologizzazione, la salute negli ambienti di vita e di lavoro, oppure temi dalle grandi potenzialità per la nostra disciplina ma sottovalutati, almeno in Italia, come la disabilità.

Insomma dobbiamo guardare ai temi del passato con un'attenzione alle sue trasformazioni: penso al classico tema della relazione fra professionista e "utente", ma anche al tema delle organizzazioni e delle professioni sanitarie, così come dobbiamo individuare e comprendere i temi emergenti a partire dalla sindemia da COVID19, ecc., ma la vera sfida è l'adozione di nuovi paradigmi teorici e nuove prospettive anche di tipo interdisciplinare senza dimenticarci del nostro specifico disciplinare. Il pensiero di E. Morin e il COVID19 dovrebbero aiutarci a valorizzare di più le "interrelazioni tra forme e aspetti del vivente", così come è fondamentale lo sguardo transdisciplinare ed extradisciplinare senza tralasciare il rigore disciplinare situandolo "in una più ampia prospettiva".

I soci si raccontano...

CARMINE CLEMENTE



Biografia personale

Sono nato a Vieste, dove ho vissuto fino al termine degli studi superiori. Bari è stata la città in cui prima ho svolto i miei studi universitari e in seguito è diventata la città in cui vivo con la mia famiglia e la mia sede di lavoro. Alla mia famiglia e ai nostri tre figli dedico la gran parte del tempo libero dal lavoro e sono partecipe della loro vita e delle loro disparate esperienze di neolaureato in economia a Padova, matricola universitaria in medicina veterinaria a Perugia e la “piccola” tredicenne prossima al suo primo anno liceale.

Ogni anno ci dedichiamo un viaggio familiare (limitati in questi due anni) a carattere esperienziale e culturale e dedico la parte restante del mio tempo libero, soprattutto in estate, ai miei genitori e, quando possibile, ad attività marine. Ho un forte legame con la mia comunità parrocchiale e partecipo, anche come animatore, a molte iniziative.

1 Quale è il tuo attuale ruolo?

Ricopro la posizione di Professore Associato presso il Dipartimento di Scienze della Formazione, Psicologia, Comunicazione (FOR.PSI.COM.) dell'Università di Bari Aldo Moro.

2 Ci descrivi brevemente il tuo percorso accademico fin qui?

Mi sono laureato agli inizi degli anni Novanta in Giurisprudenza presso l'Università di Bari e nel mio percorso di studi ho sostenuto due esami di sociologia (uno opzionale) che hanno determinato il mio forte interesse verso questa disciplina. A seguire, dopo l'intervallo della leva obbligatoria, ho iniziato a frequentare l'Istituto di Scienze Demografiche e Sociali della facoltà di Economia (Bari) prima come cultore e poi come tecnico-laureato nell'Area dei Servizi Socio-Sanitari nell'ambito delle Cattedre di Sociologia e Statistica sociale. Da qui si è sviluppato il mio forte interesse per i temi della Sociologia della salute, in un primo momento con riferimento alla popolazione immigrata e anziana. Ho partecipato alle attività di ricerca condotte dalle due Cattedre citate e da qui ho potuto partecipare ad alcuni convegni, pubblicare alcuni articoli e redarre una monografia nel 2001 su "I sistemi sociali di tutela della salute".

Nel 2002 sono diventato ricercatore e dal 2019 presto servizio come Professore Associato, con abilitazione conseguita nel 2016.

Nel mezzo ho partecipato ad alcuni PRIN, alcuni Progetti di ricerca nazionale (Agenas) coordinati dalle Università di Cà Foscari e Bologna, ho svolto due periodi di visiting research presso le Università di Pittsburgh e Edinburg (6 e 2 mesi) ho preso parte all'Assemblea costitutiva della Sezione AIS di Sociologia della salute e della medicina e poi nel triennio successivo ne ho fatto parte come componente il Direttivo e ho presieduto la SISS nel triennio 2012-2015.

Dopo la nascita dei dipartimenti universitari ho fatto parte prima del Dipartimento di Bioetica (Sezione di Sociologia) e dal 2012, a seguito di fusione, sono incardinato presso il Dipartimento FOR.PSI.COM.

3 Fra i molti temi relativi alla sociologia della salute ci puoi indicare quale/quali sono i tuoi temi di ricerca e di studio?

I temi a cui ho dedicato maggiore interesse e/o la lettura che ne ho dato sono più strettamente riconducibili alle politiche di welfare e, nello specifico a quelle del welfare socio-sanitario. Si tratta sì di un ambito molto ampio e, se in un primo momento l'attenzione è caduta in particolare sui sistemi sanitari e le politiche UE di contrasto alle disuguaglianze in campo sanitario, in un secondo momento – dopo le varie leggi regionali di recepimento della 328/2000 e la riforma del titolo V della Costituzione - sul welfare territoriale e l'attuazione del principio di sussidiarietà e sui modelli di integrazione socio-sanitaria nei suoi tre livelli. Penso siano temi molto rilevanti per le scienze sociali e per la sociologia della salute e un campo di ricerca molto affascinante che chiama in causa la regionalizzazione dei sistemi sanitari regionali e i diversi modelli di governance sociosanitaria, ma chiama in causa anche il ruolo che il TS e altri attori non istituzionali fino alla stessa comunità possono e devono svolgere per l'attuazione di un diritto alla tutela della salute pienamente rispondente alla dignità di ogni persona. Questi aspetti, tra altri, sono pienamente emersi in termini critici nella pandemia e l'esigenza di un welfare territoriale che connette attori istituzionali e non si è tradotta in un'indicazione (al momento teorica) che la politica ha formulato in molti documenti ufficiali. In questa stessa logica ho sviluppato l'interesse per l'organizzazione dei servizi territoriali integrati per gli anziani e da qui, da diversi anni, sull'invecchiamento sano e attivo.

4. Come sei arrivato/hai deciso di occuparti dei temi (o di questi temi) di sociologia della salute?

Durante il periodo trascorso come tecnico-laureato per i servizi di ricerca nell'area dei servizi sociosanitari presso l'istituto di Scienze demografiche e sociali della facoltà di Economia oltre che seguire le attività proprie dei progetti in essere ho iniziato ad ampliare (nell'ambito della cattedra di sociologia) lo studio della sociologia della salute o, per meglio precisare, della sociologia sanitaria attraverso gli scritti di Achille Ardigò culminati con la pubblicazione del manuale di Lineamenti di Sociologia sanitaria (1997). L'Autore citato ha esercitato un fascino non secondario su di me soprattutto perché la sua esperienza testimoniava la possibilità di unire e tradurre la conoscenza teorico-empirica in una personale azione sul campo di tipo manageriale, fortemente innovativa e stimolante. Si tratta, secondo me, di un aspetto cruciale soprattutto per la sociologia professionale e della debolezza del link con quella accademica.

5 Pensi che occuparti di questi temi sia stato utile o meno nell'evoluzione della tua carriera professionale?

Penso che sia stato utile ma è un pensiero che posso trarre oggi a consuntivo in quanto ho raggiunto un buon traguardo. Non ho seguito certamente questo ambito in modo strumentale. Anzi, in un contesto disciplinare non molto armonioso caratterizzarsi su un ambito potrebbe costituire un limite e a mio parere questo potrebbe indebolire la stessa comunità dei sociologi della salute.

6 Sui tuoi temi lavori prevalentemente da solo o con altri colleghi, se sì chi? Se no perché?

Lavoro prevalentemente, da tantissimi anni, con altri colleghi sia sociologi sia di altre discipline. Ho curato (alcuni in co-curatela) due numeri di Rivista e quattro volumi a carattere interdisciplinare e ho lavorato a molti progetti insieme a colleghi di altre discipline così come di altri Atenei. L'ultimo progetto di ricerca che sto coordinando, in corso, vede la partecipazione di colleghi di Medicina interna, Igiene Applicata e Psicologia per un "approccio sindemico" alla malattia del Covid e dei suoi impatti sulla salute, monitorando per un anno un campione di pazienti guariti che sono stati reclutati nel day service post-Covid attivato dalla regione Puglia presso la SC di Medicina Interna del Policlinico di Bari.

8 Quali sono i temi su cui la sociologia della salute potrebbe indirizzarsi?

La sociologia della salute può avere una carta importante da giocare cercando di diventare un interlocutore strategico sia per formulare policies utili ai decisori politici sia sul campo per esserne uno degli interpreti professionali. Credo, quindi, oltre ai classici temi, che possa essere importante seguire in particolare l'evoluzione del welfare territoriale e l'integrazione dei servizi sociosanitari in una prospettiva di partecipazione dei cittadini e delle comunità. Si tratta di una delle diverse proposte strategiche affrontate nel Libro Bianco edito dalla sezione AIS Sociologia della salute e della medicina e un obiettivo esplicitamente citato nel PNRR. Se ciò testimonia la debolezza del welfare territoriale e del livello dell'integrazione dei servizi per una popolazione sempre più anziana e con un alto livello di patologie croniche allo stesso tempo potrebbe costituire un indirizzo più che attuale e strategico da seguire.

Attività della Sezione...fatto!

14-15 settembre 2020 Convegno 'Vivere l'emergenza" [video conferenza](#)

23 marzo 2021 Presentazione e discussione del libro: *Il lavoro che usura. Migrazioni femminili e salute occupazionale* [Sito](#)

8 aprile 2021 Convegno “Una bussola per il rilancio del Servizio Sanitario Nazionale”, presentazione Libro Bianco con Istituto Superiore di Sanità, [Video](#)

6 maggio 2021 Conferenza “La donazione di organi in una prospettiva multidisciplinare” [Video](#)

28 maggio Convegno 2021 Covid-age: sfide e scenari sociologici nel SSN [Sito](#)

7 giugno 2021 Presentazione del Libro “Dislessia all'università: il caso dell'ateneo torinese” [video](#)

30 giugno 2021 presentazione del libro bianco e del lavoro svolto dall'ordine nazionale degli assistenti sociali sull'emergenza.

Attività della Sezione...da fare

18- 20 novembre 2021
Convegno di metà mandato della Sezione

**PERSONALIZZAZIONE DELLA CURA E PARTECIPAZIONE DEI
CITTADINI NELLA SOCIETÀ DIGITALE SINDEMICA**



guarda il programma

Per info scrivi a

convegnoaissalute2021@gmail.com

Depressive symptoms and perception of risk during the first wave of the COVID-19 pandemic: A web-based cross-country comparative survey

Marco Terraneo¹  | Linda Lombi² | Hannah Bradby³ 

Abstract

Evidence is accumulating of the negative impact of the COVID-19 pandemic and related public health measures on mental health. In this emergent field, there has been little research into the role of risk perception on depressive symptoms and the contribution of health-care resources to model risk perception and mental health. The aim of this paper is to describe the relationship between individual-level perception of risk and depression, controlling for a set of confounders and for country-level heterogeneity. A cross-sectional and observational online survey was conducted using a non-probability snowball sampling technique. We use data on 11,340 respondents, living in six European countries (Italy, Sweden, United Kingdom, France, Poland, Czech Republic) who completed survey questionnaires during the first months of the pandemic. We used a fixed-effect approach, which included individual

and macro-level variables. The findings suggest that a high proportion of people suffering from depression and heightened risk perception is positively associated with reporting depressive symptoms, even if this relationship varies significantly between countries. Moreover, the association is moderated by contextual factors including health-care expenditure as a percentage of Gross Domestic Product, hospital beds for acute care, and number of medical specialists per head of population. Investment in health care offers a concrete means of protecting the mental health of a population living under pandemic restrictions.

KEYWORDS

COVID-19, mental health, pandemic, public health, risk perception

Article

Using Photovoice to understand physical and social living environment influence on adherence to diabetes

Alice Scavarda 
Università di Torino, Eclectica, Institute for Research and Training, Italy

Giuseppe Costa
Università di Torino, Servizio Sovrazionale di Epidemiologia, ASL TO3, Italy

Franca Beccaria
Eclectica, Institute for Research and Training, Italy

health:

Health
1–22
© The Author(s) 2021
Article reuse guidelines:
sagepub.com/journals-permissions
DOI: 10.1177/13634593211020066
journals.sagepub.com/home/hea


Abstract

Within the past several years, a considerable body of research on adherence to diabetes regimen has emerged in public health. However, the focus of the vast majority of these studies has been on the individual traits and attitudes affecting adherence. Still little is known on the role of the social and physical context in supporting or hindering diabetes self-management, particularly from a qualitative standpoint. To address these limitations, this paper presents the findings of a Photovoice study on a sample of 10 type 2 diabetic older adults living in a deprived neighbourhood of an Italian city. The findings reveal that the possibility to engage in diet, exercise and blood sugar monitoring seems to be more affected by physical and social elements of the respondents' environment than by the interviewees' beliefs and attitudes. Both environmental barriers and social isolation emerge as barriers to lifestyle changes and self-care activities related to blood sugar monitoring. The predominance of bonding social capital, the scant level of trust and the negative perception of local health services result in a low level of social cohesion, a limited circulation of health information on diabetes management and, consequently, in poor health outcomes.

Articoli scientifici

“THE CORONAVIRUS CRISIS AND MIGRATION”,
curata da Francesco Della Puppa e Fabio Perocco (Università di Venezia).

[Link al testo](#)

[Video di presentazione](#)

[Guarda i commenti](#)

SEGNALIAMO



[Consulta il link per il testo completo](#)

Studi sui nuovi scenari per le politiche regionali
promossi dal Comitato Paritetico di Controllo e Valutazione

Landing Volumi



SCARICALO QUI



Presentazione:

Nell'avviata rigenerazione del Servizio Sanitario nazionale post-Covid-19 le sociologie ed i sociologi hanno sicuramente un ruolo importante. Non soltanto in termini di de-burocratizzazione ed empatia sistemica ma soprattutto come *agenti catalizzatori* di *processi circolari* di «Social Innovation» *interni ed esterni alla Pubblica amministrazione*.

Processi ancorati ad una nuova divisione del lavoro sociologico e all'esercizio critico dell'immaginazione sociologica.

In questa direzione il volume suggerisce, anche sulla base del confronto con sociologi (accademici e professionali) esperti nei temi della sanità, tracce di riflessione ed esperienze sul *come* i diversi tipi di sociologi (professionali, accademici, liberi professionisti, consulenti sanitari) e le sociologie possono e devono concorrere alla resilienza del Sistema Sanitario nazionale italiano nella *Covid Age*.

Revisione della letteratura

Nome autori

Caroppo E. Mazza M., Sannella A. Marano G. Avallone C., Janiri D. Moccia L. Janiri L. Sani G.

Caroppo E. AUSL ROMA 2, Dipartimento di Salute Mentale

Mazza M., Marano G., Avallone C., Janiri D., Moccia L. Janiri L., Sani G.

Dipartimento di Neuroscienze, Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli, IRCCS, Unità di Psichiatria, Università Cattolica del Sacro Cuore

Sannella A. Dipartimento di Scienze Umane Sociali e della Salute, Università di Cassino e del Lazio Meridionale

Titolo

“Will nothing be the same again? Changes in lifestyle during covid-19 pandemic and consequences on mental health” in Sannella A., Cortis C. (2021). Special Issue “Health Promotion in Relation to Behavioral Nutrition and Physical Activity in the Era of Sars-Cov2 Pandemic” in International Journal of Environmental Research and Public Health (ISSN 1660-4601).

Abstract

L'isolamento sociale causato dalla sindemia da Sars-COV2 ha influenzato, in modo massivo, gli stili di vita, le rappresentazioni della vita quotidiana e ha amplificato, inevitabilmente, comportamenti individuali del tutto nuovi rispetto alle epoche in cui la storia aveva registrato altre pandemie. La COVID-19, infatti, si è mossa - per usare un eufemismo - all'interno della società del post-digitale, depauperando il senso delle relazioni sociali, 'bloccando' le emozioni e creando modifiche ai comportamenti individuali e collettivi.

Come noto le ricadute sono state molteplici, tra le altre registriamo, la sedentarietà, la drastica riduzione dell'attività fisica, i modelli di sonno disturbati, le abitudini alimentari alterate. In diversi contesti sono state evidenziate gravi risposte mentali ed emotive in tutte le fasce di popolazione. A tali reazioni provocate dal lockdown, si sono anche sommate la drastica riduzione delle attività del tempo libero, dell'attività sociale e dell'istruzione. Nei bambini, gli effetti collaterali della pandemia hanno anche provocato un'alimentazione inadeguata generando sia il rischio di sovrappeso che di sottopeso, dipendenza da device, mancanza di istruzione e difficoltà psicosociali. Negli anziani, invece, si sono evidenziate le difficoltà di adattamento alle misure di blocco, la depressione e disturbi cognitivi.

Attraverso le banche dati PubMed/Medline, Scopus, Embase e ScienceDirect sono stati identificati recenti studi incentrati sui cambiamenti nello stile di vita durante la pandemia di Covid-19 e sulle conseguenze sulla salute mentale. Tutta la letteratura disponibile è stata revisionata retrospettivamente. e si presentano i risultati della review nel periodo marzo 2020-luglio 2021. I criteri di inclusione degli articoli hanno tenuto conto degli studi originali su riviste peer reviewed incentrati sui cambiamenti nei comportamenti dello stile di vita durante la pandemia di COVID-19 e il conseguente lockdown. Sono stati ammessi studi longitudinali trasversali, nonché quelli con dati sui cambiamenti delle abitudini e della salute mentale, durante la pandemia. Sono state consultate review e metanalisi incentrate sui cambiamenti dello stile di vita e sulle possibili strategie preventive. La ricerca, nei database citati, ha preso in considerazione articoli peer-reviewed che contenevano le seguenti parole chiave: "attività fisica", "comportamento sedentario", "sonno", "comportamenti e stili di vita", "COVID-19", "lockdown", "comportamento alimentare", "salute mentale". Non sono stati posti limiti rispetto alla lingua di scrittura degli articoli presi in esame. Sono stati invece esclusi gli studi che non erano correlati al topic 'salute mentale' o che trattavano case report.

I risultati della revisione suggeriscono quanto il disagio mentale, causato dall'isolamento sociale, sembra essere legato non solo alle caratteristiche della personalità ma anche a diverse componenti dello stile di vita (disturbi del sonno, abitudini alimentari alterate, ridotta attività fisica). Si evidenzia pertanto la necessità di informare i medici, gli operatori sanitari ma anche i decision maker sull'urgenza di porre attenzione a specifiche azioni volte a contrastare il disagio, creando politiche di 'salute pubblica' che possano tempestivamente intercettare, e laddove necessario curare, gli effetti negativi della sindemia. C'è un urgente bisogno di interventi preventivi per la salute mentale, sia diagnostici che terapeutici individualizzati, ma anche interventi focalizzati rivolti alla popolazione in generale e alle persone a più rischio di vulnerabilità sociale e sanitaria.

Tesi di dottorato

Eleonora Rossero

Università degli Studi Di Milano- La Statale,
Università di Torino

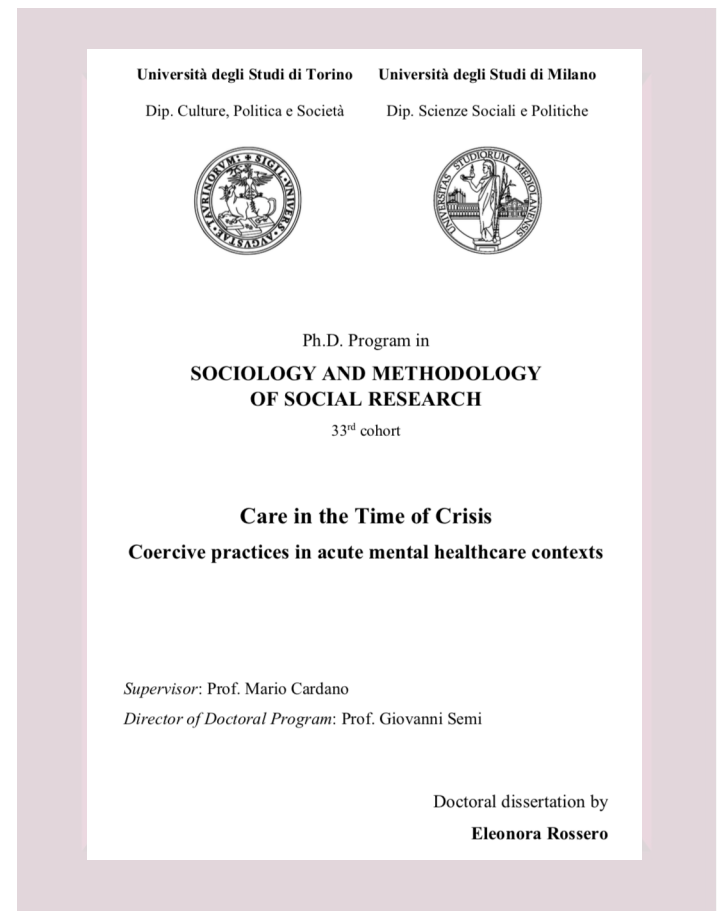
Relatore: Prof. Mario Cardano

Titolo

Care in the time of crisis. An ethnography of care and coercive practices in acute mental healthcare contexts.

Abstract

Today's organization and provision of acute mental health care in Italy is characterised by great heterogeneity, particularly between 'restraint' and 'no-restraint' models (which do or do not adopt mechanical restraint). Two regions – Piedmont and Friuli Venezia Giulia – have been identified to respectively represent the two models. Participant observation and discursive interviews have been conducted to explore care and coercive practices in hospital and community services in the two regions. Findings of this comparative ethnography suggest that different institutional maps are in place, drawn through everyday boundary work around each service's purpose. The profile of the population admitted to the psychiatric ward differs too, resulting from the construction of the 'proper patient' operated by multiple actors and the strategies they deploy to perform circulation work. With respect to coercive interventions, in both 'restraint' and 'no-restraint' contexts they appear either outsourced to external agents (i.e. police forces) or embedded in the notion of (good) care through four repertoires: i) therapeuticisation of coercion; ii) proceduralisation of coercion; iii) relationalisation of coercion; and iv) multiplication of the 'objects of care'. Values and notions of 'good care' enacted in the two contexts are discussed, and situated suggestions for possible improvement of acute mental healthcare proposed.



Call for papers e convegni



18- 20 novembre 2021
Convegno di metà mandato della Sezione

**PERSONALIZZAZIONE DELLA CURA E PARTECIPAZIONE DEI
CITTADINI NELLA SOCIETÀ DIGITALE SINDEMICA**

[Vai al programma](#)



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI NAPOLI
FEDERICO II

VI CONFERENZA NAZIONALE DELLE
DOTTORANDE E DEI DOTTORANDI IN
SCIENZE SOCIALI

[Scopri di più](#)

09-11 DICEMBRE 2021

DIPARTIMENTO DI SCIENZE SOCIALI

Partecipa alla sezione

ISCRIVITI AD AIS



Come fare? Clicca qui!

SEZIONI

**Sociologia della
Salute e della
Medicina**

Guarda la nostra sezione

E seguici!!!

Facebook

Youtube

Per info:
salute@ais-sociologia.it

Salute per immagini...

Come si racconta la salute attraverso le immagini?

La newsletter propone una “call artistica”.

Inviare immagini, foto, illustrazioni aventi ad oggetto il tema della salute



OSPEDALI DIPINTI





“Ma sopra tutte le invenzioni stupende, qual eminenza di mente fu quella di colui che s’immaginò di trovar modo di comunicare con i suoi più reconditi pensieri a qualsivoglia altra persona, benché distante per lunghezza d’intervallo di luogo e di tempo”.

Galileo Galilei , Dialogo sopra i due massimi sistemi del mondo,
Tolomaico e Copernicano, Firenze, 1632, I giornata VII, 126-131