



**SOCIOLOGIA DELLA
SALUTE E DELLA
MEDICINA**

Newsletter

NUMERO 5

DICEMBRE 2021

Indice

Manifesto dei sociologi italiani

I soci si raccontano

Articoli scientifici

Landing Volumi

Ricerche scientifiche

Call for papers e convegni

Partecipa alla sezione

Salute per immagini

Care/i socie/i,

la nostra newsletter si apre questa volta con la presentazione del Manifesto dei sociologi italiani *Contro l'autonomia differenziata. Per un regionalismo coordinato, politicamente e socialmente solidale ed economicamente responsabile*, elaborata dal nostro Gruppo di lavoro sul regionalismo della Sezione AIS Sociologia della Salute e della medicina con il contributo del Prof. Massimo Villone (costituzionalista, Università di Napoli) e dalla Prof.ssa Floriana Cerniglia (economista, Università di Milano Cattolica). La Presidente AIS Maria Carmela Agodi ha deciso di assumere il documento come AIS nazionale in accordo con il Direttivo Nazionale e la Consulta della ricerca. Il Manifesto è stato presentato alla tavola rotonda del Convegno Nazionale AIS di metà mandato, lo scorso 18 dicembre 2021 e poi diffuso tramite mass media e social media.

Nella speranza che tu condivida questa iniziativa, ti chiedo di darne ulteriore diffusione fra chi ritieni sia interessato a sostenerla tramite le tue mailing list e ogni altro mezzo.

Con l'occasione, i Migliori Auguri di Buone Feste.

Guido Giarelli

Coordinatore Sezione AIS Sociologia della salute e della medicina

MANIFESTO DEI SOCIOLOGI ITALIANI

Contro l'autonomia differenziata Per un regionalismo coordinato, politicamente e socialmente solidale ed economicamente responsabile

Il perché di una proposta

Lo scorso 30 settembre, a sorpresa il Governo ha introdotto il ddl "Disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata di cui all'articolo 116, comma 3, Cost." (Nota di aggiornamento al DEF, p.12) a completamento della norma di bilancio 2022-2024. La sua eventuale approvazione costituirebbe sostanzialmente il punto di approdo di una interpretazione della revisione del Titolo V della Costituzione che rappresenta un travisamento di fatto dell'idea costituzionale di autonomia, peraltro confusa con quella di indipendenza e autosufficienza di alcune Regioni dal resto dello Stato italiano, relativamente alle 23 materie devolvibili a titolo esclusivo alle Regioni in base al c.3, art.116 Cost. Con l'approvazione di tale provvedimento, infatti, verrebbe meno il principio costituzionale per cui l'autonomia delle Regioni si fonda su di una distribuzione delle competenze che valorizza l'assunzione di decisioni condivise, escludendo la devoluzione in blocco delle materie a singole Regioni.

Ecco perché la richiesta, avanzata da tre Regioni, di assumere a titolo esclusivo tutte e ventitré le materie devolvibili (il Veneto), poco meno (la Lombardia) e sedici (l'Emilia-Romagna), supportata nei primi due casi dai referendum consultivi (non giuridicamente vincolanti) svoltisi nel 2017, che ha portato il 28 febbraio 2018 alla firma dell'accordo sulla cosiddetta "autonomia differenziata", appare quanto mai pericolosa e inaccettabile in quanto foriera di un regionalismo profondamente asimmetrico, potenzialmente disgregatore della stessa unità del Paese, oltre che del nostro Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Come potrebbero convivere infatti 21 Servizi Sanitari Regionali (SSR) tra loro sempre più profondamente diversi per principi costitutivi, organizzazione e modalità di gestione ed erogazione dei servizi?

Ne segue che la salute, che pure è richiamata nell'art. 32 come diritto fondamentale di ogni persona e come tale dovrebbe essere tutelata in modo uguale per tutti, dipende invece dal territorio in cui si risiede. Sono marcate le differenze territoriali nella infrastrutturazione sanitaria, nella disponibilità di personale, nelle risorse pubbliche pro-capite assegnate. Ne derivano disuguaglianze emblematiche e inaccettabili, come ad esempio per l'aspettativa di vita o la mortalità infantile, o per il "turismo sanitario" che costringe i pazienti a inseguire la speranza di guarigione in regioni diverse dalla propria.

La pandemia da COVID-19 in atto ha messo in piena evidenza la sostanziale dissoluzione del SSN, di cui erano da tempo consapevoli gli operatori del settore, studiosi ed esperti. La riforma del Titolo V della Costituzione del 2001 ha dato luogo a una pressoché totale regionalizzazione, affidando alla potestà legislativa concorrente delle Regioni la "tutela della salute". A seguito di tale scelta, la sanità italiana si configura oggi come un assemblaggio di sistemi sanitari regionali.

Sono mancate politiche nazionali volte all'equilibrio territoriale e alla eguale tutela del diritto alla salute. La pandemia ha posto in piena luce le conseguenze, sottolineando gli errori commessi a livello regionale, tra cui si segnala un indebolimento del pubblico rispetto al privato. Ne è seguita l'incapacità di dare risposte efficaci e tempestive alle pressioni derivanti dal contagio. Presunte "eccellenze", portate spesso ad esempio della superiorità di una sanità regionalizzata, si sono dimostrate illusorie. E tuttavia anche in piena lotta alla pandemia si aprono polemiche, come in Lombardia e Piemonte, su tentativi di riforma sbilanciati a favore del privato.

Consapevoli di tutto ciò, riteniamo nostro dovere etico e scientifico, quali studiosi di Sociologia, offrire il nostro contributo per evitare tali pericoli proponendo una strada alternativa ad un'autonomia differenziata e incontrollata, ma anche ad un ritorno ad un centralismo statale, proponendo un regionalismo coordinato, politicamente e socialmente solidale ed economicamente responsabile, le cui linee fondamentali per il nostro SSN sintetizziamo nei seguenti punti

PER UN REGIONALISMO COORDINATO

La lotta al virus ha portato voci autorevoli a manifestarsi a favore del recupero di una centralità dello Stato nella tutela del diritto alla salute, anche attraverso una riscrittura del Titolo V riformato nel 2001. Considerando questa via impercorribile per ragioni politiche e per i tempi di una riforma, un recupero è comunque possibile attraverso le politiche nazionali necessarie consentite dall'assetto costituzionale vigente. In ogni caso, si impone una diversa gestione della governance multilivello della sanità che la Costituzione prevede, soprattutto per tre punti:

Il primo è dato da una piena utilizzazione dei principi fondamentali posti con legge dello Stato, nell'ambito della potestà legislativa concorrente di cui all'art. 117, c.3 della Costituzione; principi adeguatamente formulati potrebbero indirizzare il legislatore regionale verso un più corretto equilibrio tra pubblico e privato, e una più efficace realizzazione della sanità territoriale.

Il secondo è dato da una più incisiva funzione di coordinamento svolta dallo Stato nell'ambito della Conferenza Stato-Regioni. La sola e vera politica nazionale è stata quella volta a garantire l'equilibrio di bilancio. Lo Stato si è di fatto limitato alla funzione di ufficiale pagatore, badando al contenimento delle spese in funzione degli equilibri di finanza pubblica, e senza perseguire nella distribuzione territoriale delle risorse a fini di riduzione dei divari e di eguali diritti. È così accaduto che dal confronto tra le Regioni venisse una distribuzione non legata alle esigenze sanitarie di ciascun territorio, ma a criteri come l'anzianità, con la paradossale conseguenza che Regioni povere in cui si muore di più e prima fossero sottofinanziate rispetto a Regioni più ricche e con una assistenza migliore. Ne è seguito anche lo svuotamento della funzione dei LEA (livelli essenziali di assistenza), che invece avrebbero potuto e dovuto condurre a una risposta diversa.

Il terzo e conclusivo punto è dato dal necessario abbandono dell'ipotesi di una autonomia differenziata in campo sanitario. L'esigenza, già presente e ora evidenziata dalla pandemia, è quella di una uniformità su base nazionale, e non di un aumento delle diversità, che una accentuazione del regionalismo sanitario inevitabilmente produrrebbe. Con la prospettiva di allontanare ancor più un diritto alla salute eguale per tutti.

PER UN REGIONALISMO POLITICAMENTE E SOCIALMENTE SOLIDALE

Per non ampliare ulteriormente le disuguaglianze tra le Regioni in merito agli impianti istituzionali e amministrativi dei rispettivi SSR, le cui caratteristiche (art.117 Cost) in termini di *sussidiarietà*, cioè di vicinanza al cittadino utente (quanto ampie sono le Aziende sanitarie locali, quanto distribuiti sono i distretti sanitari o socio/sanitari, quanto capillare è l'offerta dei servizi e delle prestazioni ecc.), *differenziazione*, cioè di attenzione alle caratteristiche associative, demografiche, territoriali e strutturali delle comunità di riferimento (quanto l'offerta dei servizi e delle prestazioni è specifica e calibrata in funzione delle diverse aree regionali o subregionali ecc.) e *adeguatezza*, cioè di garanzia dei risultati programmati (quanto sono garantiti i LEA ospedalieri, distrettuali e per la prevenzione ecc.) incidono sulla tutela della salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività (art.32 Cost e art 1 l.833/78) è necessario:

Proporre una visione altruistica del regionalismo (art.3 e 5 Cost.) quale dovere di solidarietà non eludibile a carico dei singoli cittadini e di chi li rappresenta, la cui messa in atto richiede specifici modelli di governance (a welfare state, a welfare mix ecc.) e specifici modelli organizzativi (reticolari, comunitari ecc.) nel rispetto delle caratteristiche di sussidiarietà, differenziazione ed adeguatezza previste dal dettato costituzionale. Gli assetti istituzionali ed organizzativi dei SSR costituiscono, infatti, le infrastrutture necessarie a garantire tanto il diritto individuale alla salute quanto quello collettivo.

Riorientare complessivamente il SSN verso un sistema reticolare finalizzato alla promozione della salute e alla prevenzione, necessariamente basato sui servizi territoriali sociosanitari integrati (Case della comunità) centrati sulle reti di prossimità di natura pubblica in funzione di *stewardship* e aperte alla sussidiarietà orizzontale.

Ripensare l'aziendalizzazione secondo modelli organizzativi regionali meno disomogenei, pur nella salvaguardia di specificità territoriali come prevede la Costituzione, orientati a garantire non solo l'efficienza e l'economicità ma anche efficaci bilanci di salute ed il coinvolgimento degli attori manageriali e professionali. valorizzando maggiormente l'autonomia aziendale nelle scelte gestionali interne delle organizzazioni sanitarie.

Valorizzare i processi di partecipazione dei cittadini/utenti-pazienti nell'ambito del SSN sia a livello micro-individuale (relazione terapeutica) che meso-associativa (percorsi di cura integrati, organizzazione e valutazione dei servizi) che macro-istituzionale (processi di pianificazione, con particolare riferimento al ruolo dei Comuni nella governance distrettuale del SSN quali soggetti in grado di interpretare la domanda di salute e di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie delle comunità locali).

Ridurre le diverse forme di disuguaglianze sociali, a partire da quelle che compromettono la salute delle persone, per arrivare a quelle prodotte dal "*digital divide*", definendo azioni concrete di lotta e di attivazione di processi di sensibilizzazione dell'opinione pubblica, anche con la messa a disposizione dei cittadini che ne fanno richiesta, degli Enti di ricerca e degli studiosi dei dati sociali e sanitari utili a comprendere le diverse forme di disuguaglianze di salute e come combatterle.

PER UN REGIONALISMO ECONOMICAMENTE RESPONSABILE

L'art 119 della Costituzione riformato nel 2001 operava una precisa scelta in funzione di una maggiore autonomia di spesa e di entrata di Regioni ed Enti locali, nella convinzione che questa maggiore autonomia potesse consentire di rendere più efficiente la spesa locale attraverso un meccanismo di maggiore responsabilizzazione degli amministratori regionali e locali che, eletti direttamente dai cittadini, avrebbero fatto delle scelte più vicine agli interessi e alle preferenze dei loro cittadini/elettori. Il cosiddetto "federalismo fiscale", avviato quindi con la legge delega 42/2009, anche a causa dei vincoli esterni e degli interventi di consolidamento della finanza pubblica che si sono frapposti dopo la crisi del 2008-2009, rimane tuttavia ancora largamente incompiuto, rendendo ancora più fragili e delicati i rapporti tra i livelli di governo. Al contempo, il crescente divario territoriale del Pil e dei cosiddetti divari di cittadinanza, ma soprattutto i vincoli di bilancio - che hanno ostacolato la perequazione e il riequilibrio verso una convergenza tra i territori - hanno esacerbato il conflitto redistributivo tra territori.

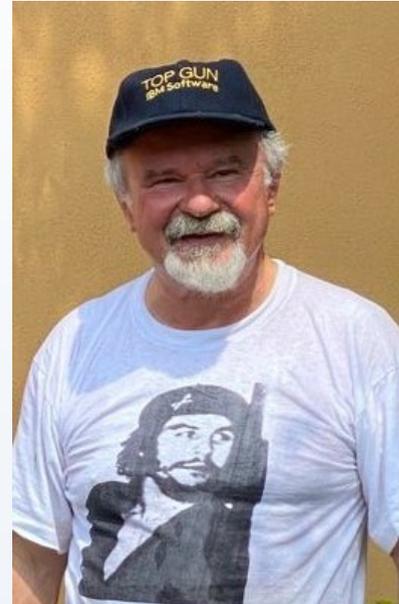
La mancanza di un assetto chiaro del fisco regionale per le Regioni a statuto ordinario è anche ciò che rende impraticabile, oltre che inopportuno, un percorso ordinato di autonomia differenziata per le Regioni che chiedono ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia, ai sensi dell'art. 116, c.3, Cost. Il completamento del federalismo fiscale è incluso tra le riforme previste dal PNRR, da perfezionarsi entro il primo quadrimestre del 2026: il Piano può rappresentare un'occasione di convergenza tra aree geografiche che la legge delega 42/2009 prefigurava, accanto al disegno dei nuovi criteri di finanziamento della spesa per gli Enti regionali, dal momento che la riduzione dei divari territoriali costituisce uno degli obiettivi trasversali del PNRR. Ma affinché ciò trovi effettiva implementazione sarebbe necessario:

Operare una valutazione realistica dell'efficacia dei Piani di rientro - cui ancora sono sottoposte 7 Regioni, di cui 2 commissariate - dopo un decennio di attuazione che ha sostanzialmente privilegiato un criterio di efficienza economica avulso dalla possibilità di una riorganizzazione dei servizi sanitari in grado di incidere significativamente anche sulla dotazione delle infrastrutture sanitarie, specie territoriali, nella direzione di una loro aumentata efficacia e appropriatezza.

Dare effettiva implementazione alla perequazione infrastrutturale prevista dal quinto comma dell'art. 119 Cost. e dall'art. 22 della legge delega 42/2009, al fine di ridurre i divari territoriali, come indicato anche da uno degli obiettivi trasversali del PNRR che stabilisce a tal fine che al Mezzogiorno venga attribuito almeno il 40% delle risorse "territorializzabili". La perequazione infrastrutturale è stata in questi anni una questione totalmente accantonata e non si è mai partiti con la stima dei gap infrastrutturali tra le Regioni italiane; anche perché, nel frattempo, la crisi del 2008-2009 ha portato ad una caduta della spesa in conto capitale dei governi regionali e locali. L'obiettivo di riduzione dei divari territoriali mediante una effettiva perequazione infrastrutturale può contare su risorse aggiuntive europee (Fondo di sviluppo e coesione, Fondo europeo di sviluppo regionale), oltre che sul Fondo del piano complementare al PNRR e sul Fondo per la perequazione infrastrutturale, in grado di avviare un reale processo di perequazione grazie a stanziamenti senza precedenti. Per questo motivo sarà necessario porre la massima attenzione per un monitoraggio costante dei progetti ed un coordinamento effettivo tra tutti gli attori in campo.

I soci si raccontano...

GUIDO GIARELLI



Biografia personale

Sono nato ormai 63 anni fa fra le nebbie padane della campagna mantovana, di quelle così fitte che d'autunno mi piaceva camminarci dentro sugli argini solitari del fiume Oglio e d'inverno, dopo una festa in cascina, una volta si erano "mangiata" la strada e sono finito dritto dentro un fosso (con la macchina). Ho avuto un'infanzia felice trascorsa soprattutto nella vecchia casa di nonna e zie rovistando in tutte le stanze e i cassetti alla ricerca delle cose più svariate (dai francobolli del Regno d'Italia alle forbici con la punta arrotondata per tagliare i sigari). Della fanciullezza ricordo in particolare l'esperienza tragica del collegio di preti da cui sono riuscito a fuggire e il viso pacioso e occhialuto della mia insegnante di Italiano che si ricopiò il mio tema dell'esame di Terza Media. L'adolescenza è stata l'età del "risveglio" alla consapevolezza di sé e del mondo, dell'impegno politico, dei grandi sogni come andare a fare l'agronomo in Brasile, per poi finire... a fare l'antropologo in Africa! Poi mi sono sposato e ho avuto una figlia, che ora ha 31 anni e fa la "digital content curator" free lance e convive con un irlandese con cui gira il mondo.

1 Quale è il tuo attuale ruolo?

Sono professore ordinario di Sociologia generale nella Scuola di Medicina dell'Università "Magna Græcia" di Catanzaro, dove insegno oltre che ai medici anche alle varie professioni sanitarie, agli psicologi e ai sociologi. Dirigo il Centro di Ricerca Interuniversitario sull'Invecchiamento Sano e Attivo (C.R.I.S.A.), che coinvolge colleghi sociologi e non di sei università italiane; e sono coordinatore, oltre che della nostra sezione AIS anche del board del Research Network 16 – Sociology of health and illness dell'European Sociological Association (ESA). A tempo perso, mi diletto poi di dirigere la collana "Salute e Società/Health & Illness" della FrancoAngeli.

2 Ci descrivi brevemente il tuo percorso accademico fin qui?

È stato un percorso direi atipico, dal momento che, dopo essermi laureato con lode in Scienze Politiche a Indirizzo Sociologico all'Università di Bologna nel 1983, ho cominciato a fare il "laureato-frequentatore" (un ruolo post-laurea che oggi non esiste più) del corso di Antropologia culturale. Poi sono partito per il Kenya per due anni a lavorare come ricercatore antropologo e research associate dell'Institute of African Studies dell'Università di Nairobi in un progetto di cooperazione sanitaria italiana sull'integrazione della medicina tradizionale africana con la biomedicina occidentale: è stata un'esperienza fondamentale, che ha rappresentato la mia iniziazione umana e professionale alla differenza culturale, all'incontro con la diversità umana, qualcosa che secondo me manca nel background formativo del sociologo. Che ho poi pensato di valorizzare, una volta tornato, andando a fare un Ph.D. allo University College London con un antropologo inglese che avevo conosciuto in Tanzania (il direttore della rivista Africa) e con cui eravamo diventati amici. Lì ho imparato a fare ricerca scientifica e che uno stile accademico molto diverso da quello che avevo conosciuto in Italia era possibile.

Quando sono rientrato in Italia nel 1994 ho insegnato come professore a contratto nella Scuola di Specializzazione in Sociologia sanitaria dell'Università di Bologna diretta dal Prof. Ardigò (l'unica esistita) e nella Facoltà di Medicina dell'Università di Modena e Reggio Emilia. Poi, dopo 15 anni di precariato post-laurea, nel 1998 ho vinto un concorso dell'Università di Bologna riservato a coloro che avevano fatto almeno tre anni di ricerca all'estero e sono diventato ricercatore di Sociologia generale nel Dipartimento di Sociologia della Facoltà di Scienze Politiche. Nel 2006 ho vinto un concorso da associato e ho avuto l'opportunità di diventare il primo sociologo italiano incardinato in una Facoltà di Medicina trasferendomi all'Università "Magna Græcia" di Catanzaro, dove un rettore oncologo particolarmente illuminato mi ha chiamato con l'intenzione di costituire un campus interdisciplinare. Ironia della sorte ha voluto che l'anno successivo il rettore morisse di cancro, cosicché il suo disegno pionieristico se ne è andato con lui: ma sono rimasto comunque sino ad oggi, riuscendo a portare avanti una serie di progetti in collaborazione con i medici più aperti che ho incontrato, tra cui la costituzione di due centri di ricerca interdisciplinare e svariati percorsi di ricerca, dalla boetica al ruolo del self-help e dell'associazionismo di cittadinanza nei processi di riforma sanitaria.

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 sempre cercato di mantenere un certo equilibrio fra temi di carattere macrosociale - come lo studio comparato dei sistemi sanitari e dei processi di riforma sanitaria - e temi più di tipo microsociale con forti implicazioni culturali come le medicine non convenzionali e la medicina integrata, o l'utilizzo delle narrazioni in medicina, meglio nota come "Medicina narrativa". Questo perché ritengo che per poter comprendere appieno i processi macrosociali sia di riproduzione che di mutamento sociale la reificazione della soggettività umana operata dai dati statistici aggregati non sia adeguata: al massimo ci aiuta a comprendere l'ampiezza, le dimensioni di un fenomeno sociale, quella che gli anglofoni chiamano "magnitude"; ma se vogliamo analizzarne in profondità le cause spesso multiple e multidimensionali e le implicazioni spesso altrettanto complesse in termini di impatto sociale, qualunque sia il fenomeno macrosociale analizzato, dobbiamo "scendere" nelle pieghe microsociale della vita quotidiana per esplorare il mistero talora apparentemente incomprensibile delle motivazioni soggettive all'agire. Ritengo che la sociologia, da questo punto di vista, possieda un punto di forza fondamentale: la possibilità di andare oltre la gabbia razionalistica dell'homo oeconomicus, che finisce per bollare come "irrazionale" i comportamenti che non riesce a comprendere. L'approccio comprendente weberiano è un'alternativa potente che, specie se applicato ad ambiti che trascendono ampiamente i limiti della razionalità quali la salute-malattia, la sofferenza e il negativo che caratterizza la condizione umana, ci permette di cogliere la pluralità di motivazioni all'origine delle scelte soggettive di fronte alla complessità del nesso mente-corpo come di quello individuo-società.

Tutto questo mi ha portato anche a riflettere sulla necessità di una epistemologia della complessità di tipo connessionista, assai vicina al realismo critico, indispensabile per affrontare qualunque tema di studio nell'ambito della sociologia della salute (e non solo!), se vogliamo riuscire a cogliere l'intreccio di interconnessioni multidimensionali che caratterizza la realtà in generale e quel suo ambito specifico che definiamo "sanitario".

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

Quel che solitamente caratterizza una carriera accademica è un nesso inscindibile tra ricerca e insegnamento, tra produzione del sapere e sua sistematizzazione a fini didattici tramite il confronto con la comunità scientifica di riferimento mediante pubblicazioni e convegni. Per cui la "scelta" dei temi è in realtà spesso il risultato di opzioni condizionate dalle opportunità di ricerca che la propria storia di vita ha posto sulla nostra strada.

Così il mio percorso accademico si è articolato in due diversi periodi. Il primo, dalla laurea all'ingresso nel ruolo di ricercatore (1983-1998) è stato un quindicennio orientato all'Antropologia medica, sulle cui problematiche ho sviluppato sia il mio primo progetto di ricerca in Kenya che il mio Ph.D. londinese. Ho poi ampliato i miei interessi antropologici con varie missioni di ricerca in diversi paesi africani (Kenya, Tanzania, Eritrea, Mozambico, Senegal) finalizzate più ad ambiti applicativi quali lo sviluppo rurale integrato e a studi di fattibilità o di valutazione di progetti di cooperazione allo sviluppo di diverse organizzazioni non governative (ONG) e dell'UNICEF. Le metodologie che ho utilizzato sono state di tipo prettamente qualitativo quali l'osservazione partecipante, l'intervista etnografica, i focus group e le cosiddette RAP (Rapid Assessment Procedures). Il secondo periodo, dal 1999 ad oggi, è stato invece caratterizzato dal contesto accademico bolognese della scuola di sociologia sanitaria, esperienza unica nel contesto sociologico italiano, che ha formato due generazioni di accademici e di professionisti: contribuendo a creare quell'ambito subdisciplinare poi istituzionalizzato anche grazie alla costituzione della Società Italiana di Sociologia della Salute (S.I.S.S.) nel 2001, di cui sono stato il primo presidente, e della nostra Sezione AIS nel 2005 di cui sono divenuto segretario nel primo mandato. Il quadro teorico di riferimento ideato da Ardigo è stato per me fonte di ispirazione applicativa e di ulteriore elaborazione per lo studio comparativo dei sistemi sanitari, che ho avuto modo di sviluppare mediante ricerche sul campo nel Regno Unito, in Svezia, Francia, Germania e Stati Uniti condotte sia con metodi quantitativi (survey) che qualitativi (interviste semistrutturate).

Nel 2003 poi, grazie ad un periodo di tre mesi trascorso presso la New York Academy of Medicine e la Harvard Medical School di Boston come visiting scholar nell'ambito del Programma Marco Polo per giovani ricercatori finanziato dall'Università di Bologna, ho avuto modo di tornare ad occuparmi del problema dell'integrazione tra biomedicina e medicine non convenzionali su cui avevo lavorato come antropologo in Africa: mutatis mutandis, ho ritrovato le stesse problematiche in un contesto occidentale di società cosiddetta "avanzata". L'incontro con Byron Good e sua moglie Mary-Jo Del Vecchio, con cui ho passato uno splendido weekend nella loro casa nel Maine mangiando aragoste, mi ha poi aperto alle potenzialità delle illness narratives nel contesto sanitario, su cui ho quindi lavorato e lavoro tutt'ora in ambito italiano. Il trasferimento dal 2006 ad oggi nella Facoltà e poi Scuola di Medicina dell'Università "Magna Græcia" di Catanzaro mi ha anche dato modo di sviluppare l'utilizzo delle narrazioni in ambiti quali la malattia di Alzheimer e gli stili di invecchiamento.

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

È stato fondamentale, dal momento che la mia stessa carriera si è costruita su di essi. E questo in un momento storico in cui, sino ad almeno vent'anni fa, di sociologia della salute almeno in Italia non ne aveva sentito parlare quasi nessuno, se non in ristretti circoli accademici come quello bolognese. D'altra parte, questa situazione ha avuto il fascino delle imprese pionieristiche, in cui creatività e immaginazione sociologica possono giocare a tutto campo. Per questo per me è stato fondamentale fare esperienze all'estero, in contesti come quello angloamericano in cui invece esisteva una tradizione consolidata. Ricordo il mio primo congresso della European Society of Health and Medical Sociology (ESHMS) all'Università di York nel 2000 con quattrocento partecipanti, organizzato in collaborazione con il Medical Sociology Group della British Sociological Association: quando mi presentai all'allora presidente dell'ESHMS, mi accolse a braccia aperte esclamando "Finalmente un italiano!".

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

Come ha affermato Richard Sennet, la più grande sfida odierna consiste nel dover imparare a lavorare insieme. È una sfida che la complessità stessa dei processi sociali delle società tardoindustriali richiede di considerare come imprescindibile, poiché nessuno può pretendere di comprenderla nella solitudine della propria torre d'avorio. Detto questo però, sappiamo quanto sia difficile lavorare in équipe, specie in contesti accademici, sia con colleghi omologhi - con cui si innescano inevitabilmente dinamiche competitive spesso aggressive - che di altri ambiti disciplinari, con i quali i problemi che si pongono sono anzitutto di linguaggio e di traduzione concettuale. Lavorare in gruppo richiede in ogni caso il saper esercitare due atteggiamenti fondamentali: apertura all'altro e rispetto reciproco. Altrimenti diventa qualcos'altro, un esercizio gerarchico di relazione di potere o, viceversa, di subordinazione; quando non una lotta senza quartiere per la supremazia. Consapevole di queste dinamiche, avendo quasi sempre lavorato in gruppo cercando di valorizzare la peculiarità di capacità e competenze di cui ciascuno è portatore, posso dire che questo mi ha molto aiutato nel gestire le problematiche che ogni relazione sociale inevitabilmente presenta.

7 Quali sviluppi avrà secondo te la sociologia della salute?

Per decenni, a livello internazionale, la nostra subdisciplina si è dibattuta nella dicotomia proposta da Straus tra una “sociology of medicine” di taglio più accademico, aristocraticamente arroccata nelle proprie elucubrazioni intellettuali e indisposta a “sporcarsi le mani” nella realtà sociale e istituzionale, e una “sociology in medicine” immersa nei contesti sociosanitari, ma spesso caratterizzata da un certo empirismo ateorico o colonizzata da altri paradigmi come quello epidemiologico. Io sostengo da tempo che la nostra debba essere una “sociology with medicine”, nel senso di diventare una subdisciplina in grado di collaborare su di un piano di parità con una disciplina forte come la medicina senza complessi di inferiorità e in piena autonomia. Ma per fare ciò deve possedere, come ci ha insegnato Merton, una propria specifica identità cognitiva e sociale: deve cioè, da una parte, rafforzare la propria borsa degli “attrezzi” intellettuali, sapendo coniugare una pluralità di paradigmi teorici con un mix di metodologie quali-quantitative conseguenti in grado di tradursi in spendibilità pratica; dall'altra, sviluppare la propria presenza sociale in termini professionali e istituzionali, qualificandola rispetto ad altre professioni e discipline confinanti.

La sociologia della salute ha un grande vantaggio rispetto ad altre subdiscipline sociologiche: quella di operare in un'area interdisciplinare tra scienze sociali e scienze naturali, è una sfida che dobbiamo saper raccogliere, mostrando di saper esplorare i terreni impervi del rapporto corpo-mente, natura-cultura, andando oltre i limiti di queste classiche dicotomie.

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

Quando una subdisciplina non ha ancora la forza di imporre all'attenzione dell'agenda pubblica dei problemi sociali i propri temi, deve necessariamente giocare in difesa rilanciando una propria specifica prospettiva sui temi posti da altri. Faccio tre esempi in relazione ad altrettanti temi posti negli anni recenti all'attenzione sociale dalla medicina.

Il primo è quello della medicina cosiddetta “personalizzata” o delle “4 P” (predittiva, preventiva, personalizzata, partecipativa): quella che sarà probabilmente nei prossimi anni la nuova frontiera della medicina in grado di trasformarla profondamente, oltre a rubare al gergo sociologico le ultime due “P” (personalizzata e partecipativa), è in realtà una medicina di precisione ritagliata sui progressi tecnoscientifici della farmacogenomica. Tocca alla nostra subdisciplina saper mostrare i limiti di questo neoriduzionismo, riempiendo di contenuti reali concetti come “personalizzazione” (non riducibile alla individualizzazione del farmaco) e partecipazione (non sovrapponibile al consenso all'uso dei propri dati biometrici).

Il secondo è quello dell'invecchiamento: la geriatria è oggi una delle branche più avanzate della medicina nel proporre un approccio olistico di tipo biopsicosociale, avendo da tempo compreso l'inadeguatezza dell'approccio biomedico alle malattie cronico-degenerative. In questa direzione, c'è una domanda enorme di sapere sociologico in grado di mostrare come la dimensione sociale interagisca con quella biologica, psicologica e, aggiungerei, ecologica, nel caratterizzare i diversi processi di invecchiamento.

Infine, il concetto di “sindemia” si è imposto all'opinione pubblica in occasione della pandemia di Covid19 solo dopo esser stato ripreso da Richard Horton, direttore di Lancet: ma, in realtà, si tratta di un concetto antropologico proposto da Merrill Singer di grande interesse, che apre al campo largamente inesplorato del rapporto tra malattie acute (epidemiche e pandemiche), malattie croniche e fattori psicosociali ed ecologici, in cui la sociologia della salute ha tutto l'interesse di verificare le proprie reali capacità euristiche.

[Guarda il video Il futuro della sociologia della salute](#)

I soci si raccontano...

ANGELA GENOVA



Biografia personale

Sono nata a Palermo nel 1975, mi sono laureata a Urbino in sociologia nel 1997. Ho vinto una borsa di studio per frequentare il master in Research Methods all'Università dell'Essex in UK. Dopo qualche esperienza di lavoro in giro per l'Europa sono rientrata a Urbino. Ho un figlio di 18 anni e una figlia di 13 anni. Dal 2018 abito a Fano.

1 Quale è il tuo attuale ruolo?

Da ottobre 2020, sono ricercatrice a tempo determinato di tipo b, presso il dipartimento di Economia Società Politica dell'Università degli Studi di Urbino Carlo Bo.

2 Ci descrivi brevemente il tuo percorso accademico fin qui?

Ho conseguito il dottorato di ricerca presso l'Università di Macerata con la supervisione del Prof. La Spina, con una tesi sul tema delle disuguaglianze di salute in prospettiva comparata. Ho collaborato con l'Istituto di Sociologia dell'Università di Urbino dal 2002, a fianco del prof. Kazepov, volgendo la mia attenzione sui temi delle politiche di welfare in prospettiva comparata. Dal 2008, sono stata assegnista di ricerca a Urbino. Dal 2010 ho iniziato a collaborare, come esperta esterna, con la Fondazione Giacomo Brodolini, nel ruolo di responsabile di diversi progetti europei. Il primo progetto europeo che ho coordinato 'Better Health for Better Integration' riguardava le disuguaglianze di salute per le donne straniere in diversi paesi europei.

Nel 2017 sono stata selezionata nel concorso per un posto Rtda presso il dipartimento di Economia Società Politica dell'Università di Urbino. Nel 2018 ho conseguito l'abilitazione come professore di seconda fascia nel settore SPS/07. Dal 2020 sono Rtdb presso lo stesso dipartimento.

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

Le disuguaglianze nella salute sono il mio principale tema di ricerca e di studio, con una attenzione particolare all'analisi comparata sia a livello regionale che tra paesi europei.

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

Sono nata in una famiglia di medici: i miei genitori, entrambi i miei nonni, mio fratello, i miei cugini e adesso anche le mie nipoti sono medici. Da quando avevo poco più di 5 anni avevo chiaro che io non avrei voluto fare il medico. Sono cresciuta ascoltando i discorsi di chi trascorre tante ore in ospedale: gente malata, casi particolari. Pensavo che il mondo fosse fatto di malati. Al liceo ho incontrato una meravigliosa insegnante di greco e mi sono innamorata della letteratura greca e della sua lettura antropologica. Mi si è aperto il mondo delle differenze culturali, della costruzione sociale. Avendo cercato l'unica facoltà che non era presente a Palermo, mi sono laureata in sociologia a Urbino. Per la mia tesi di laurea ho svolto una ricerca sul campo con il metodo dell'osservazione partecipante in una comunità anarchica ecologista dell'appennino tosco emiliano, la comunità degli Elfi. Ero arrivata a loro dallo studio appassionato dell'antropologia e della filosofia politica di Nietzsche. Quando si è trattato del dottorato in sociologia del diritto, i tempi erano maturi per interrogarmi sul tema salute in una prospettiva sociologica. Da allora ho sentito che fare ricerca sui temi della salute e della malattia significa volgere il mio sguardo sulla vita e sulla morte, sulle paure più profonde e anche sulle disuguaglianze più lancinanti. I dati sulle aspettative di vita e sulla mortalità infantile mostrano in maniera lampante che dietro alla vita e alla salute ci sono i contesti, le possibilità di scelta, le politiche. E tutto questo mi ha incuriosito sempre più.

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

Il tema della salute mi ha permesso di entrare in contatto con la comunità scientifica sociologica in Italia e in Europa. Ho conosciuto le dinamiche accademiche nelle sue più svariate coloriture. Ho incontrato chi aveva più esperienza ed è stato pronto ad accompagnarmi, a suggerirmi letture, a porgermi una mano per uscire da situazioni relazionali imbarazzanti. Il tema è affascinante e il contesto scientifico stimolante. Sì, occuparmi di salute è stato molto utile nell'evoluzione della mia carriera.

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

All'inizio ho lavorato da sola, ho presentato i miei primi lavori con gran timore alla comunità scientifica. Nel tempo ho sentito che la mia paura di aver perso quell'articolo recentemente pubblicato non era solo mia. Nel tempo ho conosciuto delle colleghe e dei colleghi altrettanto curiosi e seri, ed iniziare a lavorare insieme è stato facile e proficuo. Il confronto e la collaborazione sono alla base della nostra comunità scientifica, nel pieno riconoscimento delle diversità.

7. Quali sviluppi avrà secondo te la sociologia della salute?

L'esperienza pandemica, l'invecchiamento della popolazione, la preziosità dei bambini e delle bambine rendono il tema della salute un tema centrale del vivere sociale. La sociologia della salute ha e avrà molto da dire. Certo si trova ad affrontare una grossa sfida: la sua credibilità al di fuori del suo contesto di nicchia. E su questo stiamo facendo dei grandi passi in Italia: abbiamo superato delle fratture che al nostro interno ci indebolivano molto e stiamo costruendo nuove alleanze con medici, economisti, giuristi.

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

La società cambia e così anche quei temi classici della sociologia della salute che meritano continui approfondimenti e aggiornamenti. Penso ai temi come la nascita, la salute e il corpo della donna, le letture del corpo e della salute in un tempo gender fluid, le disuguaglianze amplificate dalla pandemia, le professioni sanitarie in evoluzione, i processi di cura, di personalizzazione e di partecipazione, la digitalizzazione, l'organizzazione dei servizi sanitari, gli hospice. Come sociologa della salute, la mia curiosità si volge verso il tema della disabilità, della sua costruzione sociale, delle sue barriere, della sua visione biomedica. Su questo credo che lo sguardo sociologico abbia ancora molto da dire. I temi di potenziale interesse per la sociologia della salute sono tanti, ma saranno gli interessi delle ricercatrici e dei ricercatori italiani che definiranno le agende di ricerca, senza limiti, senza paura di pestare i piedi, ma con umiltà rispetto a chi ha più esperienza.

RESOCONTO

18- 20 novembre 2021 Convegno di metà mandato della Sezione

PERSONALIZZAZIONE DELLA CURA E PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI NELLA SOCIETÀ DIGITALE SINDEMICA

Bertinoro, 18 - 20 novembre 2021.

Convegno di metà mandato

“Personalizzazione della cura e partecipazione dei cittadini nella società digitale sindemica”

Il primo convegno in presenza per molti di noi, dall'inizio dell'emergenza pandemica. E' stata una occasione preziosa per riprendere il confronto scientifico nella sezione, sempre più recettiva e solida nelle prospettive di ricerca della sociologia della salute e della medicina. Siamo arrivati a 75 presenze, con la possibilità solo per pochi relatori di essere a distanza.

Bertinoro ci ha accolto con la consueta professionalità. La condivisione delle riflessioni scientifiche, e le relazioni tra colleghi accademici senior e meno hanno consolidato la struttura della nostra sezione. La scelta fortemente voluta dal Consiglio della sezione di un convegno in presenza ha rappresentato una sfida. I numeri degli iscritti hanno confermato che la proposta, seppur presentasse diverse rischi dovuto al contesto sindemico, è stata molto ben accolta dagli interessati.

I saluti della Presidente Carmela Agodi hanno aperto i lavori. Le relazioni plenarie hanno portato le prospettive internazionali sui temi della partecipazione e della personalizzazione della cura. Il dibattito acceso della prima mattina ha posto le basi per la tavola rotonda del pomeriggio in cui i temi sono stati declinati nel contesto italiano. Al centro del dibattito del pomeriggio i processi di riforma del sistema sanitario italiano: “Quale *governance* del SSN: dall'autonomia differenziata a un regionalismo responsabile e solidale?”

La giornata di venerdì 19 novembre è stata interamente dedicata alle 9 sezioni parallele e si è chiusa con l'assemblea dei soci e la cena sociale. Sabato 20 novembre è stato dedicato al workshop per i/le giovani/e ricercatori e dottorandi. Sono stati quindi presentati e discussi i loro lavori e al termine la commissione della sezione ha attribuito il premio al lavoro più meritevole.

BARBARA PRAINSACK, Personalized medicine: empowered patients in the 21st century?

[Guarda il video dell'intervento](#)

ROBERTO FALANGA, La partecipazione dei cittadini durante la pandemia

[Guarda il video dell'intervento](#)

PhD workshop

Nell'ambito del PhD workshop, svoltosi durante il Convegno *Personalizzazione della cura e partecipazione dei cittadini nella società digitale sindemica* (Bertinoro 18-20 novembre), il “Premio giovane ricercatore/trice” della Sezione AIS di Sociologia della Salute e della Medicina è stato conferito alla Dott.ssa **Ester Micalizzi**, che ha presentato un paper dal titolo “**Corpo, desideri e silenzi. Scelte riproduttive ed esperienze di maternità delle donne con disabilità**”.



Articoli scientifici



2/2021 Vivere l'emergenza. La società italiana e il servizio sanitario nazionale nella pandemia da Covid-19. Micol Bronzini, Stefano Neri (a cura di)

Landing Volumi

Disabilità e società

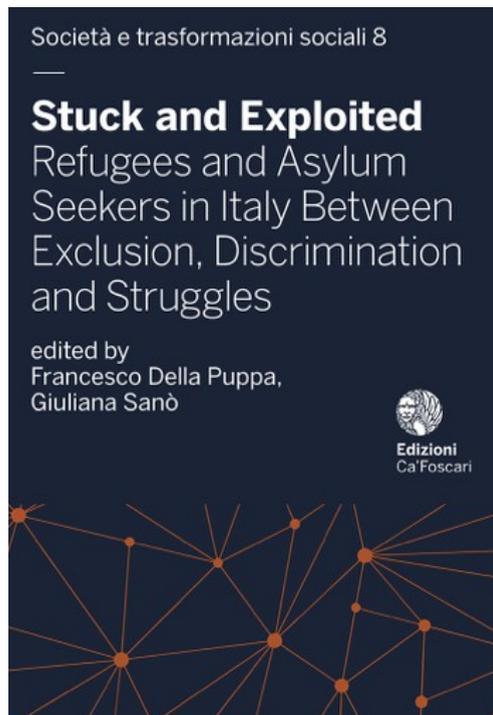
Inclusione, autonomia,
aspirazioni

A cura di
Marco Terraneo
e Mara Tognetti Bordogna

[Scaricalo qui!](#)



FrancoAngeli 



[Scaricalo qui!](#)

Landing Volumi



Anna Rosa Favretto , Antonio Maturo ,
Stefano Tomelleri L'IMPATTO SOCIALE
DEL COVID-19

L'impatto sociale del Covid-19

A cura di
Anna Rosa Favretto,
Antonio Maturo, Stefano Tomelleri

FrancoAngeli



P. Sulkunen, T. F. Babor, J. C. Örnberg, M. Egerer,
M. Hellman, C. Livingstone, V. Marionneau,
J. Nikkinen, J. Orford, R. Room, I. Rossow

Limitare l'azzardo

Gioco, scienza e politiche pubbliche

Edizione italiana a cura di Sara Rolando

Ricerche scientifiche

Titolo

Voicing preterm parents' experiences. A multidisciplinary study to set neonatal practices and enhance families' wellbeing (ParWelB)

Abstract

Utilizzando un approccio partecipativo, coordineremo lo sviluppo dal basso di buone pratiche relative alle forme di supporto per i genitori di bambini in condizioni di salute critiche e di pratiche neonatali modellate non solo sulla conoscenza biomedica, ma anche sui valori, le esperienze vissute e le prospettive dei genitori.

Ingaggeremo i partecipanti alle dimissioni dai reparti coinvolti, con la somministrazione di un primo questionario che fungerà da benchmark e offrirà la possibilità di valutare l'esperienza vissuta dai genitori nella TIN e sub-TIN. Seguiremo i genitori partecipanti per un anno, somministrando mensilmente (tramite una web-app costruita ad hoc) un questionario che permetterà di valutare il loro benessere. Durante l'anno di follow-up, grazie alle informazioni e ai dati forniti attraverso le interviste e la web-app, pianificheremo interventi partecipativi per sostenere la relazione famiglie-personale sanitario. Alla fine di questo anno di monitoraggio, un'intervista in profondità avrà lo scopo di valutare limiti e vantaggi individuati dai genitori rispetto a questi interventi partecipativi.

Elementi di innovazione del progetto:

ParWelB mira ad aumentare il benessere dei genitori di bambini nati pretermine per ottenere, indirettamente, un miglioramento degli esiti della prematurità sulla salute. Ci aspettiamo permetta di sviluppare un modello che faciliti forme di supporto personalizzate nei confronti di genitori che si trovano a fronteggiare situazioni di salute particolarmente critiche dei propri figli (la prematurità, ma anche un ampio spettro di patologie invalidanti e/o mortali). Contemporaneamente, il gruppo di ricerca si aspetta che, restituire centralità al punto di vista dei genitori attraverso l'analisi delle loro narrazioni, possa permettere di sviluppare un approccio alle pratiche di cura modellato non esclusivamente sulla prospettiva della conoscenza biomedica.

Nome autori

Unità capofila il Dipartimento di Sociologia e Ricerca sociale dell'Università di Milano Bicocca, partners l'unità di terapia intensiva neonatale del Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano e l'unità di terapia sub-intensiva dell'Ospedale di Rho.

L'équipe di ricerca è guidata dalla professoressa Alessandra Decataldo, Principal Investigator del progetto. L'unità di Sociologia è composta, oltre che dalla citata PI, dalla dottoressa Brunella Fiore, la dottoressa Paola Limongelli, la dottoressa Noemi Novello, la dottoressa Concetta Russo e il dottor Marco Terraneo. Mentre per gli ospedali, il dottor Stefano Martinelli guida l'unità di Niguarda composta dal dottor Ottavio Vitelli e dalla dottoressa Alessandra Puzini, mentre il dottor Salvatore Barberi guida l'unità di Rho, composta dalla dottoressa Chiara Giovanettoni, dalla dottoressa Valeria Brazzoduro e dalla dottoressa Daniela Di Fluri.

[Guarda il video dell'intervista a Jessica Mesman per ParWelB](#)

Call for papers e convegni



19TH BIENNIAL EUROPEAN SOCIETY FOR HEALTH AND MEDICAL SOCIOLOGY CONFERENCE

[visualizza la call](#)

25TH-27TH AUGUST 2022

University of Bologna –
Forlì Campus



16th International Conference on the
Statistical Analysis of
Textual Data



Naples (Italy) – 6,7,8
July 2022
University of Naples Federico II

[visualizza la call](#)

Call for papers e convegni



[guarda la call](#)

Rassegna
Italiana
di Sociologia

[visualizza la call](#)

CALL FOR PAPERS

Controlling madness

Extant empirical and theoretical research

Nuova sezione tematica

AREA TEMATICA: Cure palliative e fine vita

REFERENTE: Barbara Sena, Università degli studi di Roma Unitelma Sapienza

Email: barbara.sena@unitelmasapienza.it.

Proposta per la costituzione di un gruppo di studio sul tema delle cure palliative e del fine vita

Le cure palliative e la gestione del fine vita del paziente rappresentano un ambito tematico relativamente ancora poco esplorato dalla sociologia della salute e che, tuttavia, sta rivestendo sempre maggiore attenzione, a causa della diffusione delle malattie cronico-degenerative e dell'invecchiamento progressivo delle popolazioni. La rilevanza delle cure palliative, infatti, non riguarda solo il problema medico ed etico di come accompagnare il paziente terminale alla morte, su cui l'analisi sociologica ha fornito diversi contributi interessanti nel corso degli anni (per es. Glaser e Strauss, 1966; Sudnow, 1967; Kaufman, 2005; Timmermans, 2005; Broom, 2015;), ma anche la questione di come costruire politiche sanitarie volte a realizzare sia servizi adeguati, in grado di accompagnare ad una "buona morte" il paziente, sia percorsi di cura capaci di valorizzare la gestione palliativa del dolore sin dalla prima diagnosi di una malattia di breve, medio o lungo corso.

La gestione del fine vita e del dolore ad esso legato è una pratica molto complessa in ambito sanitario, che riguarda differenti scelte professionali, cliniche, etiche e morali, come il ritardare o prevenire la morte, minimizzare il dolore, mantenere la dignità del paziente, facilitare le preferenze del paziente e dei suoi cari che lo assistono e, sempre più spesso, anche ridurre i costi sanitari legati alla gestione lunga e onerosa di pazienti morenti (Gjerberg et al., 2010). Per tale motivo, le cure palliative sono considerate come un campo molto specifico e particolare, in cui sono richieste anche esperienze in ambiti non tradizionali della medicina e un approccio olistico a ciò che può essere considerato l'interesse e il bene del paziente e dei suoi familiari (Masel e Kreye, 2018). Negli ultimi anni, tale specificità è stata riconosciuta anche dall'OMS (2018), che ha evidenziato la necessità di integrare le cure palliative in contesti in cui l'umanizzazione delle cure e del trattamento del paziente spesso tendono a venire meno a causa della scarsità di risorse, dell'elevato numero di morti e della incapacità delle strutture sanitarie e dei professionisti sanitari di fornire cure adeguate a salvare il paziente. Non a caso, l'attuale pandemia da Covid-19 che stiamo vivendo dall'inizio del 2020 ha fatto emergere con forza e drammaticità la rilevanza delle cure palliative nei contesti emergenziali come le terapie intensive e il pronto soccorso (per es. Wynne et al, 2020; Sullivan e Curtis, 2021).

Nonostante l'interesse crescente per questo ambito della cura e la complessità interdisciplinare insita nell'approccio palliativista al paziente, continuano a sussistere una serie di pregiudizi, non ancora sufficientemente demistificati dalla letteratura e dalla pratica sanitaria, che sminuiscono il ruolo delle cure palliative relegandolo solo alla trattazione del fine vita e dei pazienti terminali, laddove la medicina non può più intervenire per curare e salvare il paziente dalla morte. In altre parole, la concezione prevalente ancora oggi è legata al fatto che il risultato finale delle cure di fine vita è "per definizione" la morte del paziente e, dunque, ciò che nei principi della medicina è visto sostanzialmente come un "fallimento" della cura stessa (Bishop, 2011; Gawande, 2014). Tali pregiudizi si riflettono inevitabilmente anche nei sistemi di formazione e nei servizi sanitari (Hibbert et al. 2003), come anche nelle politiche sanitarie che, in Italia, solo di recente hanno avviato un processo di riforma e di riconoscimento progressivo delle cure palliative a partire dalla legge 38/2010, fino ad arrivare alla recente istituzione di una Scuola di specializzazione in Medicina e Cure Palliative a decorrere dall'anno accademico 2021-2022 e, nel 2021, all'Accordo Stato-Regioni per l'Accreditamento delle reti di terapia del dolore e cure palliative pediatriche. Da tale premessa, si evince l'opportunità di approfondire il tema delle cure palliative dal punto di vista della sociologia della salute, attraverso la costituzione di un gruppo di studio che operi su uno o più dei seguenti ambiti problematici:

- 1) quali sono i modelli e gli approcci palliativisti presenti nel sistema sanitario italiano e internazionale, e qual è l'efficacia o inefficacia delle politiche sanitarie volte a promuovere le cure palliative;
- 2) quali sono le ragioni che impediscono una valorizzazione della "cultura" palliativa in ambito medico e sanitario;
- 3) quali sono i percorsi di formazione medico-sanitaria in ambito palliativista e i principali gap educativi che possono essere rafforzati dal contributo della sociologia.

Attività 2022:

Costituzione del gruppo di lavoro e individuazione dei temi più rilevanti da portare avanti in una prima fase, attraverso una serie di obiettivi concreti quali, ad esempio, revisioni sistematiche della letteratura, proposta di sessioni specifiche nei convegni di sociologia e di cure palliative, nazionali e internazionali, proposte di abstract nelle call di convegni in cui è presente il tema delle cure palliative.

Attività 2023:

Sviluppo degli obiettivi individuati dal gruppo di lavoro e definizione di un progetto di ricerca da realizzare negli anni successivi.

Partecipa alla sezione

ISCRIVITI AD AIS



Come fare? [Clicca qui!](#)

SEZIONI

**Sociologia della
Salute e della
Medicina**

Guarda la nostra sezione

E seguici!!!

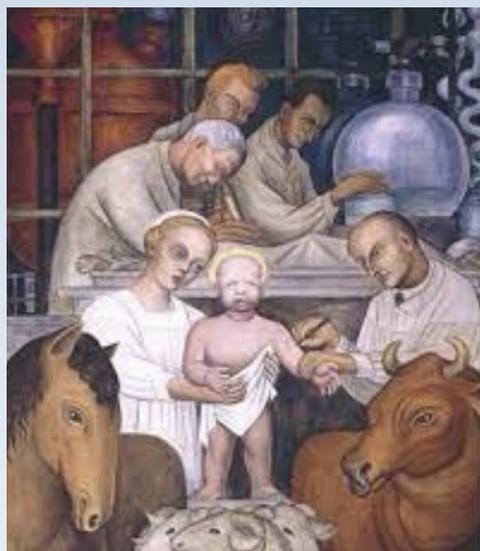
Facebook

Youtube

Per info:
salute@ais-sociologia.it

Salute per immagini... Scatti dal convegno di metà mandato





Il murale "La Vaccinazione" del 1932, opera eseguita dal grande artista messicano Diego Rivera (8 dicembre 1886 – 24 novembre 1957) su commissione della famiglia Ford, sito in Detroit, celebra la scienza medica con una composizione che ricorda il presepe: il laboratorio al posto della mangiatoia, un'infermiera al posto della Madonna e degli scienziati al posto dei di 3 re magi.