# **MIS**

## SOCIOLOGIA DELLA SALUTE E DELLA MEDICINA

### **NEWSLETTER**

NUMERO 9

### **INDICE**

### **EDITORIALE**

### I SOCI SI RACCONTANO

### ATTIVITÀ DELLA SEZIONE

### L'OSPITE

### **ARTICOLI SCIENTIFICI**

**VOLUMI** 

**TESI DI DOTTORATO** 

CALL FOR PAPERS E CONVEGNI

PARTECIPA ALLA SEZIONE

**SALUTE PER IMMAGINI** 

### **EDITORIALE**

#### Una firma contro la fine del Servizio Sanitario Nazionale

Non è senza qualche serio timore che torniamo ad affrontare **il tema dell'autonomia differenziata**, costretti dall'accelerazione impressa dal Ministro per gli Affari regionali e le Autonomie Calderoli alla questione con la presentazione del suo disegno di legge alla Conferenza Stato-Regioni: nel quale ha cercato di far passare per semplice problema amministrativo **un tema di enorme portata politica come quello dell'autonomia differenziata**, che investe il ruolo e il funzionamento dello Stato, i principi che guidano le politiche pubbliche e i diritti di cittadinanza, come ben evidenziato da Gianfranco Viesti (https://www.rivistailmulino.it/a/autonomia-differenziata-il-silenzio-del-nord).

Siamo poi poco rassicurati dalla sostanziale bocciatura del progetto dalla stessa Presidente del Consiglio Meloni in nome della presunta necessaria contemporaneità con il suo disegno semipresidenzialista. Un ulteriore **motivo di preoccupazione** la troviamo **nella bozza di legge di bilancio già approvata in Consiglio dei Ministri**, nella quale sono stati inseriti 3 articoli: il 122, sull'adeguamento alle scadenze previste dal PNRR; il 123, sulle procedure di adozione dei fabbisogni standard; e il 125, sulla determinazione dei LEP (Livelli Essenziali delle Prestazioni), di cui al momento esistono soltanto i titoli e che ci fanno pensare ad un inserimento frettoloso per tamponare il fallimento della proposta Calderoli, volto a rispondere esattamente ad alcune tra le principali obiezioni ad esso rivolte.

La questione dell'autonomia differenziata non è semplicemente un problema di scontro Nord/Sud: è un modo per rafforzare ulteriormente i poteri delle Regioni nei confronti dello Stato centrale: magari nella logica di un nuovo centralismo regionale a discapito delle autonomie locali come evidenziato nel caso del Veneto. La deriva pericolosa e disgregante per il mantenimento dell'unità nazionale che tale processo innescherebbe è abbastanza evidente. Nel caso della sanità, poi, lo è ancor di più: cosa resterebbe infatti del Servizio Sanitario Nazionale, già oggi fortemente frammentato in 21 Servizi Sanitari Regionali (considerando le 2 Province autonome di Trento e Bolzano), con modalità organizzative, capacità di garantire i LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) e un rapporto pubblico-privato del tutto dissimili tra loro.

Da qui la necessità impellente di **sollevare un grande dibattito** a livello nazionale **che ci deve vedere impegnati** a fondo come sociologi della salute nel nostro ruolo pubblico e come cittadini a bloccare questa deriva pericolosa e inaccettabile, **foriera di un regionalismo profondamente asimmetrico**, nonché di una privatizzazione strisciante che finirebbe per creare una sanità a doppio binario: quello privato per chi se lo può permettere e quello pubblico per i più poveri.

Oltre a diffondere il nostro Manifesto "Contro l'autonomia differenziata. Per un regionalismo coordinato, politicamente e socialmente solidale ed economicamente responsabile" (https://www.aissociologia.it/2022/01/14/manifesto-dei-sociologi-italiani/), l'invito è a firmare la proposta di legge costituzionale di iniziativa popolare del Prof. Villone che prevede che forme di autonomia regionale possano essere concesse alle Regioni a statuto ordinario solo se "giustificate dalle specificità del territorio" al fine di scongiurare possibili intese differenziate a esclusivo vantaggio delle Regioni più ricche; e introduce una clausola di preminenza nazionale e competenza statale esclusiva a "tutela dell'unità giuridica o economica della Repubblica" per materie come sanità, istruzione, reti energetiche e beni culturali.

La proposta, raccogliendo almeno 50.000 firme, grazie alla riforma del regolamento del Senato dovrà essere necessariamente discussa.

È possibile anche la firma digitale (www.coordinamentodemocraziacostituzionale.it).

Guido Giarelli, coordinatore.

### I SOCI SI RACCONTANO

Le interviste di questo numero sono dedicate a due precursori della Sociologia della salute che hanno dato un forte contributo alla nascita e allo sviluppo della disciplina in Italia. La redazione li ringrazia per la loro disponibilità e per quanto hanno voluto condividere con noi.



## Pierpaolo Donati

Quale è il tuo attuale ruolo?

Con il pensionamento, nel 2017 sono stato nominato Professore Alma Mater (PAM) di Sociologia nella Università di Bologna e attualmente continuo le mie attività come direttore del Centro Studi e Ricerche di Sociologia Relazionale (Pros-Ti), come membro di due accademie scientifiche (la Pontificia Accademia di Scienze Sociali e l'Accademia delle Scienze dell'Università di Bologna), e poi come membro del Centre for Social Ontology (CSO) dell'Università di Grenoble presso il quale svolgo un programma di ricerche sulle nuove tecnologie e le intelligenze artificiali con un team internazionale.

### Ci descrivi brevemente il tuo percorso accademico fin qui?

È per me importante ricordare di avere iniziato l'università studiando fisica, perché amavo profondamente la fisica teorica, e ho impostato il mio lavoro accademico con lo stesso spirito scientifico, che poi ho tradotto nella teoria sociologica. Sotto questo aspetto va letto tutto il mio percorso accademico, il cui filo conduttore è stato l'elaborazione di una originale "Teoria relazionale della società" o "Sociologia relazionale", che ho cercato di verificare in una quantità di ricerche empiriche, tra cui quelle sulla salute. Appena superati gli esami del biennio di fisica, con l'esplodere dei movimenti giovanili degli anni 1966-68, è prevalsa in me la vocazione professionale verso le scienze sociali. Mi sono iscritto a Scienze politiche e mi sono laureato nel 1970. Sono diventato assistente ordinario nel 1974, incaricato stabilizzato nel 1977-78 e poi professore ordinario nel 1981, sempre all'università di Bologna, dove ho insegnato varie materie fino al 2016, in particolare sociologia generale, sociologia della famiglia, sociologia della salute, politiche sociali, sistemi sociali comparati, sociologia del benessere, welfare e reti informali, dirigendo vari corsi di laurea. Nel 1988 ho fondato con i colleghi del Dipartimento di Sociologia il dottorato di ricerca in "Sociologia e politiche sociali" e l'ho coordinato fino al 2012. Nel 1984, assieme al prof. Achille Ardigò, ho fondato la Sezione AIS di Politica sociale, di cui sono stato Presidente fino al 1993, per poi ricoprire la carica di Presidente dell'Associazione Italiana di Sociologia (AIS) nel mandato 1995-1998. Nel 1997 ho fondato la rivista "Sociologia e politiche sociali", che intendeva, per l'appunto, collegare l'analisi sociologica alla sua applicazione pratica negli interventi di welfare e nell'organizzazione dei servizi. A partire dalla fine degli anni 1990 mi sono dedicato a tante ricerche teoriche ed empiriche che sarebbe lungo elencare. Dopo la nomina a Professore Alma Mater (PAM), dal 2017 al 2020 ho insegnato un corso in inglese su "new local welfare and networks of social inclusion", che, in un certo senso, ha segnato un punto di arrivo nello sviluppo di una teoria relazionale volta a collegare il benessere sociale, e in particolare la salute, alle reti di relazioni sociali. Ho pubblicato sinora 132 libri e circa 720 saggi di ricerca, alternando testi teorici e ricerche empiriche.

In che modo la salute ha attraversato/si è intersecata con i tuoi studi sociologici? Quale/quali sono stati i tuoi temi di ricerca e di studio?

La mia avventura accademica è iniziata con una indagine sul campo, propostami dal prof. Ardigò e finanziata dal CNR, che riguardava lo sviluppo di una intera comunità, quella di Montegranaro, per verificare i fattori di sviluppo endogeni legati alla cultura acquisitiva. Il problema era quello di identificare le peculiarità di un contesto sociale territoriale che abbiamo chiamato di Terza Italia, distinto dal triangolo industriale e dalle aree sottosviluppate. La risposta fu cercata e trovata in certi orientamenti di valore e nel ruolo della famiglia acquisitiva (si veda Ardigò & Donati, Famiglia e industrializzazione, Milano, 1976). Definire lo 'sviluppo sociale', e non solo economico, delle comunità locali dal punto di vista sociologico è stato sempre un tema di fondo che ha riguardato un po' tutti i campi di ricerca che ho toccato, dal ruolo della famiglia, al rapporto fra pubblico e privato, all'organizzazione dei servizi di welfare, al succedersi delle generazioni. Il tema della salute è entrato in questo flusso di ricerche, proprio in quanto gli aspetti sociosanitari emergevano come essenziali per il miglioramento delle condizioni di benessere delle comunità come tali. In un certo senso, il passaggio che ho proposto dalla sociologia 'della' medicina (o 'nella' medicina, come la intendevano molti manuali nord-americani) alla sociologia della salute si è reso necessario proprio in virtù di questa visione, potrei dire della missione della sociologia relazionale a concorrere ad uno sviluppo sociale delle comunità locali che relazionasse fra loro le varie dimensioni del benessere.

Serviva, a questo proposito, un approccio sociologico nuovo, che ho chiamato 'relazionale', capace di superare l'alternativa fra approcci di olismo e di individualismo metodologici (structure vs agency) che allora dominavano la ricerca sociologica. Se il tema della salute/malattia tocca tutte le dimensioni dell'esistenza umana e della vita di una comunità, allora solo un approccio relazionale è in grado di farci comprendere i fenomeni di salute/malattia e le prassi necessarie per affrontare e risolvere i problemi. Credo che molti concetti nuovi da me elaborati, come quelli di privato-sociale, beni relazionali, soggettività relazionale, e altri ancora, sono emersi avendo sullo sfondo proprio l'idea che, se la

relazionale, riflessività relazionale, e altri ancora, sono emersi avendo sullo sfondo proprio l'idea che, se la salute è un fenomeno sociale, è la società che deve produrre salute attraverso le sue dinamiche relazionali, ai vari livelli micro-meso-macro, e non tanto la medicina come tale. Il tema della salute, dunque, è stato un momento specifico di ricerche e nello stesso tempo un paradigma di fondo per analizzare i cambiamenti sociali che ho teorizzato come morfogenetici fin dagli anni 1980 (ricordo, tanto per esemplificare, il mio Famiglia e politiche sociali. La morfogenesi familiare in prospettiva sociologica, Milano, 1981), assai prima che uscisse il libro di Margaret Archer sulla morfogenesi della società (Realist Social Theory: The Morphogenetic Approach, Cambridge, 1995), a cui pure bisogna riconoscere di avere fatto un grande salto metodologico nella comprensione dei fenomeni morfogenetici. Anche nelle più recenti ricerche che ho svolto e sto svolgendo su come le nuove tecnologie (ICT, Al, robotica) influiscono sulla società, la dimensione della salute/malattia ricopre un aspetto fondamentale, sia analitico sia empirico, in quanto aiuta a tenere presenti le distinzione-guida di salute/malattia, vita/morte, normalità/patologia nell'analisi dell'evolversi delle relazioni sociali ibridate dall'uso delle tecnologie.

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

Il tema della salute è stato uno dei primi campi in cui ho cercato di applicare la mia sociologia relazionale, sia sul piano teorico sia sul piano empirico e applicativo. L'occasione è venuta dall'interesse per il tema della sanità di Achille Ardigò, il mio maestro, a cui devo l'impulso inestimabile a fare una ricerca sociologica capace di collegare l'analisi alle pratiche sociali. A partire dalla seconda metà degli anni 1970, Ardigò si dedicò con grande passione e intelligenza ai temi delle riforme sociali, e spinse me e altri collaboratori in particolare a interessarci della riforma sanitaria, in vista di una nuova legislazione sociale, che infatti arrivò con l'approvazione della legge 833 di istituzione del Servizio sanitario nazionale. Nonostante io stessi svolgendo altre ricerche (sulla famiglia, i consultori, le questioni femminili), mi chiese di collaborare con lui in questo campo in connessione al Ministero della Sanità (allora si chiamava così) e alle Regioni (appena dopo l'avvio della loro istituzione) per dare impulso sia allo studio della salute/malattia come fenomeno sociale, sia per organizzare i servizi sanitari sul territorio (in particolare l'avvio delle USSL – oggi ASL – e dei distretti socio-sanitari). Questa, per me, era una bella occasione per applicare la teoria relazionale al tema della salute, portando il discorso sociologico fuori dall'impostazione anglosassone che subordinava la sociologia alle discipline medico-sanitarie, all'epidemiologia e all'igiene e altre ancora.

Così, nell'intento di sviluppare un nuovo approccio sociologico, assieme ad Ardigò, iniziai a rivedere la sociologia struttural-funzionalista (Parsons e allievi), in tutte le sue varianti, e il suo opposto, le sociologie ispirate al decostruzionismo, per riconsiderare la salute/malattia come relazione sociale e non come oggetto di paradigmi legati ai sistemi sanitari tradizionali o al loro semplice ribaltamento. In quegli anni ho dedicato un decennio di attività particolarmente intenso al campo della sociologia della salute, dirigendo sia il Corso di Perfezionamento in Sociologia Sanitaria all'Università di Bologna (1983-88), sia varie ricerche sul campo (tra cui la ricerca su "Famiglia, salute e servizi socio-sanitari", Regione Emilia-Romagna, 1986-87; la ricerca nazionale Cnr "Il ruolo del terzo settore nella razionalizzazione del Servizio Sanitario nazionale", 1998-2000).

Ho poi organizzato, con Ardigò e altri collaboratori, i primi convegni nazionali di sociologia sanitaria i cui atti sono stati pubblicati in vari volumi (tra cui La sociologia sanitaria. Dalla sociologia della medicina alla sociologia della salute, FrancoAngeli, Milano, 1983; La cura della salute verso il 2000, FrancoAngeli, Milano, 1989). Frutto di quegli anni è stata anche la pubblicazione a mia cura del primo manuale di sociologia sanitaria (Manuale di sociologia sanitaria, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1987), che è stato anche tradotto in castillano (Manual de sociologia de la salud, Ediciones Diaz de Santos, Madrid, 1994) e ha positivamente influenzato in questi anni molte ricerche nei paesi di lingua spagnola, specie in sud-America.

Pensi che occuparti di questi temi sia stato utile o meno nell'evoluzione della tua carriera professionale e del sapere disciplinare della sociologia della salute?

lo sono diventato professore ordinario in pochi anni (circa dieci anni dopo la laurea) e, comunque, prima di interessarmi della sociologia della salute. Quindi, per me, questa disciplina non ha avuto una specifica utilità, diciamo così, per fare carriera. Ha avuto invece grande importanza nel farmi entrare nel vivo della società, dei suoi problemi sociali, delle riforme di politica sociale, di organizzazione dei servizi sociali e sanitari sul territorio.

È stata una tematica che ha alimentato un confronto non solo con tutto il gruppo di studiosi che circondavano Ardigò, ma con tutti i sociologi dell'AIS interessati alle politiche sociali e sanitarie e, in questo senso, mi ha molto arricchito sul piano umano, oltreché professionale. Senza nulla togliere al valore e all'impegno di tanti altri studiosi che sviluppavano ricerche in altre università, come Parma (ricordo in particolare Marco Ingrosso e Sergio Manghi) e Milano (Mara Tognetti e altri), penso che l'impulso del gruppo di ricerca del Dipartimento di Sociologia di Bologna sia stato alla base dell'avvio e del progresso della disciplina della sociologia della salute in Italia. Di fatto, io credo, e spero di non essere smentito, che la sociologia della salute italiana sia nata a Bologna attorno ad Achille Ardigò a partire dalla fine degli anni 1970 fino alla fine del Novecento. Ricordo il testo che, a mio modesto avviso, ha segnato il primo 'Manifesto' della disciplina, cioè quello a cura di A. Ardigò, Per una sociologia della salute (Milano, 1981), a cui io ho contribuito con un saggio "La sociologia sanitaria (o della salute): questioni di oggetto e di metodo" (pp. 33-59). Penso che quel saggio sia tuttora fondante della disciplina proprio nella sua versione italiana, distinta da altre versioni, soprattutto quelle strutturaliste e funzionaliste del mondo anglosassone, ma anche quelle costruttiviste volte a denormativizzare i concetti di salute e malattia, essendo caratterizzata dall'intento di centrare l'analisi sociologica e l'intervento sociale sulla persona umana, anziché sul ruolo del malato, e sui mondi vitali come produttivi del senso di ciò che è salute e malattia.

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

I temi su cui la sociologia della salute potrebbe indirizzarsi sono, in linea di principio, innumerevoli e indeterminati. Certamente, quelli più scottanti sono quelli legati alle nuove emergenze. Penso, ad esempio, alla diffusione delle epidemie e pandemie come portato dei processi di globalizzazione, e poi alle patologie dovute all'uso improprio delle nuove tecnologie, specie quelle della comunicazione guidate da algoritmi, che creano profondi disturbi e malesseri a tutti i livelli, dalle relazioni interpersonali ai vissuti collettivi, soprattutto in coloro che vivono immersi nel mondo virtuale della realtà digitale, ma anche nella gente comune che è sempre più dipendente da queste tecnologie. Penso, ancora, al tema di come i cambiamenti climatici (global warming) stanno modificando la salute di intere popolazioni. L'influenza di questi processi sta emergendo con evidenza a livello micro (nelle relazioni di vita quotidiana), a livello meso (nelle reti organizzate), a livello macro (nelle istituzioni e nei sistemi più complessi).

Serve una sociologia della salute capace di connettere questi diversi livelli, mostrando le linee causali ed emergenziali delle nuove patologie e stati di malessere. Tuttavia, il punto non è tanto quello di individuare dei 'temi nuovi', dei nuovi campi di ricerca, bensì è quello di interrogarci su quale approccio o paradigma sociologico basiamo la nostra ricerca. Come ha scritto Marcel Proust, "l'unico vero viaggio, l'unico bagno di giovinezza, sarebbe non andare verso nuovi paesaggi, ma avere altri occhi, vedere l'universo con gli occhi di un altro, di cento altri, vedere i cento universi che ciascuno vede, che ciascuno è". Questo, per me, significa adottare uno 'sguardo relazionale' (Lo sguardo relazionale, Meltemi, 2021), che potrebbe/dovrebbe essere il punto di vista privilegiato di una sociologia della salute che voglia trattare la salute come un 'intero', cioè come l'effetto emergente di un complesso relazionale, interattivo e dinamico, di cause che hanno la loro origine nei modi di fare società. Buona parte delle indagini hanno ancora un prevalente carattere descrittivo e morfologico, latitano quelle di carattere esplicativo e morfogenetico. Oggi ci si lamenta dei rischi di salute fisica connessi alle nuove condizioni ambientali, e giustamente si imputano le cause a una serie di fattori (economici, tecnologici, politici e di altro genere).

Ma l'ambiente è il prodotto di certi modi di fare società, ed è a quelli che dovremmo ricondurre i problemi di salute e malattia. Una matura sociologia della salute dovrebbe mostrare che i cambiamenti fisici sono il prodotto di cambiamenti nelle strutture e dinamiche relazionali della società, sulle quali va messo il fuoco dell'analisi e degli interventi per risolvere a monte l'emergenza delle nuove malattie e patologie, fisiche (e mentali) in quanto sociali.

### Quali sono le prospettive disciplinari della sociologia della salute?

A mio modesto avviso, la sociologia della salute ha il problema permanente di distinguersi da discipline apparentemente affini o che stanno al suo confine, in quanto hanno lo stesso oggetto (la salute), come ad esempio l'epidemiologia, l'economia sanitaria, le scienze psicologiche. Troppo spesso, ancora, le ricerche sociologiche sono un mix di informazioni che provengono da varie discipline senza che emerga il contributo specifico di una scienza che non voglia essere solo un reportage descrittivo dei fenomeni. Beninteso, le interconnessioni e le fecondazioni reciproche fra discipline diverse sono essenziali. Ma, affinché ci sia progresso scientifico, occorre che ciascuna disciplina dia un suo apporto specifico e originale. Cioè, deve possedere un approccio che genera conoscenze che nessun'altra disciplina può offrire. Il progresso di una disciplina dipende primariamente dalla sua ontologia sociale e dalla sua epistemologia, da che cosa vuole conoscere e come conoscerlo, per poi ragionare sugli interventi operativi (io parlo di sistemi ODG, di osservazione-diagnosi-guida relazionali). Ciò significa che la sociologia della salute deve distinguersi da altre forme di conoscenza in quanto è in grado di mostrare che i problemi di salute/malattia, ben vivere e malessere, normalità e patologia, sono il frutto di specifiche dinamiche relazionali, che altre scienze non sono in grado di affrontare perché non hanno come loro compito quello di considerare le relazioni sociali come fondanti e costitutive dei 'fatti' di ben-essere o mal-essere. Per esempio, le malattie psichiche vengono sempre più spesso ricondotte a fattori mentali, biologici e di comunicazione, anziché sociali. Utilizzano gli approcci propri delle neuroscienze e sottovalutano o ignorano i modi di operare delle reti relazionali. Quindi non danno conto delle cause all'origine dei disagi e delle patologie, nonché dei possibili rimedi se non con interventi farmacologici e strumentali. Il contributo originale della sociologia della salute, a mio avviso, sta nell'assumere e nel dimostrare che la spiegazione della mancanza di salute (fisica e mentale) sta nelle strutture e nelle dinamiche delle relazioni sociali, che sono le cause ma anche le risorse per operare i rimedi, se e nella misura in cui valorizzano la partecipazione e la mobilitazione di coloro che manifestano i sintomi della malattia e del disagio per modificare le condizioni di vita. Per terminare, vorrei insistere sulla necessità che la sociologia della salute approfondisca ulteriormente il suo specifico paradigma, per consolidare una specifica professionalità. Se la salute è quella del corpo, chi interviene è il medico. Se la salute è una questione di benessere psicologico, interviene lo psicologo o lo psichiatra. Se la salute è un problema di condizioni economiche, deve intervenire la politica che guida l'economia. Se la salute è un problema di organizzazione dei servizi, servono interventi di buona amministrazione. A che cosa serve il sociologo? Questa è la domanda a cui la sociologia della salute è chiamata a rispondere nello scenario di una società sempre più rischiosa, patogena e iatrogenetica. Certamente, tutti sappiamo bene che la salute è il risultato dell'intreccio e interdipendenza di tanti fattori che sono multiformi e complessi. Ma la sociologia può limitarsi ad affrontare i problemi di salute/malattia facendo una specie di miscuglio di tutta una serie di fattori che sono oggetto specifico di altre discipline?

### I SOCI SI RACCONTANO

## Alberto Martinelli



### Biografia personale

Professore emerito di Scienza politica e Sociologia all'Università degli studi di Milano, ex-preside della Facoltà di Scienze politiche dal 1987 al 1999.

Presidente della Fondazione AEM-Gruppo a2a. Presidente Casa della Memoria di Milano.

Vice-presidente Science for Peace-Fondazione Veronesi. Membro dell'Istituto lombardo Accademia di scienze e Lettere.

Past President International Sociological Association e International Social Science Council.

Grande ufficiale dell'Ordine al merito della Repubblica italiana. Medaglia d'oro di benemerenza civica del Comune di Milano.

Editorialista Corriere della sera.

### Quale è il tuo attuale ruolo?

Professore emerito dell'Università degli studi di Milano.

### Ci descrivi brevemente il tuo percorso accademico?

Ho iniziato a insegnare Sociologia economica nel corso di laurea, poi Facoltà, di Scienze politiche dell'Università degli studi di Milano nell'anno accademico 1969-70. Nel 1980 ho vinto il concorso di professore ordinario, continuando a insegnare Sociologia economica fino al 1987, anno in cui ho assunto l'insegnamento di Scienza politica, sempre in Unimi. Sono stato a lungo direttore, prima dell'Istituto e poi del Dipartimento di Sociologia. Nel 1987 sono stato eletto preside della Facoltà di Scienze politiche e rieletto altre tre volte svolgendo quel ruolo fino al 1999. Ho anche tenuto per molti anni l'incarico di insegnamento di Sociologia all'Università Bocconi, dove mi soro laureato nel 1964 con una tesi in Statistica metodologica e Sociologia. Ho insegnato per brevi periodi in università come Stanford, New York University e California Berkeley, dove ho conseguito il Ph.D. in Sociology con una tesi dottorale dal titolo "Structural Contradictions and Organizational Response in American Higher Education".

Dal 1998 al 2002 sono stato presidente della International Sociological Association (ISA) e dal 2013 al 2018 presidente dell'International Social Science Council (ISSC). Come presidente dell'ISA ho contribuito alla crescita di diversi research committees, tra cui quello di Sociologia della medicina.

Come presidente dell'ISSC ho sviluppato il progetto di ricerca multidisciplinare Transformations to Sustainability nell'ambito del programma Future Earth che include la dimensione sanitaria e ho realizzato, insieme a Gordon McBean (presidente di ICSU, il Council gemello delle scienze naturali), la fusione dei due consigli in un'unica organizzazione mondiale della scienza, che sia una voce internazionalmente forte e autorevole in difesa della scienza intesa come bene pubblico globale e consenta di affrontare con un approccio integrato i problemi mondiali complessi delineati nei Sustainable Development Goals dell'Agenda 2030 dell'ONU che costituiscono l'oggetto sia delle scienze naturali che di quelle sociali, come la salute (goal 3).

Come abbiamo scritto nell'articolo "Blurring disciplinary boundaries" sulla rivista Science (24 novembre 2017), "la fusione tra ICSU e ISSC, organizzazioni internazionali leader nei rispettivi settori, lancia un messaggio potente: il futuro della scienza dipende dall'abbattimento dei muri che dividono le discipline accademiche". Il mio impegno nello sviluppo anche in Italia della Sociologia della medicina e della salute si inquadra in questa collaborazione interdisciplinare e internazionale.

### In che modo la salute ha attraversato/si è intersecata con i tuoi studi sociologici? Quale/quali sono stati i tuoi temi di ricerca e di studio?

Negli anni '70 ho coltivato alcuni dei temi centrali della sociologia economica, dal nesso economia-società nei classici (Economia e società, Comunità, 1986,1996) e nella ricerca sociologica contemporanea (Sociologia economica (con N.J.Smelser), Il Mulino, 1995) allo studio dei processi di modernizzazione (*La modernizzazione*, Laterza, 1998, 2010 e *Global* Modernization. Rethinking the Project of Modernity, Sage, 2005), dall'analisi del rapporto tra strategia e organizzazione, in particolare nelle imprese multinazionali (International Markets and Global Firms, Sage, 1991) alla ricerca sulle professioni, a cominciare da quella medica (Lavorare a Milano. L'evoluzione delle professioni nel capoluogo lombardo dalla prima metà degli anni '80 a oggi, Il Sole 24 Ore, 1987) e allo studio dei problemi del lavoro industriale in tutti i suoi aspetti, incluso quello della salute nei luoghi di lavoro. Frequentavo il gruppo di epidemiologi, medici, assistenti sociali, studiosi dei problemi del lavoro della rivista Sapere, raccolti intorno a Giulio Maccacaro, un uomo di rara generosità e intelligenza, molto interessato alla dimensione sociale della ricerca e della pratica medica. In quel contesto interdisciplinare ho approfondito questioni centrali della Sociologia della medicina e della salute come la prevenzione, l'educazione alla salute, il rapporto medico-paziente, ho favorito la cooperazione tra ricercatori e operatori della salute e ho contribuito a ridurre il divario allora esistente tra la sociologia 'accademica' e la 'pratica' sociologica con la costituzione nel 1980 dell'Associazione ASoMeSa (Associazione Sociologi della Medicina e della Sanità), cui ho partecipato convintamente.

Aggiungerei al riguardo anche il lascito della mia collaborazione giovanile negli anni dell'università alle attività di welfare, educazione civile e cultura popolare della Società Umanitaria di Milano guidata da Riccardo Bauer, un altro grande esponente dell'Italia democratica che univa alla passione della libertà l'impegno per la giustizia sociale, intesa come uguaglianza dei diritti di tutti i cittadini, in primo luogo il diritto alla salute. Il mio impegno per realizzare un'autentica giustizia sociale continua oggi nei programmi della Fondazione AEM del Gruppo a2a che presiedo.

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

Il lavoro di ricerca interdisciplinare di cui ho parlato e l'amicizia con Maccacaro, unitamente al fatto che nei miei soggiorni americani alla fine degli anni '60 e primi anni '70 avevo avuto modo di conoscere studi e ricerche di sociologia della medicina e della salute, mi hanno indotto a pormi la domanda del perché in Italia non esistesse un settore di studi sulla sociologia della salute e ho quindi deciso nel 1976 di pubblicare, insieme a Maccacaro, l'antologia *Sociologia della medicina* per aprire questo importante filone di studi nel nostro paese (il libro è uscito poco dopo la morte di Giulio avvenuta nel gennaio 1977).

Negli anni successivi ho svolto ricerche di sociologia della medicina e della salute essenzialmente in due ambiti: il primo è l'analisi comparativa dei principali tipi di sistema socio-sanitario, con particolare riferimento al carattere universalistico o residuale delle prestazioni, il rapporto pubblico-privato nell'offerta di servizi, le interazioni tra i diversi livelli di governo nella politica della salute (si vedano i saggi: *I sistemi sanitari delle società industriali avanzate*, Giornale degli economisti e Annali di Economia, XVIII, 11-12,nov.-dic.1984,. *Salute e sistemi sanitari occidentali* Economia pubblica, 1985; *Modelli di organizzazione del sistema sanitario*, Amministrare,XVII, n.2, agosto '88).

Il secondo ambito è lo studio dell'ospedale come organizzazione complessa (divisione del lavoro e distribuzione dell'autorità, processi di selezione e politiche retributive del personale sanitario, sub-cultureprofessionali di medici, paramedici e amministrativi, ecc.). Si vedano al riguardo il libro *Gestione e organizzazione dell'ospedale* (con A.Brenna), Angeli,1984 e il saggio *La complessità organizzativa dell'ospedale*, Il nuovo governo locale, n.1, 1984. Ho poi ripreso la riflessione sulla politica della salute e le diverse competenze e responsabilità del governo nazionale e del governo regionale e locale nel quadro della mia analisi del federalismo (si veda il volume da me curato *Terzo rapporto sulle priorità nazionali. Quale federalismo per l'Italia*, Mondadori,1997).

Pensi che occuparti di questi temi sia stato utile o meno nell'evoluzione della tua carriera professionale e del sapere disciplinare della sociologia della salute?

Ritengo che la pubblicazione dell'antologia Sociologia della medicina abbia rappresentato una tappa importante nell'evoluzione del sapere disciplinare della sociologia della salute in Italia.

Le sezioni in cui si articola il volume (Salute, malattia, società, La professione del medico, Il rapporto medico-paziente, l'istituzione sanitaria, Industria e politica sanitaria in Italia) non esauriva certo il campo delle ricerche della disciplina, ma contribuì a colmare un ritardo e un divario teorico e metodologico rispetto alla sociologia soprattutto anglosassone, all'epoca la più sviluppata, con le necessarie contestualizzazioni e i frequenti rimandi e confronti con la situazione italiana nella mia approfondita introduzione. Per quanto riguarda la mia carriera professionale, lo studio di questi temi ha contribuito ad ampliare il mio orizzonte di interessi scientifici e di impegno eticopolitico, consentendomi di instaurare intensi rapporti di amicizia con personalità della scienza e della cultura civile, come il già citato Giulio Maccacaro, Renato Boeri fondatore della Consulta laica di Bioetica (del cui nucleo originario ho fatto parte) , Umberto Veronesi e la fondazione da lui creata e che porta il suo nome, in cui sono stato cofondatore e oggi vice-presidente del programma Science for Peace and Health, nell'ambito del quale si sviluppa un lavoro di ricerca interdisciplinare tra scienze biomediche e scienze sociali.

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

La riforma del servizio sanitario nazionale con particolare rifermento all'assistenza territoriale, alle relazioni tra governo nazionale e regionale e al rapporto pubblico/privato.

La politica della ricerca nella salute (investimenti in ricerca di base e applicata, sviluppi tecnologici, ruolo dell'industria farmaceutica).

La formazione e lo sviluppo professionale dei medici e degli altri operatori sanitari. L'evoluzione del rapporto terapeutico. Implicazioni sociali della telemedicina.

La medicina di genere.

L'educazione sessuale obbligatoria, intesa in senso ampio di cultura della diversità.

L'educazione dei cittadini alla prevenzione, sviluppando comportamenti socialmente responsabili.

### Quali sono le prospettive disciplinari della sociologia della salute?

La crescente consapevolezza della dimensione socio-culturale delle attività di diagnosi, prognosi, cura e riabilitazione favorisce buone prospettive di crescita, che tuttavia richiedono il pieno riconoscimento di tale materia nei curricula delle facoltà mediche.

### ATTIVITÀ DELLA SEZIONE

### **PASSATE**

Convegno Nazionale

## VERSO LE CASE DELLA COMUNITÀ: DISCONTINUITÀ, PROSSIMITÀ, RIGENERAZIONE

Aula Magna Università di Parma, via Università, 12

**15 settembre 2022** 

Clicca qui per ascoltare la registrazione del convegno



Mission e competenze dei sociologi della salute. Una risorsa strategica per la governance del SSN 28-29 ottobre 2022 - Matera, Campus Universitario



Clicca qui per ascoltare la registrazione del convegno



### ATTIVITÀ DELLA SEZIONE

### IN PROGRAMMA

CONVEGNO AIS

NAPOLI 19-21 GENNAIO 2023

REASSEMBLING THE SOCIAL. RE(I)STITUIRE IL SOCIALE

**Joint session** 

Sociologia della salute e della medicina Politica sociale Vita quotidiana

Nuovi scenari di conflitto sociale, fratture esistenziali, politiche del benessere

I CONTRIBUTI SONO DA INVIARE ENTRO 31 DICEMBRE 2022.

LINK DELLA CALL

### L'OSPITE

In questo spazio ospitiamo colleghe e colleghi non facenti parte della nostra sezione, che si occupano dei temi di sociologia della salute e della medicina. A loro chiediamo di presentarci brevemente **ricerche rilevanti** per la disciplina oppure di delineare le **questioni** di interesse per il futuro della nostra disciplina.



<u>Claudine Burton-Jeangros</u>
Professeure ordinaire.
Département de Sociologie - Université de Genève

Clicca qui per ascoltare Claudine Burton-Jeangros



### **ARTICOLI SCIENTIFICI**



Giovanni Berlinguer (a cura della Redazione) (2022). *The crisis of the welfare state*Rivista WELFARE E ERGONOMIA, 2022/1, pp. 23-29

Il numero 1 del 2022 di Welfare e Ergonomia dedicato al tema "La salute al centro del sistema di welfare: diseguaglianze sociali e prospettive per il futuro" pubblica un inedito di Giovanni Berlinguer, relazione presentata al XII convegno mondiale di sociologia di Madrid, sezione Sociology of Health, del 9-13 luglio 1990.



Vallerani, S. (2022).

Riflessioni sociologiche su un rapporto in bilico. Salute e Pnrr tra pulsioni conservatrici e istanze trasformative

Autonomie locali e servizi sociali, 2/2022, pp. 255-272

#### **Abstract**

The Italian healthcare system has been put under pressure by the Covid-19 pandemic, which has worsened existing critical conditions. Among these, the issue of Primary Health Care emerged prominently. This article aims to analyze Mission 6 of the Italian Recovery and Resilience Plan (Pnrr) and the part concerning the local health services «Case della Comunità» and «Ospedali di Comunità». The analysis focuses on critical issues that already exist in similar local services and potential problems in the realization of the Pnrr proposals and explores the concepts of «community» and «participation» in the health field. In order to do this, a «bottom-up» perspective is taken, investigating how the Pnrr and the principles it contains have been performed by collective social actors involved in struggles for the right to health.

### **ARTICOLI SCIENTIFICI**



Terraneo, M., Quaglia, V., Nuvolati, G., Bani, M., Russo, S., Strepparava, M. G., Capici, S. Cavaliere, R., Cazzaniga, M. E. (2022) Social capital and willingness to participate in COVID-19 vaccine trials: an Italian case-control study

BMC Public Health 22, 2137

#### **Abstract**

Background: What leads healthy people to enter in a volunteer register for clinical trials? This study aimed to investigate the relationship between the decision to volunteer in clinical trials for a COVID-19 vaccine and social capital, in a sample of healthy volunteers in Italy. Since social capital is characterized by trust, reciprocity, and social and political participation, we claim that it is key in leading individuals to actively take action to protect public health, and to take a risk for the (potential) benefit not only of themselves but for the entire community.

Methods: This study was conducted through the administration of a questionnaire to healthy volunteers registered for a phase 1 clinical trial for a COVID-19 vaccine in the Unit Research Centre of ASST-Monza, in September 2020. The primary purpose of a phase 1 study is to evaluate the safety of a new drug candidate before it proceeds to further clinical studies. To approximate a case–control study, we randomly matched the 318 respondents to healthy volunteers (cases) with 318 people randomly selected by Round 9 of the European Social Survey (controls), using three variables, which we considered to be associated with the decision to volunteer: gender, age, and education level. To execute this matching procedure, we used the "ccmatch" module in STATA.

Results: The findings highlight the positive impact of social capital in the choice of healthy individuals to volunteer in COVID-19 vaccine clinical trials. Controlling for possible confounding factors, some exemplary results show that people with a high level of general trust have a greater likelihood of volunteering compared to people with low trust (OR = 2.75, CI = 1.58-4.77); we also found that it is more probable that volunteers are people who have actively taken action to improve things compared with people who have not (for individuals who did three or more actions: OR = 7.54, CI = 4.10-13.86). People who reported voting (OR = 3.91, CI = 1.70-8.99) and participating in social activities more than other people of their age (OR = 2.89, CI = 1.82-4.60) showed a higher probability to volunteer.

Conclusions: Together with the adoption of urgent health measures in response to COVID-19, government policymakers should also promote social capital initiatives to encourage individuals to actively engage in actions aimed at protecting collective health. Our findings make an empirical contribution to the research on vaccines and its intersection with social behaviour, and they provide useful insights for policymakers to manage current and future disease outbreaks and to enhance the enrolment in vaccine trials.

### **VOLUMI**

Pratiques de coopération en santé. Regards sociologiques



Denise, T., Divay, S., Dos Santos, M., Fournier, C., Girard, L., Luneau, A. (2022)

Pratiques de coopération en santé.

Regards sociologiques

IRDES - L'Institut de recherche et documentation en économie de la santé

Fruit des journées d'études organisées les 28 et 29 mars 2019 à Paris dans le cadre de rencontres sous l'égide de l'Association française de sociologie (AFS) entre les chercheur·e·s des réseaux thématiques RT1 « Savoirs, travail et professions » et RT19 « Santé, médecine, maladie et handicap », cet ouvrage collectif a pour objet d'aller voir, au plus près des situations de terrain, ce qui se joue sous le couvert des injonctions à la coopération en santé, tout en prenant en compte leurs effets. Il s'agit par exemple d'observer les effets de la coopération sur les frontières professionnelles, sur l'autonomie des protagonistes, ou encore sur la légitimation ou l'invalidation des savoirs tant professionnels que profanes.

Les 32 contributions réunies dans cet ouvrage offrent l'occasion de réinterroger la notion mobilisant une pluralité d'approches «coopération» en méthodologiques. Car même centrée sur les pratiques en santé, cette notion renvoie à un ensemble de significations et d'usages sociaux des plus variés, tant de la part des sociologues que des enquêté·e·s. Inscrite dans des rapports de pouvoir, la coopération suppose des mécanismes de régulation pour perdurer. Aussi, s'interroger sur les logiques sous-jacentes à ces mécanismes est-il particulièrement stimulant en termes de réflexion sur les pratiques et leurs possibles évolutions. Comment et par qui les modalités de la coopération et, à travers elles, l'activité de travail, sont-elles construites ? Qui tente ou est sommé de coopérer, qui s'exécute ou non, et avec quelles motivations ? Comment les pratiques de coopération sont-elles mobilisées, instrumentalisées, affichées ou effacées dans les luttes pour la maîtrise des savoirs et de la division du travail de santé?

C'est notamment à ces questions que cet ouvrage répond, en s'adressant tant aux étudiant·e·s et chercheur·e·s qu'aux professionnel·le·s et aux usager·ère·s du système de santé, et en inaugurant, avec ce premier opus, la nouvelle collection des éditions de l'Irdes : « Sociologie ».

### **VOLUMI**



Giarelli, G., Lesi, G. (a cura di) (2022)

Medicina narrativa in oncologia integrata.

Il progetto MedIORER in Emilia-Romagna

Franco Angeli

L'Oncologia integrata costituisce un campo di studi, ricerche e attività sanitarie ormai ampiamente affermato a livello internazionale, che rientra nel più vasto ambito della "Medicina integrata". Il volume presenta i risultati del progetto di "Medicina integrata in Oncologia nella Regione Emilia-Romagna" (MedIORER) organizzato dall'Osservatorio sulle Medicine non Convenzionali della Regione Emilia-Romagna (OMNCER) dal 2017 al 2020 quale studio prospettico multicentrico che ha sperimentato in sei aziende sanitarie l'utilizzo dell'agopuntura in Ambulatori di Medicina integrata per donne operate al seno con effetti collaterali delle terapie oncologiche.

Nella Parte I, il progetto viene contestualizzato nell'ambito dello sviluppo dell'Oncologia integrata in Italia e nel mondo; e i suoi risultati analizzati secondo un approccio innovativo di "ricerca di sistema integrale" (whole-system research) che cerca di superare il riduzionismo classico degli approcci sperimentali per affrontare il "modello d'integrazione" secondo l'originalità della cura adottata, basata sulle categorie diagnostiche della Medicina Tradizionale Cinese e sul contesto terapeutico dell'intervento coinvolgente la persona nella sua globalità e complessità.

Nella Parte II, viene poi approfondita la componente di tale modello dedicata alla Medicina narrativa, con riferimento all'analisi quali-quantitativa delle storie di cura delle pazienti trattate con agopuntura. I risultati evidenziano il significato che queste donne attribuiscono a tale esperienza nell'ambito della loro vita e mostrano la validità e l'efficacia dell'inserimento strutturale di un Ambulatorio di Medicina integrata nel contesto organizzativo dei percorsi oncologici ordinari del Servizio Sanitario Nazionale.

### **TESI DI DOTTORATO**

### Piazzoni Carlotta

Neighbourhood effects on physical and mental health: evidence from Italy

Università degli Studi di Milano-Bicocca, Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale Relatore: Lucchini Mario

In the last years, the literature has been figuring out how to answer the question on the independent effect that surrounding contexts and social contexts have on individual health. The present research wants to demonstrate the existence of the association between daily-living contexts and individual health in Italy. This work is a preliminary exploration of the phenomenon since no information is available for Italy yet.

ITA.LI survey collected data from 8,778 subjects belonging to 4,900 families

living in 278 municipalities. Multilevel analysis is implemented considering a three-level structure in which individuals are nested in families, which are nested in neighbourhoods. Individual physical (PCS) and mental (MCS) health, are the outcome of this study. In studying the context, reference is made to subjective measures (social cohesion and neighborhood disorder) and objective measures, both compositional (census data) and contextual (meteorological conditions). Moreover, household-level deprivation is considered.

Evidence suggests the existence of neighbourhood effects in Italy. Compositional characteristics such as unemployment affect individual physical health, while contextual characteristics affect mental health. The subjective perception of social cohesion is essential only to mental health, while neighborhood disorder is related to both mental and physical health. Different results are found between regions and macroareas.

### **CALL FOR PAPERS E CONVEGNI**

CONVEGNO AIS

NAPOLI 19-21 GENNAIO 2023

REASSEMBLING THE SOCIAL. RE(I)STITUIRE IL SOCIALE



## MID-TERM CONFERENCE SOCIOLOGY OF HEALTH AND MEDICINE IN THE PUBLIC ARENA DURING THE COVID-19 PANDEMIC AND BEYOND

24-25 MAGGIO 2023 PRAGA



Abstract submission deadline- January 15th, 2023.

### **CALL FOR PAPERS E CONVEGNI**

### **6th Transformative Care Conference**

### **Transforming Care Network**

### Boundaries, Transitions and crisis contexts

June 26-28th 2023 The University of Sheffield

### PARTECIPA ALLA SEZIONE

Partecipa alla sezione AIS - Sociologia della salute e della medicina

### **ISCRIVITI AD AIS**



## SOCIOLOGIA DELLA SALUTE E DELLA MEDICINA

Per scoprire come fare, clicca qui

Seguici anche su

Facebook



Youtube



Per informazioni: salute@ais-sociologia.it

### SALUTE PER IMMAGINI

# MATERIA VIVA

*Materia Viva* è un fumetto della Collettiva Kathe che parla di diritto alla salute, di salute collettiva, di equità e di partecipazione.

Un fumetto che si chiama "Materia Viva", perché di questa sostanza son fatti i nostri corpi e le nostre storie.













SCARICA IL FUMETTO

"A volte mi domando quanto di me sia ciò che resta del vecchio medico di campagna tradizionale e quanto di me sia un medico del futuro. Si può essere entrambe le cose?"

J. Berger e J. Mohr, Un uomo fortunato. Storia di un medico di campagna, Il Saggiatore, Milano 2022

## Tanti Auguri!

