

BOOK OF ABSTRACTS

Convegno di fine mandato
AIS- Sociologia della salute e della medicina

**SALUTE E CURE:
INTERSEZIONI, VECCHIE E NUOVE DISUGUAGLIANZE**

Torino, 18-19 giugno 2026
Università degli Studi di Torino



Sessione 1 - Caregiving, disabilità e non autosufficienza

Chair: Alberto Ardisson, Cristina Lonardi

Giovani caregivers e l'intersezionalità del loro impegno di cura

Manuel Finelli (Università della Valle d'Aosta)

In Italia non esistono dati ufficiali sui/le giovani caregiver che, prendendosi cura di familiari affetti da malattie croniche, dipendenze o disabilità, si ritrovano esposti a una molteplicità di fattori di disuguaglianza e discriminazione rispetto a condizioni di benessere e accesso alle forme di sostegno. Tale multidimensionalità è riconducibile al disconoscimento della loro agency sulla scena di cura e a una sottovalutazione, non solo degli impatti negativi concreti che tale coinvolgimento può comportare, ma anche della condizione che viene a sussistere come risultato dell'incrocio di pressioni tra le rappresentazioni dominanti e gli aspetti individuali relativi a età, genere, classe socioeconomica e background linguistico. L'oggetto della comunicazione proposta è costituito da un'attualizzazione secondo prospettiva intersezionale dei risultati della ricerca-azione "Care4You - Attivazione di una rete di supporto ai giovani caregiver e campagna di sensibilizzazione nel territorio reggiano". Il progetto, realizzato nel 2022 e continuato nel periodo successivo, ha permesso (a) la conduzione di un'analisi delle rappresentazioni che le nuove generazioni hanno di cura e salute, con particolare riferimento alla cronicità e gli impegni conseguenti; (b) l'identificazione di bisogni e modalità di supporto per i/le giovani caregiver, soprattutto sul piano della comunicazione sociale. L'approccio metodologico adottato è stato di natura mista: con un questionario somministrato a un campione di 576 studenti di scuole secondarie a cui è stato chiesto di condividere le esperienze di cura dei familiari e le ricadute di tale impegno sulla loro vita relazionale. Sul piano qualitativo, creato un gruppo di 16 giovani universitari tra i 20 e 22 anni, è stata condotta un'analisi collaborativa dei dati raccolti per generare elementi strategici per l'elaborazione di una campagna di sensibilizzazione d'ampio raggio che promuovesse - partendo dal punto di vista delle nuove generazioni - una comprensione del fenomeno da parte degli stessi caregiver, del pubblico e degli operatori dei servizi di pertinenza.

Tra il dire e il fare. Riflessioni sulla relazione tra enunciati e pratiche nella produzione di disuguaglianze di salute per persone non autosufficienti e caregiver familiari

Nicoletta Bosco (Università degli Studi di Torino)

La consapevolezza della centralità che le relazioni comunicative e il linguaggio occupano nell'ambito dei sistemi di cura non è certamente frutto di riflessioni recenti. È infatti ormai riconosciuto da tempo e da più parti che le parole che usiamo per nominare i problemi e le questioni rilevanti per una determinata collettività possono contribuire a definire il modo in cui i problemi in questione vengono - o meno - affrontati. Continua però ad essere altrettanto diffusa l'idea che il linguaggio svolga una funzione prevalentemente descrittiva e informativa e assolva a funzioni lineari che aiutano a chiarire gli obiettivi e i modi per affrontare i problemi, dimenticando come il rapporto tra politiche e linguaggio consenta spesso di occultare o confondere la definizione delle questioni e le possibili soluzioni per farvi fronte. Il contributo indaga il rapporto tra linguaggio e politiche in due ambiti attualmente oggetto di ridefinizione che riguardano il campo della non autosufficienza e il sostegno ai caregiver familiari. La definizione di chi è non autosufficiente o di coloro che in ambito familiare se ne devono prendere cura mostra come i significati siano lungi dall'apparire condivisi e come il linguaggio possa definire costrutti eterogenei e assai lontani dal senso comune. La discussione che ha accompagnato l'approvazione a marzo 2024 del d.lgs 29 - primo in attuazione della discussa Legge 33/2023 sulla non autosufficienza - ha ad esempio evidenziato la presenza di considerevoli ambiguità nel ricorso a definizioni e termini che qualificano la condizione dei bisogni sanitari e sociali connessi alla tutela degli anziani fragili e a proposito della natura sanitaria e/o sociale dei servizi e delle prestazioni a loro rivolte. Interrogarsi su chi sono le persone a cui la norma si rivolge, cosa definisca la condizione di non autosufficienza, cosa la distingua dalla disabilità o cosa qualifichi una prestazione come "universale", apre la riflessione sui termini e sulle implicazioni del loro utilizzo nella predisposizione dei sostegni volti a compensare i bisogni. A partire dal dibattito intorno alla ridefinizione delle norme sulla non autosufficienza - salutate da più parti come segnale di una nuova attenzione ad un problema di lungo corso - viene così rimessa a tema la necessità di un lessico adeguato e condiviso a tutela delle persone e dei loro diritti.

Il lato oscuro del capitale sociale: caregiving della disabilità, reti familiari e riproduzione delle disuguaglianze di salute

Giuseppe Monteduro e Fabio Ferrucci (Università del Molise)

Il contributo analizza il caregiving delle persone con disabilità come osservatorio privilegiato per leggere le vecchie e nuove disuguaglianze nella salute e nell'accesso alle cure in Italia. Attraverso un'indagine qualitativa su 30 diadi caregiver-persona di riferimento, condotta mediante interviste diadiche e personal network analysis, l'articolo esplora le caratteristiche relazionali della cura, le reti di supporto e le forme di capitale sociale. I risultati mostrano come la relazione di cura, prevalentemente femminilizzata, assuma i tratti della "genitorialità perpetua" (Kelly, Kropf 1995). In un contesto segnato da frammentazione dei servizi e welfare selettivo, il caregiving familiare si configura come risposta privata ai bisogni, producendo effetti ambivalenti sul benessere del caregiver: stress cronico, rinunce professionali e isolamento si intrecciano a dimensioni di significato e riconoscimento morale (Finch, Groves 2022; Kittay 1999). Le reti di supporto risultano caratterizzate prevalentemente da capitale bonding, fondato su legami familiari ad alta densità (Lin 2001), che garantisce continuità ma rischia di generare chiusura relazionale e sovraccarico. Le forme di capitale bridging appaiono fragili e dipendenti dall'iniziativa individuale, contribuendo a disuguaglianze differenziate nell'accesso alle risorse. Il caregiving emerge come spazio in cui le disuguaglianze sociali si incorporano nelle biografie, incidendo sulla salute fisica e mentale dei caregiver e alimentando vulnerabilità. Il contributo propone di leggere il caregiving come laboratorio di welfare: non solo pratica privata, ma infrastruttura sociale diffusa che richiede riconoscimento pubblico e una regia istituzionale capace di integrare capitale sociale familiare e servizi, in una prospettiva di maggiore equità.

Caregiving in età giovanile e disuguaglianze di salute: evidenze preliminari da una survey su studenti universitari

Stefania Fucci, Elena Buccoliero, Francesca Maci, Annavittoria Sarli e Michela Semprebon (Università di Parma)

Nel contesto contemporaneo, segnato dall'intensificarsi delle vecchie e nuove disuguaglianze sociali e dalla contrazione dell'offerta pubblica di servizi sanitari e socio-assistenziali, la sociologia della salute è chiamata a interrogarsi su forme emergenti e ancora poco visibili di distribuzione diseguale delle responsabilità di cura. In tal senso, il caregiving in età giovanile rappresenta un ambito di crescente interesse, in quanto esperienza socialmente distribuita che si colloca all'intersezione tra trasformazioni del welfare, organizzazione familiare e traiettorie biografiche. La letteratura sociologica internazionale sottolinea come i giovani caregiver costituiscano un gruppo eterogeneo, poco riconosciuto sul piano istituzionale e caratterizzato da traiettorie differenziate in relazione a risorse familiari, contesti sociali e intensità dell'impegno di cura (Leu, Becker 2017). In una prospettiva attenta ai determinanti sociali di salute e alle disuguaglianze cumulative, l'analisi sociologica del caregiving in età giovanile consente di interrogare i processi attraverso cui le responsabilità di cura, distribuite in modo diseguale, contribuiscono alla produzione e riproduzione delle disuguaglianze di salute (Hamilton, Cass, 2017). In questo quadro, l'intervento presenta alcuni risultati preliminari di una survey condotta con studenti e studentesse dell'Università di Parma nell'ambito di un progetto dedicato ai giovani caregiver del territorio, finalizzata a mappare la presenza di caregiver ed ex caregiver e a rilevarne i principali bisogni. Al questionario hanno risposto 1.051 studenti e studentesse tra i 19 e i 24 anni; di questi, il 18,6% ha dichiarato di essere caregiver e il 27,4 di esserlo stato in passato. La presentazione si concentrerà su alcune dimensioni chiave dell'esperienza di cura - tra cui caratteristiche del coinvolgimento nelle attività di supporto, percezione di salute e benessere, bisogni espressi - con l'obiettivo di contribuire alla comprensione sociologica dei processi attraverso cui le responsabilità di cura si intrecciano con la produzione e riproduzione delle disuguaglianze di salute.

Studenti caregiver e disuguaglianze invisibili nell'università

Clelia D'Apice e Annavittoria Sarli (Università di Parma)

Il contributo analizza l'esperienza degli studenti universitari che forniscono assistenza informale a familiari non autosufficienti, interpretando il caregiving come una dimensione, spesso trascurata, di produzione di disuguaglianza nell'istruzione terziaria. Nonostante l'ampia letteratura sul caregiving, la popolazione degli studenti universitari caregiver rimane poco esplorata, in particolare nel contesto italiano, caratterizzato da un welfare familistico e da una limitata istituzionalizzazione della cura (Petrini et al., 2019). Adottando una prospettiva intersezionale, il contributo mostra come le responsabilità di cura si intreccino con dimensioni quali genere, età e posizione nel ciclo di vita, producendo svantaggi cumulativi sui percorsi universitari. L'analisi si basa su dati qualitativi raccolti attraverso due focus group con studenti caregiver dell'Università di Parma. I risultati evidenziano traiettorie accademiche frammentate, ritardi e una partecipazione ridotta alla vita universitaria. Tali condizioni tendono a essere interiorizzate come fallimenti personali, piuttosto che riconosciute come esito di vincoli strutturali (Brooks, 2011). L'organizzazione universitaria—basata su disponibilità continua e linearità temporale—entra in tensione con la natura imprevedibile delle necessità di cura, producendo forme di sospensione biografica che limitano la capacità di progettazione del futuro. La mancanza di riconoscimento istituzionale contribuisce a processi di mancato riconoscimento, alimentando vissuti di colpa, vergogna e isolamento e ostacolando l'emersione dei bisogni. Il caregiving emerge così come un meccanismo implicito di stratificazione, inscritto nelle relazioni familiari e nei modelli di welfare, ma ancora largamente assente dalle categorie regolative dell'università. Il contributo propone di includere gli studenti caregiver nel dibattito sulle disuguaglianze educative, evidenziando il ruolo delle istituzioni accademiche nel riprodurre o contrastare forme di svantaggio invisibile.

Gli effetti dell'abilismo psico-emotivo sulla salute mentale delle donne con disabilità

Alice Scavarda (Università degli Studi di Torino)

La condizione delle donne disabili e neurodivergenti mette in luce l'intersezione tra vecchie e nuove disuguaglianze e l'importanza di adottare una prospettiva intersezionale quando ci si occupa delle conseguenze di salute della discriminazione sociale. Se le disuguaglianze sociali si inscrivono nei corpi delle persone che le subiscono, ciò è ancora più evidente nei casi di persone che hanno corpi e menti non conformi alla norma. Per studiare gli effetti di salute mentale della doppia discriminazione subita dalle donne disabili, non è sufficiente soffermarsi sull'abilismo strutturale, sulle pratiche e i presupposti escludenti, è necessario piuttosto indagare l'abilismo psico-emotivo, ovvero l'interiorizzazione di rappresentazioni di sé negative rispecchiate nelle relazioni della persona disabile (si veda Reeve, 2019). L'abilismo psico-emotivo influisce sul benessere emotivo e sul senso di sé di una persona e può avere un effetto negativo cumulativo sulla sua autostima. Sebbene esista un'ampia letteratura sull'abilismo psico-emotivo, poco si sa degli effetti sulla salute mentale delle donne con disabilità cognitive e neurodivergenti. Questo articolo combina i risultati di uno studio qualitativo con 10 donne neurodivergenti e di un laboratorio creativo con 8 donne disabili cognitive in Italia. Lo studio qualitativo ha previsto interviste discorsive, la realizzazione di collage e il role playing. Il laboratorio è parte di un progetto di ricerca-azione che indaga la violenza di genere nei confronti delle donne con disabilità, attraverso attività basate sui fumetti, teatro applicato e interviste itineranti. Le partecipanti riportano uno stato di allerta costante che, unito alla paura di subire molestie e di essere dileggiate, impedisce loro di costruire capitale sociale e le esclude da luoghi pubblici e occasioni ricreative. Le donne disabili e neurodivergenti subiscono oppressione all'intersezione tra la loro identità di genere e la loro differenza neuro-cognitiva. Ciò crea un senso di impotenza e vulnerabilità sociale che richiede specifici interventi sanitari e politici.

Sessione 2 - Marginalità, confinamento e salute mentale

Chair: Luigi Gariglio, Marco Terraneo

Salute mentale e disegualianze: la gestione dei sofferenti psichici autori di reato in Rems

Celeste Novaro (Università degli Studi di Perugia)

Una forma persistente di disegualianza nell'ambito sanitario riguarda la salute e la cura delle persone detenute. In Italia, la Sanità Penitenziaria diventa competenza del Sistema Sanitario Nazionale soltanto nel 2008, e nel 2019 il Comitato Nazionale di Bioetica ritiene che la parità di trattamento fra liberi e detenuti sia ancora da raggiungere. Il presente contributo si focalizza sulla salute mentale, alla luce del carattere iatrogeno delle istituzioni totali (Goffman, 1961; Basaglia, 1968). Vi è una divaricazione tra il trattamento dei sofferenti psichici autori di reato, sottoposti a misure di sicurezza, e quello dei sofferenti psichici liberi, deospedalizzati già con la L.180/1978. Tale legge elimina il concetto di "pericolosità a sé e agli altri", mentre nel Codice penale quello di "pericolosità sociale" è tuttora condizione di legittimazione delle pratiche adottate per gli autori di reato con disturbo psichico. La stessa legge abolisce gli Ospedali Psichiatrici, ma non gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, superati solo di recente con la L.81/2014 e la creazione delle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (Rems). L'obiettivo è analizzare il sistema Rems, in cui oggi vengono inseriti i rei con disturbo psichico, evidenziando vecchie e nuove disegualianze che lo attraversano. Si tratta di strutture medico-sanitarie affidate al Ministero della Salute, in cui attivare progetti terapeutico-riabilitativi secondo i principi della recovery. Tuttavia, questo apparato è chiamato anche a svolgere funzioni di controllo sociale (Parsons, 1991; Zola, 1972), in quanto luogo di esecuzione delle misure di sicurezza. In questo quadro, si indaga il rischio di una nuova e rilevante forma di disegualianza, all'interno della categoria stessa dei sofferenti psichici rei, a partire dalla delibera relativa alle Rems della Magistratura di Sorveglianza del 2025. Essa ipotizza una distinzione tra pazienti adatti alla riabilitazione e soggetti definiti «inmendabili», da inserire in strutture gestite dalla Polizia Penitenziaria in cui l'aspetto custodiale prevalga su quello curativo: ciò appare in tensione con il diritto fondamentale alla salute sancito dall'art. 32 Cost. Il contributo esamina perciò come lo statuto dei soggetti in questione – pazienti/autori di reato – renda instabile l'equilibrio tra cura e controllo, contribuendo alla (ri)produzione di svantaggio sociale e di problemi ancora attuali.

Corpi di confine: embodiment della violenza, patogenicità e psicopatogenicità della detenzione amministrativa

Nicola Cocco (Società Italiana di Medicina delle Migrazioni - SIMM), Camilla Ponti e Francesco Tonoli (Rete Mai più lager - No ai CPR)

L'intervento si propone di analizzare i Centri di Permanenza per il Rimpatrio (CPR) come dispositivi di confine caratterizzati non solo dalla privazione della libertà, ma anche dall'attiva produzione di malattia fisica e psico-emotiva. Mettendo a tema la patogenicità di queste istituzioni attraverso una lente sociologica, il contributo si articola su tre assi. Il primo intende argomentare come il CPR agisca come determinante sociale di malattia "accelerato": l'incorporazione di condizioni materiali degradanti e forme di sofferenza psichica legate alla detenzione sine die producono, infatti, una cronicità clinica della condizione di "non-cittadino" a partire dall'esposizione all'assenza di orizzonte temporale e alla precarietà estrema. Secondariamente, l'adozione di una prospettiva intersezionale contribuisce a evidenziare come razzializzazione, marginalità socio-economica e status giuridico risultino in una stratificazione del diritto alla salute, riducendo il corpo della persona migrante a mero oggetto di gestione amministrativa. Infine, ci si soffermerà sul dilemma deontologico relativo alla valutazione medica di "idoneità" al CPR, che espone il clinico a una tensione tra cura e controllo sociale, implicando la legittimazione di uno spazio intrinsecamente patogeno. L'obiettivo è quello di contribuire a una sociologia pubblica capace di denunciare la violenza strutturale della detenzione amministrativa come nuova disegualianza che compromette l'integrità psicofisica e interroga i fondamenti dell'etica sanitaria e dell'uguaglianza sociale.

Carcere e disegualianze di salute: il continuum dei processi di esclusione

Daniela Ronco (Università degli Studi di Torino)

Il presente paper si focalizza sull'intreccio tra la stratificazione sociale alla base delle disegualianze di salute e la selettività dei processi di criminalizzazione. L'istituzione penitenziaria, in quanto luogo della "criminalità punita", costituisce contesto di osservazione privilegiato, considerato che quei gruppi sociali che fanno più fatica a veder tutelato il loro diritto alla salute nella società esterna tendono a coincidere con quei gruppi sociali che più facilmente incappano nelle maglie della selettività dell'intervento punitivo. Tali dinamiche si riproducono in una dimensione processuale che abbraccia il prima, il durante e il dopo la detenzione. L'istituzione penitenziaria viene così intesa sia come ricettacolo della fragilità sociale e sanitaria sia come amplificatore dei processi di esclusione dall'accesso ai diritti, salute in primis. Il paper intende riflettere su tali dinamiche a partire da due aspetti. In primo luogo, i bisogni sanitari specifici della popolazione detenuta possono essere letti attraverso una prospettiva intersezionale, che consente di cogliere l'assenza di continuità della presa in carico nel tempo (si pensi alle fragilità socio-sanitarie espresse dalle persone detenute migranti, transgender o in condizione di povertà assoluta). In secondo luogo, il momento specifico dell'uscita rappresenta appieno il processo di abbandono istituzionale proprio con specifico riferimento alla mancata presa in carico socio-sanitaria. È stato evidenziato come il carcere possa configurarsi, per alcuni gruppi sociali particolarmente vulnerabili, come una forma residuale di welfare, in quanto spazio di accesso a servizi sanitari a bassa soglia, assumendo i tratti di un dispositivo di more eligibility. Tuttavia, la discontinuità che caratterizza la fase successiva alla scarcerazione tende a vanificare anche tale funzione, trasformando la possibilità di presa in carico in una condizione di sostanziale abbandono. Focalizzandosi sui processi di continuità, piuttosto che di rottura, tra il penitenziario e il contesto sociale, quindi, è possibile osservare l'impatto della progressiva erosione del sistema di welfare quale possibile strumento di contenimento delle disegualianze di salute.

Servizi pubblici di salute e detenzione amministrativa. Riflessioni preliminari di un'etnografia sulla professione medica

Luca Ceraolo (Università degli Studi di Milano, Università degli Studi di Torino)

A partire da una ricerca sul ruolo ricoperto da professionisti di aziende sanitarie pubbliche nelle pratiche rivolte alla popolazione migrante, il contributo propone una riflessione preliminare sull'organizzazione sociale del lavoro che si produce nello snodo tra salute e diritto, con particolare riferimento alla detenzione amministrativa in Italia. La gestione della salute delle persone trattenute nei Centri di Permanenza per il Rimpatrio presenta un quadro normativo frammentato, in cui la disciplina giuridica lascia ampi margini di ambiguità. In tale contesto, le pratiche sanitarie si configurano come un terreno di negoziazione tra apparato medico e apparato securitario, dove si intrecciano logiche di cura, controllo e governo dei corpi migranti. Il coinvolgimento di professionisti per visite di idoneità alla vita in comunità ristretta e consulenze psichiatriche avviene attraverso protocolli stipulati tra Prefetture e aziende sanitarie. In questi contesti il sapere medico funge al tempo stesso da strumento di tutela e di gestione del rischio (Castel, 1981; Sjöström, Gariglio e Cardano, 2022), oscillando tra adesione al mandato istituzionale ed emersione di forme di riflessività e conflittualità. Tale oscillazione mostra come la costruzione quotidiana della pratica professionale divenga un luogo privilegiato di osservazione delle tensioni tra sicurezza e umanitarismo (Fassin, 2010; Ticktin, 2011). L'analisi si colloca nel solco di studi che interrogano il binomio cura/controllo sociale del sapere medico in contesti di detenzione (Ronco, 2018; Sterchele, 2021) e l'evoluzione delle culture professionali e organizzative della salute (Freidson, 1970; Evetts, 2018; Vicarelli, 2012). Il contributo intende evidenziare come, nel lavoro sanitario svolto in questi spazi liminali, si ridefiniscano continuamente i confini del professionalismo medico e i significati dell'autonomia, tanto individuale quanto organizzativa, dando forma a un campo d'azione in cui la dimensione tecnica si intreccia in modo ineludibile con quella politica (Basaglia e Ongaro, 1975; Negrognolo, 2024). Dal punto di vista empirico, il lavoro si basa sull'osservazione condotta in un'ASL interessata da attività di contatto con il CPR locale, sulla partecipazione a incontri pubblici e informali con gruppi di medici coinvolti nelle prassi descritte e su interviste semi-strutturate orientate a esplorarne gli orizzonti di senso.

Tra controllo e cura: un'analisi sociologica sulla maternità negata in reclusione

Benedetta Turco e Maurizio Esposito (Università degli Studi di Cassino e del Lazio Meridionale)

La ricerca Prin "CAMBIARE", recentemente conclusa, si configura come uno studio multidisciplinare volto ad analizzare le forme detentive intra ed extra murarie italiane che coinvolgono madri detenute con figli al seguito. L'unità sociologica ha sviluppato un'indagine qualitativa fondata sull'approccio Grounded Theory e sulla costruzione di un universo empirico costituito da madri in misure alternative, educatori e stakeholder (53 key informants). La ricerca sul campo è stata realizzata tramite interviste semi-strutturate, focus group e osservazioni nelle strutture coinvolte (Sezioni Nido, ICAM, misure alternative) consentendo l'analisi di un fenomeno di difficile accesso empirico. La maternità in detenzione costituisce un osservatorio privilegiato dei nessi tra pena e salute. Le biografie raccolte mostrano traiettorie segnate da povertà, bassa scolarizzazione, esclusione dal welfare, violenza. In tale prospettiva, la scelta deviante appare sovente anche come il possibile esito di vulnerabilità strutturali mentre il carcere si configura come dispositivo che concentra e cumula svantaggi socio-sanitari pregressi, amplificandoli con pratiche di controllo e stigmatizzazione. Le politiche rivolte alle madri si fondano su una concezione del ruolo materno che non si accompagna a un adeguato sostegno psicologico e relazionale. L'ingresso in carcere produce un rituale di degradazione che incide profondamente sull'identità materna, generando vissuti di colpa, vergogna e inadeguatezza con possibili ricadute sulla salute mentale. Le Sezioni Nido restano iscritte nelle logiche dell'istituzione totale: isolamento e ipostimolazione configurano una forma di detenzione indiretta che investe i minori, incidendo sui processi di sviluppo e socializzazione. Gli ICAM rappresentano un tentativo di attenuazione della detenzione, ma mantengono elementi di controllo, limitando la promozione del benessere. Le misure alternative emergono come contesti maggiormente salutogenici: favoriscono continuità affettiva, empowerment e accesso a reti territoriali integrate, incidendo positivamente sui determinanti sociali della salute e sulla riduzione della recidiva. Nel complesso, la ricerca mostra come la salute della diade madre-figlio sia profondamente intrecciata a disuguaglianze strutturali. La maternità in carcere diventa una lente critica per ripensare le politiche penali in chiave di giustizia sociale e promozione della salute, orientando gli interventi oltre una logica custodiale.

Sessione 3 - Genere, riproduzione e salute sessuale

Chair: Flavia Atzori, Anna Rosa Favretto

Disuguaglianze di salute e (in)giustizia epistemica: l'endometriosi tra invisibilità sistemica e agency collettiva

Nicole Braidà e Raffaella Ferrero Camoletto (Università degli Studi di Torino)

L'endometriosi rappresenta un caso paradigmatico per analizzare come le disuguaglianze di genere si inscrivano nei processi di produzione e distribuzione della conoscenza medica, intersecandosi con fattori quali identità di genere, razzializzazione, classe e abilità. Partendo da una ricerca qualitativa condotta in Piemonte nell'ambito del progetto "Dare Voce al Dolore", in questo paper esploriamo le esperienze di pazienti con endometriosi attraverso il framework dell'ingiustizia epistemica di Miranda Fricker (2007), evidenziando tre meccanismi interconnessi: l'ingiustizia testimoniale (la delegittimazione sistematica delle narrazioni di dolore), l'ingiustizia ermeneutica (l'assenza di categorie interpretative adeguate) e l'oppressione epistemica (l'esclusione dalla produzione di conoscenza). I risultati mostrano come il medical gaslighting produca ritardi diagnostici e processi di auto-svalutazione dei sintomi che amplificano l'ingiustizia epistemica. La costruzione della "paziente tipo" (donna cisgender, bianca, eterosessuale, di classe media) genera un vuoto ermeneutico che rende invisibili esperienze che deviano da questo modello, traducendosi in concrete disuguaglianze di salute: l'accesso all'informazione, alla diagnosi e al trattamento rimane vincolato al possesso di risorse culturali ed economiche, contraddicendo il principio universalistico del SSN. La ricerca documenta tuttavia strategie di resistenza collettiva: gruppi di auto-aiuto e attivismo digitale producono contro-narrazioni che sfidano l'autorità medica, trasformando le pazienti in "esperte per esperienza". Queste pratiche di condivisione di saperi situati costituiscono forme di agency epistemica collettiva che intervengono attivamente nella costruzione della conoscenza sull'endometriosi. Tuttavia, la mancanza di attenzione da parte del SSN e la crescente visibilità nell'attivismo digitale hanno prodotto un vuoto che il settore privato prova a riempire, offrendo cure (spesso a costi elevati) a chi può permetterselo, esacerbando le disuguaglianze nell'accesso alla salute. Il riconoscimento della conoscenza incorporata delle persone pazienti e la legittimazione dei loro sintomi è un passo essenziale per garantire un accesso equo e inclusivo alla diagnosi e al trattamento nel settore pubblico, superando le barriere epistemiche ed economiche che perpetuano le disuguaglianze di salute.

Platformizzare le esperienze di dolore pelvico e vulvare: tra processi neoliberali di autoresponsabilizzazione e costruzione di saperi dal basso

Alice Bonaguidi (Università di Milano-Bicocca) e Chiara Perin (Università di Parma)

Negli ultimi anni, in Italia, piattaforme digitali e social media hanno assunto un ruolo sempre più centrale nella visibilizzazione pubblico-politica e nella progressiva destigmatizzazione di condizioni caratterizzate da dolore pelvico e vulvare (e non solo) come vulvodinia, endometriosi, adenomiosi, neuropatia del pudendo e cistite interstiziale. Nonostante la loro diffusione, persistono rilevanti difficoltà diagnostiche strettamente connesse alla storica carenza di conoscenze scientifiche sulle condizioni vulvari e pelviche. Tale carenza è radicata in una costruzione androcentrica del sapere medico, che ha contribuito a normalizzare il "dolore genitale femminile" e a minimizzare irregolarità e sofferenze legate al ciclo mestruale. Anche quando si riesce a ottenere una diagnosi, mancano percorsi strutturati di accompagnamento continuativo e multidisciplinare che vadano oltre l'ambito strettamente ginecologico, così come adeguate esenzioni o sostegni economici per affrontare i costi farmacologici, terapeutici e psicologici necessari per una gestione olistica della salute. A queste carenze del sistema sanitario si accompagnano frequentemente esperienze di delegittimazione dei sintomi, trivializzazione del dolore e pratiche di violenza medico-ginecologica. In questo contesto, gli ambienti online sono diventati centrali per donne, persone trans*, nonbinarie e, più in generale, persone con vulva, che condividono esperienze, costruiscono reti di supporto e rivendicano riconoscimento medico, sociale e politico. Il presente contributo esplora tali dinamiche attraverso una duo-etnografia digitale collaborativa, basata su un'osservazione non partecipante condotta su TikTok e Instagram. L'analisi si concentra in particolare su come le persone utenti raccontano il proprio rapporto con il sapere e i servizi medici, evidenziando da un lato i processi neoliberali che influenzano la gestione della salute - come pratiche di autoresponsabilizzazione e autocontrollo, il crescente ricorso ad app a pagamento e a profili divulgativi di medici privati - e dall'altro la costruzione di forme di solidarietà e mutuo-aiuto dal basso che valorizzano l'esperienza incorporata nella produzione di conoscenza medica. In questa prospettiva, il contributo sottolinea la necessità di un approccio metodologico e teorico situato e transfemminista alla produzione di conoscenza, fondamentale per comprendere le relazioni tra corpo, potere e sistemi di oppressione nella medicina contemporanea.

Il ruolo della doula nel supporto alla salute mentale perinatale

Pamela Pasian (Università Ca'Foscari di Venezia), Daniela Bandelli (Università degli Studi di Salerno) e Franca Garreffa (Università della Calabria)

Il periodo perinatale rappresenta una fase di cambiamento identitaria e biografica e il disagio psichico perinatale costituisce una delle complicazioni più diffuse della gravidanza, nonostante rimanga spesso non diagnosticato o non trattato. Per le donne che vivono già prima della gravidanza una condizione di disagio psichico, questa fase può generare ambivalenze e tensioni tra l'esperienza trasformativa del diventare madre e l'approccio biomedico, focalizzato sulla gestione della salute mentale e riproduttiva implementata attraverso rigidi protocolli clinici e farmacologici. Alcuni autori (Haiman et al., 2024; Quiray et al., 2024) hanno evidenziato come, in queste situazioni, l'accompagnamento da parte di una doula — una figura non sanitaria che offre un supporto di tipo emotivo, relazionale e pratico — possa ricoprire un ruolo significativo nel sostegno alle persone che attraversano questa esperienza. Tuttavia, gli stessi autori sottolineano una lacuna significativa nella ricerca, nella pratica e nella letteratura accademica nell'affrontare questi temi. Con l'obiettivo di contribuire a questo dibattito, il presente paper intende presentare i risultati di uno studio esplorativo, tuttora in corso, sulle esperienze di supporto a donne che attraversano la fase perinatale e sono in carico ai servizi pubblici di salute mentale. In particolare, l'indagine intende approfondire in che modo il supporto della doula possa contribuire a riconfigurare la percezione del disagio psichico nelle esperienze di maternità.

Lo studio adotta un approccio qualitativo, analizzando due casi studio situati nel contesto nazionale italiano, in cui il supporto della doula ha generato l'attivazione di risorse personali per la gestione della gravidanza e della cura del neonato in madri con disagio psichico. Da entrambi i casi emerge un netto contrasto tra l'efficacia del supporto rilevata dai sanitari e gli ostacoli burocratico-amministrativi nonché culturali rispetto al riconoscimento delle competenze professionali della doula, che impediscono l'estensione di tale modello a tutte le situazioni che lo necessiterebbero. In contesti fortemente medicalizzati, la dimensione sociale della salute mentale e riproduttiva fatica a trovare riconoscimento: la rilevanza del supporto relazionale viene spesso sottovalutata, ignorando le evidenze positive sulla riappropriazione di autonomia da parte delle donne che queste esperienze hanno invece chiaramente documentato.

Se potessimo (non) scegliere. Aspettative sociali, precarietà e scelte procreative nelle biografie delle giovani donne

Annalisa Plava (Università degli Studi Link)

Nel contesto italiano contemporaneo, le scelte procreative appaiono sempre meno come espressione lineare di desideri individuali e sempre più come esito complesso di precarietà sociale, disuguaglianze strutturali e pressioni culturali. Il contributo si inserisce nel dibattito su salute e cure, esplorando la procreazione come spazio critico in cui si intrecciano benessere psico-sociale, condizioni materiali di vita e norme sociali (Plava, 2024; Minello, Cannito, 2023). Attraverso uno studio esplorativo su donne tra i 18 e i 44 anni, la ricerca adotta un approccio metodologico integrato che combina interviste strutturate online (n=58) e strumenti creativi (timeline e bodymapping storytelling), al fine di indagare rappresentazioni, vissuti corporei e posizionamenti biografici rispetto alla maternità. L'analisi mostra come la precarietà – non solo economica ma anche esistenziale – incida profondamente sulla pianificazione procreativa, favorendo rinvii, rinunce e ridefinizioni del desiderio di maternità. I risultati restituiscono uno scarto significativo tra biografie ideali e reali nella transizione alla vita adulta, con una sistematica posticipazione degli eventi "svolta" (stabilizzazione lavorativa, autonomia abitativa, relazione di coppia) e una conseguente collocazione incerta o differita della maternità. Quest'ultima emerge come evento ad alta intensità materiale ed emotiva, associato soprattutto a complessità, fatica e responsabilità, e subordinato al raggiungimento di condizioni minime di stabilità economica e relazionale. Persistono, inoltre, narrazioni socio-culturali che naturalizzano la maternità come esito normativo del percorso femminile, producendo pressioni simboliche e stigma verso le donne childless e childfree. In questo quadro, le decisioni procreative si configurano come "scelte vincolate", collocate all'intersezione tra agency individuale e disuguaglianze strutturali, contribuendo alla riproduzione di nuove forme di vulnerabilità. Il contributo invita a superare una lettura riduzionista della denatalità, evidenziando la necessità di un approccio di investimento sociale lungo il corso di vita, capace di intervenire sulle condizioni materiali, simboliche e istituzionali che strutturano le possibilità di scelta. In questa prospettiva, la procreazione diviene un terreno privilegiato per interrogare le intersezioni tra salute, cura e disuguaglianze, vecchie e nuove.

Le banche del latte umano donato come risorsa di salute pubblica tra opportunità e sfide organizzative e culturali

Daniela Bandelli e Laura Cataldi (Università degli Studi di Salerno)

Negli ultimi anni l'aumento delle nascite pretermine sta emergendo come un trend globale e assume dimensioni rilevanti anche in Italia. Consolidate evidenze scientifiche mostrano che i bambini prematuri nutriti con latte umano hanno minori complicanze gastrointestinali e maggiori probabilità di sopravvivenza. Le Banche del Latte Umano Donato (BLUD) sono quindi centrali nelle cure neonatali, ma la loro distribuzione disomogenea in Italia produce disuguaglianze nell'accesso per i neonati ricoverati nelle Terapie Intensive Neonatali (TIN). A questo si aggiunge l'imminente entrata in vigore della direttiva europea SoHO, che equiparerà il latte umano donato ad altre sostanze di origine umana, come il sangue, introducendo standard più stringenti in termini di sicurezza, tracciabilità e qualità. Tale cambiamento rappresenta sia un'opportunità di legittimazione istituzionale sia una possibile criticità organizzativa, poiché richiederà l'adeguamento di procedure e risorse. In questo contesto, l'aumento della domanda di latte umano e il suo riposizionamento normativo e simbolico da alimento a sostanza corporea pongono nuove sfide organizzative e culturali, che questo contributo esplora attraverso lo studio di alcuni casi. Tra i risultati emerge la necessità di incoraggiare la donazione con campagne comunicative capaci di intercettare potenziali donatrici, non solo nei punti nascita degli ospedali dotati di lactarium, ma anche in altre strutture sanitarie. Viene inoltre rilevata la difficoltà a fidelizzare le donatrici dopo le dimissioni, evidenziando l'esigenza di prevedere servizi di conferimento sul territorio. Si evidenzia inoltre la necessità di rafforzare la collaborazione tra neonatologi, ginecologi, ostetriche e personale infermieristico, favorendo l'integrazione tra BLUD, TIN e altri servizi sanitari e socio-sanitari dedicati alla nascita. In definitiva, il successo futuro delle BLUD dipenderà dalla capacità di integrare promozione culturale della donazione, rispetto dei requisiti normativi e rafforzamento delle relazioni tra attori sanitari e territoriali.

Sessione 4 - Sanità digitale e equità nell'accesso alle cure

Chair: Marta Gibin, Enrico Maria Piras

Tecnologie digitali e nuove disuguaglianze nella gestione del diabete: accesso, empowerment e vissuti soggettivi

Simonetta Soricelli (Università del Sannio)

Negli ultimi anni, l'introduzione delle tecnologie digitali nella gestione delle malattie croniche ha rappresentato una risposta innovativa alle difficoltà socioeconomiche dei sistemi sanitari pubblici che hanno investito nella promozione di autonomia, engagement ed empowerment dei pazienti (Atzori, 2023). Tuttavia, tali tecnologie non sono neutre e la loro diffusione rischia di produrre nuove forme di disuguaglianze nella cura e di contribuire alla stratificazione delle esperienze di salute. Muovendo dalla prospettiva dei determinanti sociali della salute (WMA, 2015) e dalla teoria dell'intersezionalità (Maturò, 2024), il contributo analizza come le tecnologie digitali per la gestione del diabete ridefiniscano le disuguaglianze di accesso alla cura e si configurino come dispositivi di welfare selettivo, accessibili in modo diseguale in base a competenze digitali, capitale culturale, risorse economiche, supporto familiare e contesto territoriale. Il lavoro si basa su una ricerca qualitativa che integra interviste in profondità a persone affette da diabete ed etnografia digitale, con l'obiettivo di esplorare le pratiche quotidiane di utilizzo delle tecnologie, i significati attribuiti all'automonitoraggio e i vissuti soggettivi associati alla gestione della malattia. L'analisi mostra che, mentre per alcuni soggetti tali strumenti favoriscono autonomia e miglioramento della qualità della vita, per altri producono vissuti di esclusione, stigma e sovraccarico emotivo. Il contributo evidenzia come le disuguaglianze sociali "entrino nel corpo" mediante la visibilità dei dispositivi, la moralizzazione della malattia e l'intensificazione delle pratiche di autosorveglianza. Le tecnologie digitali si collocano così in un contesto di welfare sempre più selettivo, ponendo interrogativi critici sui principi di equità e inclusione nella cura delle patologie croniche.

L'universalismo alla prova della cura mediata. Mediazione digitale e nuove disuguaglianze di salute

Pierpaola Pierucci (Università degli Studi di Ferrara)

Le trasformazioni recenti dei sistemi sanitari sono spesso interpretate come effetto della riduzione delle risorse pubbliche o dell'espansione del settore privato. Il contributo propone tuttavia una diversa chiave di lettura: una parte delle nuove disuguaglianze di salute emerge all'interno dello stesso assetto universalistico in relazione alla crescente mediazione tecnologica dei processi di cura. Piattaforme di telemedicina, monitoraggi remoti, dispositivi digitali e procedure algoritmiche non introducono soltanto innovazioni organizzative, ma ridefiniscono le condizioni sociali della tutela sanitaria. In questo contesto l'accesso alle cure non coincide più esclusivamente con la disponibilità di prestazioni, ma con la possibilità di interagire con contesti terapeutici tecnologicamente mediati. La relazione clinica tende così a configurarsi come un assemblaggio tra professionisti, pazienti, dispositivi e dati, nel quale la tecnologia partecipa alla definizione dei percorsi terapeutici e alla redistribuzione di competenze e responsabilità. La mediazione tecnologica incorpora presupposti impliciti circa il paziente atteso (continuo, reperibile, capace di interpretare dati e coordinare indicazioni terapeutiche), favorendo traiettorie di vita relativamente stabili e competenze comunicative consolidate. Soggetti in condizioni di precarietà, marginalità culturale o fragilità relazionale incontrano invece maggiori difficoltà di riconoscimento e permanenza nei percorsi di cura. L'universalismo sanitario non viene meno sul piano formale, ma muta il proprio funzionamento, poiché la fruizione effettiva delle cure richiede competenze interpretative, alfabetizzazione digitale e una stabilità organizzativa della vita quotidiana non uniformemente distribuite nella popolazione. Ne derivano forme cumulative di disuguaglianza che riguardano non solo l'accesso ai servizi, ma la possibilità socialmente differenziata di partecipare ai processi di cura. Il contributo interpreta quindi la tecnicizzazione della cura come un meccanismo attraverso cui le disuguaglianze sociali si traducono in disuguaglianze di salute, mostrando lo spostamento del baricentro dell'universalismo sanitario dall'accesso alle prestazioni alla partecipazione ai processi terapeutici.

Consolidare l'innovazione oltre l'emergenza: lo stato dell'arte e le traiettorie della Teleriabilitazione in Italia

Valeria Busbani (Università Magna Græcia di Catanzaro e Università Politecnica delle Marche)

La pandemia da Covid-19 ha esercitato una pressione senza precedenti sul sistema sanitario, ponendo in discussione la capacità delle strutture istituzionali, organizzative e professionali di rispondere ai bisogni della popolazione, tra cui quelli riabilitativi. Nel settore della Riabilitazione, la risposta per il fronteggiamento dell'emergenza si è tradotta per lo più nell'utilizzo della Teleriabilitazione, ovvero "l'erogazione a distanza di prestazioni e servizi intesi ad abilitare, ripristinare, migliorare, o comunque mantenere il funzionamento psicofisico di persone con disabilità o disturbi, congeniti o acquisiti, transitori o permanenti, oppure a rischio di svilupparli" (Ministero della Salute, 2021). Quanto gli assetti del Ssn siano o meno, nel post-pandemia, oggetto di cambiamenti strutturali, in seguito alle azioni messe in atto durante il fronteggiamento dell'emergenza, rimane ancora una questione aperta, soprattutto in un contesto come quello del sistema sanitario italiano, noto per la difficoltà strutturale con cui introduce cambiamenti organizzativi, influenzato dalla path dependency (Pierson, 2000). Affinché l'innovazione si traduca in cambiamento strutturato, sulla base della teoria neo-istituzionale applicata ai sistemi sanitari (Immergut 1992; Tuohy 1999), ci si può domandare quale sia l'influenza degli assetti istituzionali regionali sulle decisioni assunte dalle Regioni e se, e in quale misura, le differenze esistenti tendano a riproporsi sulla strutturazione, o meno, di alcune innovazioni o cambiamenti. In questa prospettiva, il caso della Teleriabilitazione risulta particolarmente interessante poiché si inserisce in un settore, quello riabilitativo, che in Italia, seppur scarsamente studiato dai sociologi e storicamente trascurato dalle politiche di programmazione sanitaria, è in gran parte delegato a fornitori non pubblici, è estremamente articolato in termini di servizi e professioni, e si caratterizza per un'offerta frammentata e disomogenea sul territorio nazionale e all'interno degli stessi territori regionali. Con questo contributo, si intende proporre uno studio con un approccio multilivello, con l'obiettivo di ricostruire lo stato di implementazione delle politiche sulla Teleriabilitazione e discuterne le possibili traiettorie e impatti sul territorio Italiano, tanto all'interno del framework normativo nazionale, quanto alla luce dei contesti organizzativi e regolativi regionali specifici (Neri, 2008).

Telemedicina e disuguaglianze: una relazione complessa

Ivan Galligani e Barbara Sena (Università di Bergamo)

Nel 2026 entrano a pieno regime gli interventi PNRR per rafforzare la diffusione della telemedicina in Italia (Sena e Galligani 2025). Nella visione governativa, la telemedicina è individuata come componente strutturale del nuovo modello territoriale di connected care delineato dal D.m. 77/2022, e strumento per ridurre le disuguaglianze nell'accesso e nella qualità delle cure grazie alle nuove possibilità abilitate dalle ICT. Tuttavia, il potenziale della telemedicina nel ridurre le disuguaglianze è ancora considerato quanto meno ambivalente. Da un lato, essa riduce le necessità e i costi di spostamento, facilitando così l'accesso alle cure per le persone con minori capacità economiche e/o che vivono in aree remote. Inoltre, l'uso di nuove tecnologie (es. telemonitoraggio) e modalità di lavoro (es. teleconsulto tra professionisti) promette di migliorare tempestività e qualità delle cure e quindi gli outcome di salute (OECD, 2023). Dall'altro lato, alcuni studi puntualizzano i rischi che basso livello socio-economico, scarsa digital literacy, e assenza di reti di supporto – peraltro fattori spesso interrelati tra loro – possano costituire delle barriere all'accesso proprio per i pazienti più svantaggiati, aumentando così le disuguaglianze tra chi è in grado di trarre vantaggio dalla telemedicina (es. i più istruiti, oppure le persone con condizioni cliniche meno problematiche), e chi ne è invece impossibilitato (Haimi 2023). Il paper intende contribuire alla discussione sulla multisfaccettata, ma ancora trascurata, relazione tra telemedicina e disuguaglianze, soprattutto alla luce della recente riforma delineata dal governo italiano con fondi PNRR, presentando parte dei risultati del progetto PRIN ETHICS. In particolare, verranno discusse criticità e soluzioni relative al ruolo della telemedicina per le disuguaglianze di salute emerse dall'analisi di quattro case studies, realizzati in diversi contesti territoriali italiani, e di una Delphi survey che ha coinvolto 50 esperti di telemedicina a livello nazionale.

Tra innovazione e marginalità: il digital divide come determinante della salute

Emanuele Prassino (Università Federico II di Napoli)

Nel contesto attuale, caratterizzato da un progressivo ampliamento delle disuguaglianze sociali e da una trasformazione del sistema di welfare, la digitalizzazione dei servizi sanitari rappresenta un processo ambivalente. Se da un lato essa è promossa come strumento volto a migliorare l'efficienza e l'accessibilità delle prestazioni, dall'altro solleva interrogativi rilevanti in merito alla produzione di nuove forme di disuguaglianza nell'accesso alla cura. Il contributo propone di interpretare il digital divide come un emergente determinante sociale della salute, ponendo attenzione non soltanto alle disuguaglianze nell'accesso alle tecnologie, ma anche alle differenze nelle competenze digitali e nelle risorse sociali necessarie per utilizzare efficacemente i servizi sanitari digitalizzati. In questa prospettiva, pratiche ormai diffuse quali la prenotazione online delle prestazioni, l'utilizzo del fascicolo sanitario elettronico o il ricorso alla telemedicina possono configurarsi, per alcuni gruppi sociali, come ulteriori barriere all'accesso. Particolare attenzione è dedicata alle condizioni degli anziani e dei residenti in contesti territoriali marginali, nei quali la carenza di infrastrutture, il basso livello di alfabetizzazione digitale e l'assenza di reti di supporto contribuiscono a rafforzare situazioni di svantaggio preesistenti. L'adozione di una prospettiva intersezionale consente di cogliere come età, livello di istruzione, condizione socio-economica e contesto territoriale si intreccino nel produrre forme cumulative di esclusione, che incidono concretamente sulle possibilità di accesso ai servizi e, più in generale, sui percorsi di cura. In questo quadro, il riferimento ai processi di embodiment permette di mettere in evidenza come tali disuguaglianze non restino confinate al piano sociale, ma si traducano nel tempo in differenze negli esiti di salute. L'esclusione o il ritardo nell'accesso alle prestazioni sanitarie, infatti, può contribuire al peggioramento delle condizioni fisiche e psicologiche, alimentando la riproduzione delle disuguaglianze lungo il corso di vita.

Sessione 5 - Invecchiamento, ageismo e benessere in età anziana

Chair: Cristina Lonardi, Enrico Maria Piras

Ageing Through Lenses: Perspectives Across Disciplines in the Ageing Society — A Sociological View

Carlotta Marie Mollica (Università degli Studi di Bergamo)

Introduction: Ageing has become a central issue in contemporary societies marked by growing social inequalities and the progressive weakening of public welfare systems. Yet, the meaning of ageing varies significantly across disciplines, shaping research agendas, policy priorities and forms of governance, with direct consequences for health outcomes and access to care among older populations. Drawing on Science and Technology Studies and the sociology of health and medicine, this study critically examines disciplinary definitions of ageing in order to make explicit the normative and epistemic assumptions embedded in ageing research and their implications for social inequalities. Methods: The study is based on a meta-narrative review conducted according to the RAMSES framework (Greenhalgh), a methodology that allows the reconstruction of different disciplinary narratives and the identification of tensions and convergences among them. Six disciplinary areas were analysed: biosciences, psychiatry/neurobiology, psychology, engineering, economics and management. A comparative analytical matrix was developed to examine how each discipline defines ageing, its objectives, key instruments and implicit scenarios of intervention. Results: The findings show that some disciplinary perspectives tend to frame ageing primarily in terms of decline, risk and prevention, thereby legitimising medicalised and selective interventions. Other perspectives emphasise the heterogeneity of life-course trajectories or focus on technological and organisational solutions to manage loss of autonomy. These framings may contribute to shaping unequal health outcomes and differential access to care, potentially reinforcing social gradients related to class, gender, territory and cumulative disadvantage across the life course. Discussion: The study highlights how disciplinary constructions of ageing influence health and social policies, often interacting with shrinking universalistic welfare provisions and the expansion of selective forms of care. By mapping these assumptions, the study contributes to debates on medicalisation, social justice and the governance of ageing, offering a critical perspective for more equitable and inclusive approaches to health in later life.

Ageismo e disuguaglianze nelle cure. Processi decisionali e pratiche negoziate nei servizi sanitari

Francesca Zaltron, Elena Allegri, Cristina Calvi (Università del Piemonte Orientale) e Eugenia Mercuri (Università degli Studi di Torino)

Negli ultimi anni, una crescente attenzione è stata rivolta alle manifestazioni dell'ageismo nei contesti di cura (Wyman et al., 2018; WHO, 2021). Diversi studi hanno evidenziato come differenze nell'accesso ai servizi e nella qualità delle cure possano trasformare l'età in un fattore di discriminazione che contribuisce alla produzione di disuguaglianze di salute. Iversen e colleghi (2009) definiscono l'ageismo come un fenomeno multidimensionale che comprende stereotipi, pregiudizi e discriminazioni basate sull'età e che opera su più livelli, dalle interazioni quotidiane alle pratiche organizzative e istituzionali (Ayalon & Tesch-Römer, 2018). Muovendo dalla rassegna di Wyman e colleghi (2018), che interpreta l'ageismo nei sistemi sanitari come esito dell'intreccio tra pratiche professionali e barriere strutturali dei servizi, il contributo analizza come tali condizioni prendano forma attraverso vincoli organizzativi che orientano le relazioni di cura e i processi decisionali tra professionisti, pazienti e caregiver. Adottando la prospettiva dell'ordine negoziato sviluppata da Strauss e colleghi, l'organizzazione della cura è interpretata come un processo dinamico di negoziazione tra attori con ruoli e responsabilità differenti. La ricerca, condotta nel Nord Italia nell'ambito del progetto nazionale Age-It (PNRR), si basa su 55 interviste semi-strutturate a pazienti over 70 con decadimento cognitivo o scompenso cardiaco, caregiver e professionisti (medici, infermieri, assistenti sociali) in quattro ambulatori ospedalieri dedicati a tali patologie. L'analisi indica come l'età, intrecciandosi con fragilità clinica, dipendenza assistenziale e vincoli organizzativi, influenzi le possibilità concrete delle persone anziane di partecipare ai processi decisionali e di essere riconosciute come soggetti competenti. In queste situazioni l'ageismo può tradursi nel rischio di esclusione di pazienti e caregiver dai processi decisionali o nella ridefinizione selettiva delle priorità assistenziali. Al tempo stesso emergono pratiche di contrasto attraverso cui gli attori coinvolti cercano di riaprire spazi di negoziazione e riconoscimento. I risultati di ricerca evidenziano che le disuguaglianze nelle cure associate ai rischi di ageismo non siano soltanto effetto di condizioni macro-strutturali o di atteggiamenti individuali dei professionisti, ma emergano anche dai vincoli organizzativi e dalle negoziazioni quotidiane che strutturano il processo di cura.

Ageismo istituzionale e disuguaglianze di salute in Calabria. Traiettorie di esclusione e processi di embodiment nella transizione del welfare

Pietro Paolo Guzzo (Università degli Studi "Aldo Moro" di Bari)

Il contributo esamina l'ageismo nei servizi sanitari della Calabria come forma strutturale di disuguaglianza che si intreccia con la contrazione del welfare pubblico, la frammentazione dell'assistenza territoriale e la crescente selettività dell'offerta di cura. L'ageismo è interpretato come fenomeno sistemico che attraversa politiche, organizzazioni e pratiche quotidiane, contribuendo alla produzione di traiettorie di salute differenziate e alla riduzione delle possibilità di vita attiva per una quota crescente di popolazione anziana. La letteratura mostra come l'ageismo operi sempre in combinazione con altre linee di disuguaglianza – genere, classe, territorio – generando forme cumulative di svantaggio lungo il corso di vita. L'approccio dell'embodiment consente di leggere l'esposizione prolungata a stress, precarietà e discriminazioni legate all'età come processo attraverso cui le disuguaglianze sociali "entrano nel corpo", producendo differenze biologiche e psicologiche misurabili. In Calabria, tali processi risultano accentuati da fragilità socio-economiche persistenti, dall'elevata incidenza di popolazione anziana e dall'accesso diseguale ai servizi di prossimità, soprattutto nelle aree interne. In questo contesto, l'ageismo assume caratteri istituzionali, orientando priorità organizzative e allocazione delle risorse, con effetti sistematici sull'accesso e sugli esiti di salute. Il contributo si basa anche su una ricerca qualitativa esplorativa condotta nella provincia di Cosenza, attraverso interviste e focus group con utenti anziani e professionisti delle cure domiciliari.

Le prime evidenze mostrano come l'ageismo emerga nelle micro-pratiche della cura, nelle aspettative professionali e nei vincoli organizzativi, rivelando forme sottili di esclusione e vissuti di delegittimazione amplificati dalla marginalità territoriale. L'analisi discute infine le implicazioni di tali dinamiche per il ripensamento dei modelli di cura in chiave universalistica, territoriale e intersezionale, in linea con una sociologia pubblica orientata all'equità.

Tra welfare istituzionale e welfare di prossimità: invecchiamento attivo e disuguaglianze di salute in prospettiva comparata

Olena Ignatenko e Ludovica Rossotti (Università Magna Græcia di Catanzaro)

Il contributo presenta i risultati di uno studio qualitativo comparativo condotto in Emilia-Romagna e Calabria, basato su 25 interviste semi-strutturate e focus group con stakeholder regionali, analizzati attraverso analisi tematica. L'indagine esplora come differenti configurazioni territoriali di welfare influenzino i percorsi di invecchiamento, evidenziando due assetti principali: un modello istituzionale, integrato e pianificato in Emilia-Romagna e un welfare di prossimità, relazionale e comunitario in Calabria. Più che delineare una contrapposizione netta, l'analisi mette in luce diversi regimi di cittadinanza sociosanitaria, in cui la salute in età anziana emerge come esito socialmente prodotto, territorialmente situato e politicamente distribuito. A partire da questi risultati, il contributo propone una lettura sociologica dell'invecchiamento attivo come campo di produzione e differenziazione delle opportunità di salute, cura e partecipazione. Le disuguaglianze di salute sono interpretate non come esiti individuali, ma come risultato di processi attraverso cui svantaggio sociale, marginalità territoriale e accesso selettivo ai servizi si incorporano nei percorsi di vita. In questa prospettiva, l'invecchiamento attivo assume una valenza normativa, rafforzando l'individualizzazione della responsabilità per la salute (Walker, 2009), mentre i percorsi di cura risultano strutturati da determinanti sociali (Marmot, 2005). L'invecchiamento è quindi inteso come processo socialmente situato, plasmato dall'interazione tra life chances e life choices, secondo la nozione di ageing styles (Giarelli, 2026).

Centri di aggregazione che contano: La partecipazione degli anziani tra benessere e diritti

Anna Santovito (Università degli Studi "Aldo Moro" di Bari)

La partecipazione degli anziani, intesa come coinvolgimento in attività sociali, culturali e politiche, rappresenta un determinante cruciale del benessere e della salute in età avanzata. In linea con il paradigma dell'invecchiamento attivo promosso dalla Organizzazione Mondiale della Sanità, la partecipazione costituisce uno dei pilastri fondamentali, insieme alla salute e alla sicurezza, per garantire qualità della vita nelle età avanzate. La letteratura distingue diversi livelli di partecipazione, dalla socializzazione informale con familiari e amici, al volontariato, fino al coinvolgimento civico e politico, ognuno dei quali influisce in modo specifico sul benessere psico-fisico e sulla coesione sociale (Levasseur et al., 2023). Tale prospettiva si inserisce nel quadro teorico della teoria dell'attività (Havighurst, 1961), secondo cui il mantenimento di ruoli sociali attivi favorisce soddisfazione e adattamento nella vecchiaia, nonché nella teoria del capitale sociale (Putnam, 2000), che evidenzia come le reti relazionali e la partecipazione civica rafforzino fiducia e coesione comunitaria. Il presente studio si basa su 100 interviste in profondità condotte ad anziani di età compresa tra 70 e 75 anni, con un campione bilanciato per genere (53 donne, 47 uomini) e diversificato per livello di istruzione e condizione socioeconomica, frequentanti centri aggregativi sociali, sindacati per pensionati e l'Università della Terza Età di Bari. Gli intervistati sono stati selezionati tra persone attivamente coinvolte in forme di partecipazione sociale (attività associative, volontariato, iniziative culturali) e politica (partecipazione civica, impegno in associazioni con finalità pubbliche o di rappresentanza). L'analisi qualitativa evidenzia differenze significative legate al genere, allo stato di salute e alle condizioni socioeconomiche: gli uomini partecipano più attivamente ad attività politiche e di rappresentanza, mentre le donne sono maggiormente coinvolte in attività di volontariato e cura, confermando quanto evidenziato dagli studi sulle disuguaglianze di genere in età avanzata. I risultati mostrano che la partecipazione sociale, attraverso attività ricreative, culturali e relazionali, favorisce senso di appartenenza, supporto reciproco e riduzione della solitudine, in linea con gli studi sul supporto sociale e sulla prevenzione dell'isolamento.

Sessione 6 - Territori, prossimità e comunità di cura

Chair: Alberto Ardisson, Flavia Atzori

Dai servizi agli ecosistemi locali di cura: coordinate teoriche e prospettive analitiche da una ricerca-azione in salute mentale

Sara Vallerani (Università di Ginevra) e Carlotta Mozzana (Università di Milano-Bicocca)

Le disuguaglianze sociali che attraversano il welfare italiano trovano nel campo della salute mentale una delle loro espressioni più rivelatrici: non soltanto perché i problemi di salute mentale si distribuiscono in modo tutt'altro che casuale lungo le linee della stratificazione sociale (Kirkbride et al., 2024), ma perché le risposte istituzionali continuano a riprodurre logiche individualizzanti e clinico-specialistiche che ne oscurano le radici strutturali (Vandoni et al., 2024). Il contributo presenta le coordinate teoriche e le prospettive analitiche di PRIME (Primary Care and Mental Health Ecosystems: Towards Sustainable and Community-Based Care Pathways), un progetto di ricerca-azione condotto in Italia, Svizzera e Francia tra il 2026 e il 2029. Il principale obiettivo di PRIME è promuovere una maggiore integrazione tra salute mentale e cure primarie, sostenendo lo sviluppo di modelli di cura integrati, attraverso processi partecipativi che coinvolgono professionisti, cittadini, comunità e istituzioni. A questo proposito, PRIME si fonda sul concetto di ecosistemi locali di cura, intesi come totalità delle circostanze (istituzionali, relazionali, territoriali e materiali) che in un contesto definito concorrono a produrre, sostenere o ostacolare la salute mentale delle popolazioni (Furst et al. 2021) – configurazioni che rendono i contesti più o meno capaci di sostenere benessere, riconoscimento e possibilità di accesso alla cura. Il progetto è orientato dai principi della Comprehensive Primary Health Care e adotta una prospettiva intersezionale – attenta a come le disuguaglianze multiple – legate a genere, classe e background migratorio, e radicate in condizioni territoriali e abitative specifiche – si intreccino nel produrre differenziali persistenti nell'accesso alle cure e negli esiti di salute mentale. Il contributo, restituendo alla sofferenza mentale la sua piena dimensione collettiva e strutturale, mira ad aprire una riflessione sociologica sulle condizioni entro cui ecosistemi di cura più equi possono essere immaginati e costruiti. In Italia, la ricerca verrà condotta nel contesto della Lombardia, dove le recenti riforme orientate all'integrazione territoriale – dal DM 77/2022 alla LR 1/2024 – coesistono con un rapporto ancora fragile tra cure primarie, salute mentale e risorse comunitarie, configurando un terreno privilegiato per interrogare le tensioni irrisolte tra intenzione riformatrice e persistenza delle disuguaglianze.

La prossimità come risposta alla commodificazione della cura. Il ruolo delle Case della Comunità

Michele Marzulli (Università Ca'Foscari di Venezia) e Fabio Lucchini (Università eCampus)

I sistemi sanitari stanno subendo profonde trasformazioni, determinate dalla necessità di superare il persistente modello di cura ospedalocentrico e dalle transizioni demografica ed epidemiologica. Il SSN, già attraversato da una crisi organizzativa, finanziaria e culturale, vede esaurirsi i presunti vantaggi della spinta aziendalista, mentre la compiuta integrazione tra sociale e sanitario sembra rimanere un'aspirazione. Nello specifico, l'integrazione assume una rilevanza minore in un contesto in cui considerazioni di efficienza tendono a privilegiare prestazioni ad alto valore economico e servizi più remunerativi rispetto a misure più leggere ma efficaci nel lungo termine (prevenzione e promozione della salute). In tale scenario, se la crisi pandemica ha mostrato i limiti dell'organizzazione delle cure territoriali, il PNRR e il progetto della nuova sanità di prossimità costituiscono una linea di cambiamento nella direzione della domiciliarità e della centralità della persona. In particolare, suscita interesse l'introduzione del modello organizzativo delle Case della Comunità (CdC) quale nuovo presidio territoriale del SSN. Orientato alla prossimità e alla personalizzazione, esso mira a riconfigurare l'erogazione dell'assistenza avvicinandola ai "mondi vitali". Le risultanze empiriche dell'implementazione della riforma mostrano tuttavia ostacoli e difficoltà, lasciando strutture che rischiano di rimanere gusci vuoti (le mura). La riflessione si sta concentrando sulla mancanza di risorse (professionali e finanziarie) e sull'arretratezza culturale dell'organizzazione sanitaria (il senso dell'integrazione). Nonostante la centralità nel discorso pubblico di alcuni termini (prossimità, casa, cura e persona), risulta invece limitata la riflessione teorica sul significato sociologico di persona – intesa come attore inserito in reti di relazioni sociali significative. Si tratta di un discorso che dimentica l'impostazione individualistica ed economicista del sistema sanitario, che intende spesso la personalizzazione partendo da un paradigma mercificante: un'idea di cura assimilata alla soddisfazione dell'utente o all'efficienza del servizio, riflettendo un approccio consumistico piuttosto che relazionale. Muovendo da evidenze empiriche, il contributo propone una discussione critica dello sviluppo delle CdC per un approccio volto a contrastare la commodificazione della cura che sembra egemone anche nel processo di riforma del sistema sanitario.

Contrastare le disuguaglianze di salute attraverso comunità di pratica territoriali: il caso di Ovada

Micol Bronzini (Università Politecnica delle Marche), Roberto Lusardi (Università di Bergamo), Benedetta Polini (Università di Urbino) e Silvia Baiardi (ASL Alessandria)

Il contributo presenta i risultati di una ricerca condotta nell'ambito del progetto PRIN 2022 ECHOES, incentrata su una comunità di pratica sociosanitaria, a carattere territoriale. Il caso studio riguarda il territorio di Ovada (AL), dove negli ultimi anni si è sviluppata una rete – professionisti sanitari, terzo settore, associazioni, istituzioni e cittadini – che, attraverso l'intreccio di conoscenze professionali, competenze civiche e risorse territoriali, sostiene pratiche collaborative orientate al benessere della popolazione e al contrasto delle disuguaglianze. La ricerca ha impiegato un approccio qualitativo, basato su analisi documentale, interviste in profondità e osservazione non partecipante, con l'obiettivo di delineare e comprendere genesi, sviluppo e caratteristiche di questa comunità di pratica sociosanitaria. Un passaggio cruciale è rappresentato dall'esperienza della pandemia di Covid-19, quando il progetto "Covi a casa" ha contribuito a evitare l'isolamento dei curanti e dei curati, consentendo risposte rapide, flessibili e prossime alle persone. Ciò ha evidenziato l'importanza di una rete strutturata tra ospedale, servizi sanitari e sociali territoriali, attori privati e terzo settore. L'esperienza della comunità di pratica è proseguita oltre la fase emergenziale, rifocalizzandosi progressivamente sulla qualità della vita del territorio e configurandosi come spazio di apprendimento e di cooperazione interistituzionale, in cui la salute viene interpretata come un processo sociale dinamico e multidimensionale, e non soltanto come esito clinico.

Attraverso iniziative, progetti e momenti informali di collaborazione, la comunità promuove stili di vita salutari, supporto ai soggetti fragili e pratiche diffuse di prevenzione. Tali dinamiche contribuiscono a rafforzare il capitale sociale locale e a contrastare le disuguaglianze di salute, operando simultaneamente a livello micro (supporto alla persona), meso (costruzione di legami comunitari) e macro (integrazione socio-sanitaria e sviluppo territoriale). Nel complesso, il caso studio offre spunti utili per riflettere sul ruolo delle comunità locali nella costruzione di modelli di welfare più inclusivi e partecipativi.

Promuovere l'equità in salute nelle politiche urbane: il contributo torinese nella Joint Action PREVENT NCD

Stefano Avanzi (Università degli Studi di Torino), Camilla De Ambroggi (Università degli Studi di Torino), Cinzia Destefanis (Università degli Studi di Firenze, Università degli Studi di Torino), Lucia Dansero (Università degli Studi di Torino), Fulvio Ricceri (Università degli Studi di Torino)

Questo contributo presenta alcune riflessioni preliminari sul progetto pilota avviato a Torino nell'ambito del Work Package 6 della Joint Action PREVENT NCD. L'iniziativa coordina 52 sperimentazioni realizzate in altrettante città europee. All'interno di questa cornice l'obiettivo è promuovere approcci partecipativi in grado di costruire forme di governance multilivello che coinvolgano sistemi sanitari, amministrazioni locali e attori della società civile. Il progetto sviluppato a Torino si propone di avviare un percorso di lavoro con l'amministrazione comunale per esplorare se, in che modo e a quali condizioni un approccio Health in All Policies e una prospettiva intersezionale orientata all'equità in salute possano tradursi in decisioni amministrative operative. Questi due approcci congiunti consentono di superare una lettura settoriale delle politiche urbane mettendo in relazione i meccanismi di governance e i modi in cui le disuguaglianze vengono prodotte. L'attenzione è inoltre rivolta a comprendere quali strumenti di partecipazione vengano effettivamente mobilitati a livello municipale. La prima fase del lavoro ha previsto un'analisi sistematica delle politiche municipali adottate dal 2021 ad oggi, da cui è emerso come i principi Health in All Policies e di equità siano nominati nei documenti strategici, ma prevalentemente come enunciati programmatici più che come criteri operativi. Su queste basi è stata intrapresa un'etnografia che, attraverso osservazioni dirette dei processi partecipativi promossi dall'amministrazione e interviste a figure chiave, vuole comprendere le dinamiche informali e le modalità di interazione tra istituzioni e comunità locali, osservando come tali principi vengano tradotti nelle pratiche quotidiane della governance urbana. Ciò risulta particolarmente rilevante in una fase in cui Torino sta avviando processi strategici, come ad esempio l'elaborazione del Piano Regolatore Generale. In questo contesto, l'esperienza torinese rappresenta un osservatorio utile per interrogare condizioni, limiti e ambivalenze della community action. L'obiettivo non è solo valutarne l'efficacia, ma comprendere come queste pratiche si istituzionalizzino, chi riescano a includere o escludere e in quali circostanze possano diventare una leva di equità e democratizzazione oppure, al contrario, un dispositivo di compensazione simbolica rispetto al ritiro delle istituzioni.

Place matters? Ambivalenze del territorio tra determinanti di salute, cattura neoliberale e ripoliticizzazione

Adriano Cancellieri (Università degli Studi di Milano-Bicocca)

Negli studi sulla salute è ormai consolidata l'idea che place matters: spazio e territorio incidono in modo rilevante sulla produzione di salute. Da un lato, una lunga tradizione sociologica ha mostrato come gli spazi possano esercitare forme di "violenza spaziale" (Foucault, Goffman), contribuendo alla riproduzione di esclusione, stigma e disuguaglianze. Dall'altro lato, altri approcci hanno evidenziato il ruolo potenzialmente abilitante dei contesti territoriali rispetto ad accessibilità, prossimità e coesione sociale; si vedano su questo le riflessioni sulla Primary Health Care, così come il filone della cosiddetta Urban Health. Tuttavia, la crescente centralità attribuita agli aspetti spaziali e territoriali solleva almeno due questioni critiche che rischiano di comprometterne il potenziale trasformativo. In primo luogo, il rischio di "trappola locale", che porta a ricercare soluzioni spaziali e territoriali a problemi che sono soprattutto sociali, economici e/o politico-istituzionale (Macintyre, Ellaway e Cummins 2002; Bamba 2019). In secondo luogo, il lessico territorialista rischia di configurarsi come depoliticizzato: termini come comunità, prossimità e attivazione dal basso tendono a funzionare come categorie normative e quasi "magiche", occultando conflitti, disuguaglianze e asimmetrie di potere. In questo processo, il linguaggio dei diritti e della giustizia sociale viene sostituito da quello del networking, della partecipazione e della socialità, risultando facilmente 'catturabile' da logiche neoliberali di efficientamento, riduzione del welfare e forme di community washing (Peck e Tickell 2002). Il territorio "bottom-up" viene così implicitamente contrapposto alle istituzioni "top-down", alimentando una dicotomia semplificata che indebolisce le interdipendenze tra scale e attori. Il contributo propone di superare tale ambivalenza attraverso una prospettiva multiscalare e intersezionale, capace di riconnettere dimensioni territoriali e strutturali e di mostrare come affrontare le disuguaglianze richieda di intervenire non solo sui contesti locali, ma anche sulle condizioni strutturali che li producono. In questa prospettiva, territori e istituzioni non sono poli contrapposti, bensì campi di lotta interconnessi; per questo, più che "valorizzare" il territorio, si tratta di politicizzarlo e restituirlo come spazio strategico di redistribuzione, diritti e conflitto.

Sessione 7 - Accesso ai servizi e welfare locale

Chair: Luigi Gariglio, Barbara Sena

Cura informale e riconoscimento del caregiver familiare in Italia: le norme regionali tra regolazione e riproduzione delle disuguaglianze

Cristina Calvi e Federico Sofritti (IRCCS INRCA, National Institute of Health and Science on Aging, Ancona)

Il crescente invecchiamento della popolazione interessa un numero sempre maggiore di società e solleva criticità in relazione alla sostenibilità dei servizi di cure e di care (formale e informale), soprattutto quando si tratta di assistenza di lungo periodo (long-term care - Ltc) dedicata alle persone anziane. Nonostante la diminuzione delle cure non professionali prestate dai familiari, l'assistenza informale rimane uno dei pilastri dei sistemi europei di Ltc; per questa ragione essa è de facto diventata parte del sistema di regolamentazione delle politiche sociali, concorrendo anche a determinare i modelli di regimi assistenziali. L'elevata richiesta di assistenza (formale e informale) legata alla perdita di autonomia funzionale, considerata ormai a tutti gli effetti un rischio sociale (Burchardt 2025), è stata gestita attraverso una ricalibratura dei sistemi di welfare in ottica neoliberista (Craig, Porter 2006). Tale ricalibratura ha investito le politiche di assistenza in termini di contenimento della spesa pubblica, di efficientamento della gestione pubblica attraverso l'adozione di tecniche ispirate al New public management e di spostamento delle responsabilità di cura dallo Stato al mercato e dalla dimensione collettiva a quella individuale, accentuando la responsabilizzazione dei cittadini nella gestione diretta o indiretta delle cure. Tale cambiamento ha alimentato la forbice delle disuguaglianze tra chi può e chi non può contare su una rete di sostegno familiare e tra chi può o non può permettersi di usufruire di assistenti privati. In questo contesto, il presente contributo presenterà i risultati preliminari di uno studio che analizza le leggi regionali dedicate al riconoscimento e alla regolamentazione della figura del caregiver familiare. Grazie ad un'analisi tematica realizzata con il software NVivo, si è indagato se e quanto l'impronta neoliberista sia presente nelle norme e come essa, attraverso tecniche di governamentalità (Foucault 2007), delinea figure diverse di caregiver che rispondono a precisi ruoli previsti nel contratto di cura.

Senza casa, senza tempo. Reti di cura e accesso ai servizi nelle traiettorie di marginalità

Giulia Mascagni e Fabio Bracci (Università degli Studi di Siena)

Studiare la marginalità estrema significa analizzare una condizione che riguarda un numero relativamente ridotto di persone, ma che pone sfide significative alle politiche pubbliche e ai servizi socio-sanitari (Capello e Porcellana 2017; Fio.PSD 2018; Cortese et al. 2020; Hertzberg e Boobis 2022; Molli 2023; Gargiulo et al. 2024). Le persone che vivono l'esperienza di senza dimora rappresentano uno dei gruppi sociali in cui le disuguaglianze di salute e di accesso alle cure risultano più evidenti: povertà estrema, precarietà abitativa e esposizione a stress cronico si intrecciano con disagio mentale e dipendenze, generando traiettorie cumulative di vulnerabilità. La ricerca, condotta tra il 2024 e il 2025, ha riguardato tre aree urbane della Toscana, regione caratterizzata da reti di servizi pubblici e del terzo settore consolidate e integrate e da una lunga esperienza di interventi di inclusione sociale (Irpel 2024; Ires 2024; Bergamaschi 2017). Adottando una prospettiva intersezionale (Guan et al. 2021; Cole, Duncan 2023) e processuale (Latour 2005; Abbott 2016), l'indagine ha voluto esplorare: il funzionamento dei servizi; le tappe della presa in carico, anche in presenza di problematiche di salute mentale; le dinamiche comunicative e relazionali - formali e informali - tra enti e operatori sanitari e sociali, considerate strumenti chiave della presa in carico. L'analisi dei dati raccolti (36 interviste in profondità con professionisti sociali e sanitari del servizio territoriale, del DSM e del terzo settore, integrate da focus group e osservazioni partecipate) ha portato a identificare la casa e il tempo come determinanti sociali di salute. L'abitare si conferma come condizione fondamentale e presupposto per la tutela della salute e l'accesso effettivo ai diritti sociali. Il tempo rivela il suo duplice ruolo: di dimensione organizzativa che struttura l'accesso ai servizi (tempi di attesa, continuità dei percorsi, rispetto di appuntamenti e procedure); di dispositivo di selezione implicito che esclude chi vive in condizioni di precarietà materiale e biografica estreme, limitando le possibilità di agency (Auyero 2011; Riefolo, Raimondi 2018; Dubois 2021). Luoghi e tempi adeguati di ascolto e sostegno diventano quindi elementi decisivi per l'efficacia e la sostenibilità degli interventi.

Disuguaglianze nell'uso dei servizi specialistici tra italiani e stranieri: doppia selettività in un sistema sanitario misto

Marco Terraneo (Università degli Studi di Milano-Bicocca) e Mara Tognetti (Università degli Studi di Milano Statale)

Negli ultimi anni il sistema sanitario italiano è attraversato da trasformazioni, più o meno deliberate dal decisore pubblico, che stanno ridefinendo i meccanismi di accesso alle cure. La crescente difficoltà del servizio sanitario pubblico nel rispondere alla domanda di prestazioni e il parallelo sviluppo dell'offerta privata stanno contribuendo alla configurazione di un sistema sempre più ibrido, in cui la possibilità di accedere alle cure dipende non soltanto dai diritti formali garantiti dal welfare sanitario, ma anche dalla capacità degli individui di mobilitare risorse economiche e organizzative. In tale contesto, le disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari non si esprimerebbero, dunque, soltanto nella probabilità di utilizzo delle prestazioni, ma anche nelle modalità attraverso cui diversi gruppi sociali riescono a collocarsi nei differenti segmenti dell'offerta sanitaria. Il contributo analizza le differenze tra italiani, concentrandosi su visite presso medici specialisti e accertamenti diagnostici. L'obiettivo è analizzare se le disuguaglianze si manifestino esclusivamente nel livello di utilizzo dei servizi oppure anche nelle modalità di accesso alle prestazioni, con particolare riferimento al ricorso al pagamento diretto. L'analisi utilizza i dati delle indagini Istat "Aspetti della vita quotidiana" relative agli anni 2021, 2022 e 2023. Attraverso modelli multivariati, si stima congiuntamente la probabilità di ricorrere alla specialistica e, tra coloro che accedono alle prestazioni, la modalità di pagamento dell'ultima prestazione, controllando per caratteristiche socio-demografiche, posizione socioeconomica e condizioni di salute.

I risultati mostrano che gli stranieri presentano una minore probabilità di ricorrere a visite e accertamenti specialistici rispetto agli italiani. Inoltre, tra coloro che accedono alle prestazioni, gli stranieri ricorrono meno frequentemente al pagamento interamente privato. Questi risultati indicano l'esistenza di una "doppia selettività" nell'uso della specialistica. Le disuguaglianze emergono infatti lungo due dimensioni distinte ma interconnesse: l'accesso alle prestazioni e la possibilità di ricorrere a canali alternativi di cura. Mentre la letteratura ha spesso analizzato separatamente il sotto-utilizzo dei servizi sanitari e la stratificazione tra offerta pubblica e privata, il contributo mostra come queste due dinamiche possano combinarsi nella produzione e riproduzione delle disuguaglianze di salute.

Dispositivi di accesso e disuguaglianze: l'uso dell'ISEE nel welfare locale

Maria Cettina Severino e Francesca Pennucci (Scuola Superiore Sant'Anna)

I sistemi di welfare sono chiamati attualmente ad affrontare un aumento della domanda di protezione sociosanitaria e sociale, a fronte di un contesto caratterizzato da risorse sempre più limitate. In questo scenario, la capacità di garantire equità risulta sempre più in discussione e il welfare locale si configura come il livello di governo in cui le modalità di regolazione dell'accesso ai servizi possono contribuire a ridurre o ad aumentare le disuguaglianze, con conseguenti impatti sulla salute e sul benessere della popolazione. In Italia, il principale strumento utilizzato per regolare l'accesso alle prestazioni sociali agevolate è l'ISEE. I Comuni utilizzano l'ISEE per definire soglie di accesso, livelli di esenzione e fasce di contribuzione, in coerenza con i LEPS. Nonostante la sua centralità, l'ISEE è spesso utilizzato come uno strumento tecnico per la gestione economica delle risorse, mentre risulta meno esplorato il suo ruolo come dispositivo che contribuisce a strutturare l'accesso ai servizi. In particolare, il rapporto tra la distribuzione socioeconomica della popolazione e le soglie ISEE definite a livello locale per l'accesso o la compartecipazione a specifici servizi è ancora poco esplorato. L'ipotesi di ricerca è che le configurazioni regolative locali non siano neutrali, bensì possano costituire un terreno di produzione di disuguaglianze, attraverso la definizione di differenti possibilità di accesso ai servizi. Il presente contributo propone una riflessione critica sull'uso dell'ISEE nei sistemi di welfare locali. Adottando l'approccio delle determinanti sociali della salute e una prospettiva intersezionale, l'analisi considera l'ISEE come parte di un sistema di regole che influisce sulla distribuzione delle risorse e sulle opportunità di accesso ai servizi. L'analisi adotta un approccio mixed methods e comparativo, integrando dimensioni quantitative e qualitative, con un focus sul contesto della Regione Toscana. Da un lato, viene esaminata la distribuzione dei valori medi ISEE nei diversi contesti territoriali e in relazione alla distribuzione socioeconomica; dall'altro, viene condotta un'analisi documentale dei regolamenti comunali, con particolare attenzione alla definizione delle soglie di accesso e alle fasce di compartecipazione. L'obiettivo è comprendere se e in che misura le attuali modalità locali di utilizzo dell'ISEE contribuiscano a mitigare o, al contrario, a riprodurre disuguaglianze nell'accesso ai servizi.

Sessione 8 - Genere, intersezionalità e accesso alle cure

Chair: Anna Rosa Favretto, Marta Gibin

Ripensare le disuguaglianze di salute: una prospettiva femminista intersezionale nel contesto italiano

Carlotta Piazzoni (Università degli Studi di Milano-Bicocca)

Nel dibattito italiano sulle disuguaglianze di salute, le dimensioni socioeconomica e territoriale rappresentano gli assi più frequentemente riconosciuti. La stratificazione sociale e la variabilità geografica dell'offerta sanitaria (accentuata dall'organizzazione regionale del sistema) vengono tematizzate come fattori che incidono su accesso ed esiti di salute. Tuttavia, tale riconoscimento tende a inscrivere le disuguaglianze entro una cornice redistributiva o organizzativa, senza interrogare le gerarchie storiche e sociali che le attraversano, né il ruolo del sapere medico nella loro riproduzione. Se classe e territorio costituiscono le cornici entro cui le disuguaglianze risultano nominabili, altre forme di discriminazione (legate al genere, al corpo, alla disabilità, alla razzializzazione o all'età) faticano a essere riconosciute come strutturali. Esse vengono spesso ricondotte a variabili individuali, culturali o comportamentali, anziché analizzate come effetti di dispositivi incorporati nel sapere e nelle pratiche mediche. La medicina presuppone un soggetto implicito (maschio, bianco, non disabile, normopeso, adulto) che orienta parametri diagnostici, protocolli terapeutici e criteri di credibilità. Sessismo, grassofobia, abilismo, razzismo e ageismo operano come matrici strutturali che influenzano l'accesso alla cura, il riconoscimento del dolore, la tempestività diagnostica e la qualità della relazione clinica. Tali assi non si sommano semplicemente, ma si intrecciano in configurazioni intersezionali che amplificano la vulnerabilità. Il contributo presenta il quadro teorico di una monografia in fase di scrittura e propone una rilettura intersezionale delle disuguaglianze di salute nel contesto italiano. L'argomentazione si fonda su una prospettiva femminista che considera le disuguaglianze come configurazioni relazionali che intrecciano classe, territorio, genere, corpo, disabilità, razzializzazione ed età. In questa cornice, la produzione di salute disuguale non è interpretata unicamente come esito di fattori socioeconomici o organizzativi, ma come effetto di dispositivi normativi incorporati nel sapere medico, nella formazione professionale e nelle pratiche quotidiane.

Intersezioni di disuguaglianze radicate nel caso studio delle donne Sinte di Jesi

Angela Genova e Claudia Della Valle (Università degli Studi di Urbino Carlo Bo)

A Jesi, nel cuore della regione Marche, nel centro Italia, vive una comunità Sinta che da decenni vive in alcuni campi, alla periferia della città. Circa 90 persone risiedono in un campo autorizzato e altre 50 in insediamenti informali. I minori sono circa 30 e quest'anno, per la prima volta, una giovane donna completerà il percorso scolastico con l'ottenimento del diploma di scuola secondaria superiore. Discriminazione e pregiudizi da parte della comunità territoriale limitano drasticamente i diritti di partecipazione sociale e il diritto allo studio degli uomini e donne sinti, alimentando processi di marginalizzazione con marcati impatti sulle loro possibilità di scelta e consolidando disuguaglianze di salute radicate e perniciose. Attraverso un'attività di co-ricerca con un gruppo di donne che vive nel campo autorizzato, lo studio analizza il punto di vista delle protagoniste sinte, adottando una prospettiva intersezionale. L'esperienza del vissuto soggettivo diventa occasione per indagare come le barriere istituzionali, alimentate da discriminazione e pregiudizi da parte della comunità territoriale jesina, si traducono in meccanismi di embodiment: la sistematica marginalizzazione influenza i processi biologici e psicologici, modellando i corsi di vita e gli esiti di salute della persone sinte che abitano nei campi. Il percorso di co-ricerca offre la possibilità per la costruzione di una conoscenza condivisa nel campo e al di fuori di esso. L'attività di co-ricerca evidenzia la presenza di barriere istituzionali che affiancano agiti sistemati di violenza simbolica, in un pernicioso consolidarsi di processi discriminatori che marciano pesantemente le condizioni di salute di queste donne. L'attività di ricerca partecipativa si pone il fine di innescare processi emancipatori e trasformativi nel territorio, nella prospettiva di una sociologia pubblica, con il coinvolgimento attivo anche dei servizi sociali e delle scuole del territorio.

Il diritto alla salute che non c'è: analisi dell'incontro tra persone trans* e i servizi sanitari e sociosanitari della regione Emilia-Romagna

Chiara Perin e Giulia Selmi (Università degli Studi di Parma)

Da decenni la letteratura internazionale e nazionale, evidenziano come le persone trans* e nonbinarie incontrino ostacoli persistenti nell'accesso ai servizi sanitari, sociali e sociosanitari. Le ricerche mostrano, infatti, come questa popolazione si rivolga ai servizi in misura significativamente minore rispetto alla popolazione eterosessuale e cisgenere e come, quando l'accesso avviene, esso possa essere segnato da discriminazioni, microaggressioni o mancata accoglienza. Questi ostacoli sono interpretabili come esito della ciseteronormatività del sistema dei servizi ovvero l'aspettativa implicita che tutte le persone che si rivolgono ad un servizio (così come quelle che vi lavorano come professioniste) siano persone cisgenere ed eterosessuali. Il presente contributo presenta i risultati di uno studio qualitativo volto a mappare le dinamiche di interazione tra servizi sanitari e sociosanitari pubblici e persone trans* e nonbinarie nella regione Emilia-Romagna. La ricerca si inserisce in un più ampio progetto di ricerca-azione sviluppato dall'Area Innovazione Sociale della Regione Emilia-Romagna in collaborazione con le Università di Parma e di Verona, nell'ambito dell'attuazione della Legge Regionale 15/2019 contro violenze e discriminazioni determinate da orientamento sessuale e identità di genere. In particolare presenterà l'analisi delle esperienze delle persone intervistate esplorando le dinamiche che producono esclusione o cattiva accoglienza nell'accesso alla salute facendo riferimento sia alla dimensione organizzativa che alla dimensione interazionale dei servizi. L'analisi del materiale sarà presentata anche in chiave di innovazione organizzativa, ovvero per trarre indicazioni per aumentare l'equity literacy dei servizi sanitari pubblici da una prospettiva intersezionale. Dal punto di vista metodologico, il paper si basa su 12 interviste in profondità a persone trans* di età compresa tra i 18 e i 48 anni che vivono in Emilia-Romagna. Le interviste sono state condotte online secondo modalità concordate con le persone partecipanti.

Gli incontri hanno esplorato esperienze e bisogni insoddisfatti e la possibilità di immaginare "il servizio pubblico che vorrei", inteso come esercizio che metta al centro i bisogni delle persone nella costruzione dei percorsi di cura e assistenza, oltre la logica del minimo indispensabile, spesso interiorizzata da chi viene marginalizzato all'interno di contesti istituzionali ciseteronormati.

Alla ricerca della salute sessuale in Italia: ecologie informative e disuguaglianze nell'accesso alla prevenzione tra i/le giovani adulti/e

Stefano Crabu, Federico Neresini, Nicoletta Parise, Barbara Morsello e Cosimo Marco Scarcelli (Università degli Studi di Padova)

L'accesso alle informazioni sulla salute sessuale è spesso rappresentato come responsabilità individuale; tuttavia, esso prende forma entro ecologie informative diseguali, modellate da risorse educative, contesti territoriali e opportunità istituzionali. Il contributo analizza come vecchie e nuove disuguaglianze incidano sui percorsi di salute e prevenzione dei/delle giovani adulti/e in Italia, concentrandosi sulle modalità di ricerca di informazioni su IST e HPV e sui loro nessi con conoscenze e orientamenti preventivi. L'analisi si basa su una survey online condotta nel 2024 su residenti in Italia di età 16-30 anni (N=3.105; campione per quote, ponderato). Attraverso latent class analysis e regressioni multinomiali pesate sono stati identificati quattro profili di "information seeking": legacy-media seekers, social-media-centric seekers, expert/institutional seekers e interpersonal/family seekers. I risultati mostrano che l'appartenenza ai profili è associata soprattutto a genere, età, istruzione ed esposizione a sessioni scolastiche di educazione sessuale, mentre reddito, cittadinanza e ampiezza del comune non differenziano in modo robusto i gruppi. I profili risultano inoltre associati a esiti rilevanti in termini di cittadinanza sessuale e salute: livelli di conoscenza su IST/HPV, frequenza d'uso del preservativo, atteggiamenti verso il vaccino HPV e uptake vaccinale. Il contributo interpreta tali differenze in una prospettiva sociologica attenta alle intersezioni fra disuguaglianze educative, di genere e territoriali. In un contesto come quello italiano, segnato dall'assenza di standard nazionali vincolanti di educazione sessuale e da una forte eterogeneità regionale dei servizi e dei percorsi di prevenzione, la sexual health literacy emerge non come tratto individuale, ma come pratica relazionale e istituzionalmente strutturata. Ne deriva una lettura delle disuguaglianze nella salute sessuale come prodotto di infrastrutture informative e di cura distribuite in modo diseguale. Sul piano delle policy, i risultati sostengono la necessità di strategie multi-canale e di standard minimi nazionali: educazione sessuale comprensiva, counselling riservato e youth-friendly, accesso omogeneo a testing e vaccinazione HPV.

Sessione 9 - Corpi, cronicità e pratiche di cura

Chair: Cristina Lonardi, Marco Terraneo

Gestione dell'asma e intersezione delle disuguaglianze. La transizione all'età adulta dettata (anche) dai percorsi di cura

Vulca Fidolini (Università degli Studi di Torino)

Il tema delle malattie croniche è da tempo protagonista nel dibattito sulla salute pubblica, e si è trasformato nel tempo in priorità per le politiche sanitarie e sociali, nazionali ed internazionali (Schmidt 2016). Da almeno un paio di decenni l'attenzione per la questione delle malattie croniche si è affinata anche negli studi sociologici. In tal senso, si sottolinea sempre più l'importanza attribuita all'accesso alle cure e all'accompagnamento medico continuativo per il paziente, implicando non solo il soggetto malato ma anche l'entourage che lo circonda quotidianamente (Morden, Jinks, Ong 2012; Heaton, Räisänen, Salinas 2016): i familiari ad esempio, i partner, gli amici, talvolta finanche i colleghi. Ora, se la questione delle malattie croniche si è ormai affermata nella letteratura sociologica internazionale che si occupa di salute in età pediatrica, preadolescenziale ed adolescenziale (Mayall 1996; Clark 2003), con preziosi contributi anche da parte degli studi italiani (Favretto, Fucci, Zaltron 2017), le interconnessioni con il tema della transizione all'età adulta – e conseguentemente con le disuguaglianze sociali e sanitarie di cui tale passaggio biografico può essere portatore – hanno interessato meno il campo sociologico. Questa presentazione intende discutere i processi di autonomizzazione e responsabilizzazione dei giovani pazienti cronici (17-23 anni) colpiti da asma, investigando esplicitamente l'impatto che l'intersezione delle disuguaglianze – principalmente d'età, di genere e di classe sociale – hanno sui percorsi di transizione verso l'età adulta. Lo studio su cui poggia l'articolo, condotto in Francia, si interessa ad una tappa chiave: l'uscita da parte dei giovani asmatici dal domicilio genitoriale. In che modo tale passaggio è scandito e attraversato da disuguaglianze direttamente correlate al trattamento e alla gestione di una malattia cronica? In che modo in base all'età e al sesso dei pazienti, alle strutture familiari d'origine, ai capitali economici e culturali di cui dispongono, o ancora in base alle condizioni residenziali e alle variabili territoriali? Dopo aver specificato come lo studio su una patologia cronica quale l'asma si configuri in quanto osservatorio privilegiato sulla produzione delle disuguaglianze, la presentazione proporrà un'analisi mirata di alcuni risultati emersi nel corso di una ricerca qualitativa sull'asma severo, articolando sociologia della salute, dell'età e dei percorsi di cura.

Genere, Ulcere Vascolari Croniche e Social skin: Incorporazione e Disuguaglianze nella Cura

Davide Costa e Raffaele Serra (Università Magna Graecia di Catanzaro)

Le ulcere vascolari croniche rappresentano una condizione ampiamente diffusa e fortemente invalidante, in particolare tra la popolazione anziana e i gruppi socialmente svantaggiati. Nonostante la loro rilevanza epidemiologica e il profondo impatto esercitato sulla vita quotidiana, esse rimangono in larga misura marginali nella ricerca sociologica, venendo prevalentemente interpretate come complicanze cliniche piuttosto che come esiti incorporati delle disuguaglianze sociali. Questo contributo interpreta le ulcere croniche come luoghi di incorporazione sociale, nei quali condizioni socioeconomiche, svantaggi accumulati nel corso della vita, accesso diseguale ai servizi sanitari e trasformazioni dei sistemi di welfare si inscrivono materialmente sul corpo. Il quadro teorico combina una prospettiva intersezionale con il concetto di social skin (pelle sociale) elaborato da Victor Turner, secondo cui la superficie corporea costituisce un confine simbolico e sociale attraverso il quale vengono negoziate identità, rispettabilità e appartenenza. Lo studio si basa su una ricerca qualitativa condotta mediante 21 interviste semi-strutturate a persone adulte affette da ulcere vascolari croniche (15 donne e 6 uomini), con particolare attenzione alle esperienze femminili. La ricerca è stata realizzata presso l'Unità operativa di Chirurgia Vascolare dell'Università Magna Graecia di Catanzaro tra gennaio 2020 e maggio 2025. Le interviste sono state trascritte e analizzate attraverso un approccio di analisi tematica guidato dal modello di Braun e Clarke. Per molte delle donne intervistate, la presenza di una ferita aperta mette in discussione norme culturalmente radicate di pulizia, autocontrollo e rispettabilità, generando sentimenti di vergogna, pratiche di occultamento e una riduzione della partecipazione sociale. Tali esperienze risultano modellate dall'intersezione di disuguaglianze legate al genere, all'età, allo status socioeconomico e alle disparità territoriali nell'accesso alle cure. Le ulcere vascolari croniche offrono pertanto una prospettiva privilegiata per comprendere come le disuguaglianze persistenti ed emergenti nei sistemi di salute e di cura diventino incorporate e assumano una specifica configurazione di genere.

Coping, qualità della vita e disuguaglianze nei percorsi di cura della leucemia mieloide acuta

Elisa Castellaccio (Università di Bologna)

La leucemia mieloide acuta (AML) rappresenta una condizione clinica ad elevato impatto non solo biologico ma anche sociale, caratterizzata da rilevanti livelli di distress psicologico e da un marcato deterioramento della qualità della vita. La ricerca indaga i processi attraverso cui i pazienti affrontano la malattia e costruiscono strategie di adattamento. Il contributo presenta i risultati preliminari di uno studio mixed-methods condotto nell'ambito del progetto europeo Horizon IMPACT-AML, basato sull'analisi di 26 interviste narrative a pazienti adulti realizzate in Italia, Germania e Spagna. Attraverso una procedura di trasformazione del dato qualitativo in punteggi quantitativi, è stato sviluppato un indice narrativo di coping attivo (Active Coping Narrative Index – ACNI) affiancato da un indice di coping evitante (Avoidant Coping Index – ACI), al fine di esplorare l'associazione tra strategie di fronteggiamento, caratteristiche socio-demografiche e condizioni cliniche. I risultati mostrano come il ricorso a strategie di coping orientate all'azione (quali la ricerca di supporto emotivo e informativo, la fiducia nei professionisti sanitari e la ristrutturazione positiva dell'esperienza di malattia) si intrecci con la disponibilità di reti familiari, associative e istituzionali, contribuendo a mitigare l'impatto della patologia sulla qualità della vita. Al contrario, condizioni di malattia attiva o recidivante e una minore accessibilità a risorse sociali e assistenziali risultano associate a forme più frequenti di evitamento, isolamento e disengagement.

L'analisi suggerisce che le strategie di coping non costituiscono esclusivamente risposte individuali, ma si configurano come pratiche socialmente situate, influenzate da determinanti strutturali quali il contesto territoriale, l'organizzazione dei servizi e le disuguaglianze nell'accesso a percorsi di cura integrati. In questa prospettiva, l'integrazione di misure narrative e patient-reported outcomes può contribuire a individuare precocemente situazioni di vulnerabilità psicosociale e a orientare interventi di supporto più equi e personalizzati. Il contributo propone quindi di leggere il coping come una dimensione chiave per comprendere i processi attraverso cui le disuguaglianze sociali modellando i vissuti di malattia e gli esiti di salute lungo i percorsi di cura oncologica.

Associazione tra status socioeconomico e problemi del sonno: il ruolo mediatore del carico allostatico nell'UK Household Longitudinal Study (UKHLS)

Alessia Bonetti (Università degli Studi di Milano-Bicocca)

La salute del sonno sta assumendo un'importanza sempre maggiore nei dibattiti sulla salute pubblica. Un numero crescente di studi dimostra che uno status socioeconomico (SES) basso è associato ad ambienti sfavorevoli, stili di vita malsani e condizioni fisiche e psicologiche avverse. Questi fattori, a loro volta, sono collegati a una qualità del sonno inferiore e a una maggiore incidenza di rischi per la salute, mortalità e comorbidità. Infatti, la mancanza di sonno compromette le funzioni cognitive, aumenta il rischio di incidenti (sul lavoro e sulla strada) ed è anche collegata all'insorgenza di altre malattie, come l'ipertensione. Questo è ciò che rende importante studiare i problemi del sonno e considerare se e in che modo le disuguaglianze sottostanti possano esporre i gruppi svantaggiati a un rischio maggiore. Quando si studiano i percorsi di vita che influenzano gli esiti di salute da una prospettiva sociologica, è importante considerare il ruolo potenziale dei fattori biologici nel percorso causale. Poiché la ricerca sulla salute nelle scienze sociali si è basata in gran parte su misure auto-riferite, questo studio integra un indicatore di salute basato su alcuni biomarcatori che compongono il carico allostatico (AL), per cogliere la disregolazione fisiologica cumulativa nel corso della vita. L'inclusione dell'AL nell'analisi rende possibile valutare in che misura l'associazione tra SES e problemi del sonno possa essere spiegata dall'accumulo di questa componente di disregolazione biologica. Questo studio utilizza i dati dello UK Household Longitudinal Study (UKHLS), che fornisce, per due waves di rilevazione, alcune informazioni sui biomarcatori, raccolte tramite valutazioni infermieristiche per due diversi sottocampioni di partecipanti. Comprendere in che modo lo svantaggio socioeconomico si traduca in disturbi del sonno è fondamentale per elaborare interventi efficaci di sanità pubblica. In particolare, individuare il ruolo della disregolazione fisiologica cumulativa — rappresentata dal carico allostatico — può aiutare a chiarire i meccanismi biologici attraverso i quali le disuguaglianze socioeconomiche influenzano la salute del sonno, fornendo in ultima analisi prove a sostegno di politiche volte a ridurre le disuguaglianze sanitarie e a migliorare la salute del sonno della popolazione.

Class, Body, and Dental Care: A Boltanskian Analysis

Marco Ciziceno (Università degli Studi di Palermo)

Dental care is increasingly recognized as a fundamental component of individuals' overall health, with a growing body of evidence linking oral health and preventive dental practices to a reduced risk of systemic conditions, including type 2 diabetes (Pussinen and Salomaa, 2018). Despite its clinical relevance, access to dental care remains stratified across socioeconomic groups. This study investigates the relationship between socioeconomic status (SES) and the utilization of dental care, with particular attention to individuals foregoing dental care due to financial constraints. This paper draws on the theoretical framework developed by Boltanski in his analysis of the social uses of the body (Boltanski, 1971). Dental care is framed not only as a medical practice, but also as a socially practice embedded in individuals' dispositions toward their bodies. This perspective is complemented by Crawford's notion of "healthism" (Crawford, 1980), which conceptualizes preventive health behaviors as moralized practices distributed across socioeconomic groups. Using data from the European Health Interview Survey (EHIS) for Italy, logistic regression models are estimated to predict the probability of foregoing dental care for economic reasons. SES is operationalized through income quintiles, educational attainment, and employment status, controlling for age, sex, and geographic area of residence. The results indicate that inequalities in dental care reflect broader forms of social inequality, primarily economic but also related to individuals' cultural orientations toward their health. In line with Boltanski's perspective, lower socioeconomic groups may prioritize functional over preventive uses of the body, neglecting dental care due to financial difficulties. While higher-status individuals are more aligned with preventive and aesthetic practices, consistent with the logic of healthism described by Crawford. Dental care thus emerges as a key domain in which material and cultural dimensions of health inequality intersect.

Sessione 10 - Professioni sanitarie e relazioni di cura

Chair: Alberto Ardisson, Barbara Sena

In scienza e coscienza. Expertise medica e disuguaglianze epistemiche durante la pandemia

Roberto Lusardi e Rosario Aprile (Università di Bergamo)

Il COVID-19 ha esacerbato una tensione strutturale tra il paradigma dell'Evidence-Based Medicine e la pratica clinica, rendendo visibili le asimmetrie di potere che governano la produzione e il riconoscimento della conoscenza medica. In un contesto di marcata incertezza epistemica, la definizione di sapere legittimo per il decision making clinico è divenuta oggetto di controversia, con ricadute dirette sulle disuguaglianze nell'accesso alle cure. In questo quadro, nelle prime ondate pandemiche sono emerse reti informali di medici italiani, principalmente di medicina generale, che hanno elaborato protocolli terapeutici alternativi fondati sulla conoscenza esperienziale e sul confronto tra pari. Il contributo analizza questo fenomeno attraverso la lente dell'ingiustizia epistemica (Mormina, 2022), ma ne problematizza la portata su due piani distinti. Da un lato, il mancato riconoscimento istituzionale del sapere clinico esperienziale configura una forma di ingiustizia epistemica nei confronti dei medici stessi, la cui credibilità come produttori di conoscenza viene sistematicamente svalutata in ragione della posizione marginale occupata nella gerarchia epistemica dominante. Dall'altro, tale ingiustizia si riproduce verso i pazienti, ai quali è stata preclusa la possibilità di accedere a percorsi terapeutici alternativi, con effetti che si sono sovrapposti a disuguaglianze preesistenti, colpendo in misura maggiore le fasce più vulnerabili. La ricerca si basa su 36 interviste semi-strutturate, integrate dall'analisi di documenti ufficiali, materiali video e interazioni digitali, con approccio grounded. I risultati restituiscono quattro cornici interpretative (disallineamento epistemologico, stato nascente, shock morale e protesta), che mostrano come il conflitto epistemico si sia progressivamente trasformato in agire morale orientato da responsabilità etica e deontologica. Il caso analizzato invita a ripensare i confini tra conoscenza legittima e conoscenza marginale, interrogandosi sulle forme strutturali attraverso cui l'ingiustizia epistemica si traduce in disuguaglianza di cura.

Oltre la dicotomia pubblico/privato: ibridazione e nuove traiettorie della professione medica

Domenico Carbone (Università del Piemonte Orientale)

Le trasformazioni che stanno investendo il Servizio sanitario nazionale stanno ridefinendo in profondità il significato sociale della professione medica. Processi di managerializzazione, crescente pluralizzazione degli assetti organizzativi della cura e progressiva permeabilità tra pubblico, privato e forme ibride non incidono soltanto sulle condizioni dell'esercizio professionale, ma interrogano più ampiamente il rapporto tra professionalismo medico, universalismo delle cure e nuove disuguaglianze di accesso ai servizi sanitari. In questo scenario, il nesso tra autonomia professionale, istituzioni della cura e logiche di mercato costituisce un osservatorio privilegiato per leggere alcune delle trasformazioni più rilevanti del sistema sanitario contemporaneo, in particolare laddove la contrazione dell'offerta pubblica e la crescente presenza di modelli selettivi di cura ridefiniscono confini, opportunità e vincoli dell'agire professionale. Il contributo affronta questi processi a partire da una ricerca empirica sulle rappresentazioni professionali delle nuove generazioni di medici e mediche. Attraverso un disegno mixed methods, che combina dati quantitativi e qualitativi, il lavoro esplora il modo in cui studenti di medicina e medici in formazione specialistica costruiscono aspettative, orientamenti e significati intorno ai diversi contesti di esercizio della professione. Più che assumere una contrapposizione rigida tra modelli organizzativi differenti, l'analisi si concentra sui processi attraverso cui tali contesti vengono simbolicamente interpretati e incorporati nelle traiettorie professionali. L'attenzione è rivolta in particolare alle modalità con cui si articolano l'ethos della cura, la sostenibilità del lavoro, le aspettative di autonomia e il rapporto con le istituzioni, lasciando emergere che la crescente ibridazione tra assetti pubblici e privati possa rappresentare un terreno in cui si producono nuove linee di differenziazione nei percorsi di cura e nelle forme di accesso ai servizi. In questa prospettiva, il caso della medicina consente di osservare come le trasformazioni organizzative dei sistemi sanitari si intreccino con la ridefinizione del mandato professionale e, più in generale, con le tensioni tra uguaglianza, inclusione e sostenibilità che attraversano oggi il welfare della salute.

Infermieri in ascesa? Dinamiche inter-professionali di negoziazione e conflitto in un sistema sanitario decentrato

Stefano Neri (Università degli Studi di Milano)

Tra il 2020 e il 2022 è stata introdotta nel Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano la figura dell'Infermiere di Famiglia e/o Comunità (IFeC o IfoC). L'Ifec rappresenta un nuovo profilo infermieristico, con competenze specifiche di prevenzione e promozione della salute, concepito per operare nelle cure primarie e territoriali. Tra il 2024 e il 2025, è stato inoltre istituito a livello nazionale l'Assistente Infermieristico (AInf), definito come "operatore di interesse sanitario", che si pone come un OSS più specializzato in ambito sanitario e operante sotto la direzione degli infermieri. Allo stesso tempo, è in discussione una riforma delle lauree infermieristiche che dovrebbe portare all'introduzione di lauree magistrali di tipo clinico. Nel loro insieme, queste novità testimoniano un rafforzamento in atto degli infermieri come gruppo professionale nel sistema delle occupazioni sanitarie, in condizioni di carenza dell'offerta nel mercato del lavoro. Tale processo non può non avere conseguenze sugli altri gruppi professionali. Utilizzando la sociologia delle professioni di matrice neo-weberiana, si può ipotizzare che le trasformazioni in corso abbiano delle ripercussioni, potenziali o effettive, sulle giurisdizioni professionali, sui rapporti di potere e sulle forme di chiusura sociale consolidate nel sistema sanitario italiano, con inevitabili reazioni da parte dei gruppi che si sentono minacciati. Dopo una ricostruzione del percorso che ha condotto alla creazione dell'IFeC e dell'AInf, il contributo analizza il processo di implementazione di tali figure, concentrandosi sulle dinamiche di negoziazione e conflitto tra i gruppi professionali, nelle loro forme di rappresentanza, e tra questi e le autorità pubbliche. A tal fine, si avvale di un'analisi critica di documenti ufficiali e non ufficiali, di fonte pubblica e professionale, combinata con una decina di interviste semi-strutturate ad attori e stakeholder chiave dell'implementazione.

L'indagine evidenzia l'importanza delle relazioni tra autorità pubbliche e professioni, e tra le professioni stesse, a livello decentrato. Ciò apre lo spazio per una riflessione che approfondisca, in chiave di multilevel governance, le indicazioni di Adams e Saks (2019) sulla necessità di riconsiderare il ruolo dello Stato nella teoria neo-weberiana delle professioni.

La relazione tra paziente e medico, tra agency e autorità epistemica: una revisione sistematica della letteratura sulla comunicazione nel contesto oncologico

Alessia Bertolazzi (Università di Macerata), Valeria Quaglia (Università di Bologna), Ramona Bongelli, Ilaria Riccioni e Alessandro Cacciatore (Università di Macerata)

La comunicazione tra pazienti e medici costituisce un'arena in cui autorità, fiducia e voce del paziente vengono socialmente prodotte e negoziate (Armstrong, 1984). Nelle cure oncologiche, queste dinamiche risultano amplificate dall'incertezza diagnostica, dalla prognosi potenzialmente infausta e dalle decisioni terapeutiche sensibili alle preferenze individuali. La letteratura ha identificato come dimensioni chiave lo scambio informativo e la fiducia (Cegala et al., 1996), il coinvolgimento del paziente (Street et al., 2005), nonché criticità ricorrenti quali scarsità di tempo, deficit empatico e uso di linguaggio tecnico (Bongelli et al., 2021). Il contributo presenta una revisione sistematica in corso nelle banche dati Web of Science (n = 2.091), PubMed (n = 2.896) e Scopus (n = 3.466), finalizzata a identificare i fattori che facilitano o ostacolano una comunicazione efficace tra medico e paziente oncologico. Sono stati selezionati studi empirici in lingua inglese pubblicati tra il 1° gennaio 2015 e il 15 ottobre 2025, con approcci qualitativi, quantitativi o misti, focalizzati su pazienti adulti (≥ 18 anni). Dopo l'eliminazione di 3.075 duplicati, è in corso il secondo screening su 138 articoli. I risultati preliminari indicano che l'efficacia comunicativa si struttura attorno a tre domini: scambio informativo, divulgazione emotiva e gestione decisionale. Le barriere includono informazioni tecniche o indeterminate, limitato riconoscimento delle espressioni emotive e un'attuazione retorica del processo decisionale condiviso, che riproduce asimmetrie epistemiche, mediate da disuguaglianze legate a istruzione e background migratorio. I facilitatori comprendono pratiche partecipative, responsività empatica e strumenti di supporto decisionale. Le tecnologie digitali emergono come attori ambivalenti.

Diventare medico in tempi di crisi: motivazioni generazionali, scelte di carriera e futuro del SSN

Elena Spina, Giovanna Vicarelli e Valeria Busbani (Università Politecnica delle Marche)

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano attraversa una fase di profonda trasformazione, segnata da tensioni strutturali, sottofinanziamento e, soprattutto, da una crescente crisi del personale sanitario. L'aumento delle dimissioni volontarie, la mobilità verso l'estero e il passaggio al settore privato segnalano difficoltà persistenti nelle politiche di recruitment e retention, mettendo in discussione il modello universalistico su cui il SSN si è storicamente fondato. In questo scenario, comprendere le aspettative e le motivazioni delle future generazioni di medici diventa cruciale per interrogarsi sul futuro della professione e del sistema sanitario pubblico. Il contributo presenta i risultati preliminari di un'indagine esplorativa condotta tra gli studenti iscritti ai due corsi di laurea in Medicina e Chirurgia dell'Università Politecnica delle Marche (UNIVPM), uno in lingua italiana e uno in lingua inglese. Muovendo dalla letteratura sulle nuove generazioni e sui mutamenti nei valori e negli orientamenti verso il lavoro, la ricerca analizza in particolare le motivazioni alla scelta del percorso medico, le preferenze rispetto alla specializzazione o alla medicina generale e le proiezioni di sé a dieci anni, sia sul piano professionale sia su quello personale. Indagare questi aspetti non significa soltanto rilevare orientamenti individuali, ma esplorare i processi attraverso cui si costruisce oggi l'identità professionale medica. Le motivazioni alla scelta del corso di laurea, le rappresentazioni delle diverse traiettorie di carriera e le aspettative rispetto al proprio futuro costituiscono infatti indicatori centrali della ridefinizione contemporanea del professionalismo. In una fase di crisi del welfare e di crescente competizione tra settori e mercati del lavoro, tali dimensioni contribuiscono a delineare il modo in cui le nuove coorti negoziano il rapporto tra vocazione, status, sicurezza economica e qualità della vita. Analizzare queste rappresentazioni consente quindi di cogliere in anticipo possibili trasformazioni nei modelli di impegno professionale, nei rapporti con le istituzioni pubbliche e nelle strategie di inserimento nel sistema sanitario, offrendo elementi rilevanti per la riflessione sociologica sulle professioni e per il dibattito sulle politiche di governance del personale sanitario.

Sessione 11 - Intelligenza artificiale, innovazione tecnologica e cura

Chair: Marta Gibin, Enrico Maria Piras

Algoritmi, territori ed equità in salute: l'intelligenza artificiale alla prova delle cure primarie

Martina Consoloni (Università di Bologna)

Le cure primarie attraversano una crisi profonda, determinata dall'aumento della complessità dei bisogni di salute – legata all'invecchiamento della popolazione, alla crescita della multimorbidità e alle persistenti disuguaglianze sociali – dalla carenza di personale sanitario e dalle difficoltà organizzative dei servizi territoriali, accentuate da una storica frammentazione tra professioni, istituzioni e livelli di cura. Eppure, numerosi studi mostrano come le cure primarie – primo punto di contatto tra comunità e sistema sanitario – siano fondamentali per l'equità in salute e per la sostenibilità dell'intero sistema. In questo contesto, l'introduzione dell'intelligenza artificiale nelle cure primarie viene spesso inquadrata nel dibattito pubblico e di policy come risposta a queste pressioni: strumento di supporto clinico, di efficienza organizzativa e di sollievo dal carico di lavoro dei professionisti. Una narrazione che tende a presentare l'IA come soluzione tecnica a problemi che hanno anche – e forse soprattutto – radici politiche e culturali. In Italia, questo scenario si intreccia con una riforma ancora in corso. Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e il Decreto Ministeriale 77/2022 hanno posto le Case della Comunità al centro del rilancio dell'assistenza territoriale. È precisamente in questo contesto – e all'interno delle stesse risorse del PNRR – che è in corso di introduzione una piattaforma nazionale di intelligenza artificiale destinata alle Case della Comunità, entrata in fase di sperimentazione nazionale a gennaio 2026. Il contributo propone una prima riflessione sociologica su questa trasformazione socio-tecnica, a partire da una revisione della letteratura internazionale sulle opportunità e i rischi dell'IA nelle cure primarie e da un'analisi documentale delle fonti istituzionali relative alla sua implementazione. L'obiettivo è indagare i possibili impatti sull'equità, interrogando se questa infrastruttura algoritmica – introdotta in un paese segnato da profondi divari territoriali e da un'implementazione ancora disomogenea delle stesse Case della Comunità – possa contribuire a ridurre le disuguaglianze di salute oppure rischi di amplificarle.

L'equità di accesso alle neurotecnologie come inedita sfida neuroetica per la salute mentale del futuro. Problemi e prospettive

Julie Bicocchi (Associazione LiberaMente Umani – Svizzera)

Le evoluzioni neuroscientifiche degli ultimi due decenni hanno accelerato la diffusione delle neurotecnologie sia in ambito medico che in settori extra-clinici. In risposta ai nuovi problemi etici e sociali sollevati dalle più recenti applicazioni socio-tecniche, capaci di intervenire sul modo in cui gli individui percepiscono, gestiscono e performano le proprie capacità cognitive, Ienca e Andorno (2017) e poi Yuste (2021) propongono l'istituzione di nuovi neurodiritti, tra cui il diritto all'equità nell'accesso alle neurotecnologie. In un quadro di riconfigurazione dell'health system nell'ambito della salute mentale – conseguente alla possibilità di accedere a innovative neurotecnologie per patologie croniche come depressione resistente, Alzheimer, Parkinson, dipendenze, ecc. – questo neurodiritto potrebbe prevenire nuove disuguaglianze nell'accesso a terapie spesso costose ed erogabili in ambiti clinici ad alta densità tecnologica. Tale neurodiritto apre però anche nuovi dilemmi: non solo un probabile limite di sostenibilità economica per il sistema pubblico, ma anche questioni neuroetiche dovute sia alle caratteristiche dei trattamenti, sia al confine talora sfumato tra cura e potenziamento non terapeutico della performance cognitiva. Attraverso il dialogo tra neuroetica e scienze sociali, il contributo si proietta quindi verso le implicazioni future per la programmazione e la valutazione delle politiche pubbliche di salute mentale.

Il grey digital divide come selezione comunicativa: agency digitale fragile e accesso ai sistemi di salute in età avanzata

Maurizio Esposito, Sara Petroccia, Fabiola Balestrieri e Elena Savona (Università degli Studi di Cassino e del Lazio Meridionale)

La crescente digitalizzazione dei servizi sanitari ridefinisce le condizioni di accesso alla cura, introducendo dispositivi che presuppongono competenze digitali e sanitarie sempre più articolate. In questo contesto, il contributo analizza il ruolo delle disuguaglianze digitali nella ridefinizione delle condizioni di accesso ai sistemi di cura in età avanzata, proponendo una lettura del grey digital divide come meccanismo di selezione comunicativa attraverso cui si producono inclusione ed esclusione nei sistemi di salute. L'analisi si basa su uno studio mixed-methods condotto nell'ambito del progetto PRIN PNRR 2022 Ageing, Health Literacy and Digital Skills through the Pandemics, attraverso 21 interviste qualitative e 60 questionari somministrati a persone over 65 coinvolte in un percorso formativo intergenerazionale. I risultati mostrano che l'alfabetizzazione digitale e sanitaria si configura come un processo situato, eterogeneo e reversibile. Il percorso formativo ha prodotto effetti in termini di autonomia e orientamento nell'uso dei servizi sanitari digitali, ma tali risultati restano instabili e condizionati da barriere cognitive, simboliche e relazionali. In questo quadro, la capacità di agire nei contesti digitali di salute emerge come situazionale e contingente. L'agency viene quindi interpretata come agency digitale fragile: intesa come capacità di azione non stabilizzata che emerge solo in presenza di condizioni relazionali e comunicative favorevoli. Quando tali condizioni vengono meno, la comunicazione si interrompe, rendendo improbabile l'accesso ai servizi e la continuità delle cure, ostacolando l'invecchiamento attivo. L'approccio intergenerazionale assume il ruolo di un dispositivo che attiva catene comunicative ricorsive fondate su fiducia, reciprocità, riconoscimento e semplificazione semantica, contribuendo alla temporanea stabilizzazione dell'agency. Nell'attuale società digitalizzata, la comunicazione si configura dunque come infrastruttura delle condizioni di inclusione e responsabilità. Il contributo suggerisce che le disuguaglianze digitali in età avanzata possano essere lette come determinanti sociali della salute, nella misura in cui operano come meccanismi di selezione che rendono più o meno probabile la partecipazione ai sistemi di cura. Ne deriva la necessità di pensare politiche sanitarie e modelli formativi orientati alla costruzione di ambienti comunicativi sempre più inclusivi.

Chi accede all'innovazione? Discrezionalità clinica e disuguaglianze nelle neuroprotesi intelligenti per il Parkinson

Barbara Morsello e Federico Neresini (Università di Padova)

Con la crescente integrazione dell'intelligenza artificiale in ambito sanitario, emergono nuove aspettative rispetto alla trasformazione delle pratiche cliniche e dell'esperienza di cura. Tuttavia, quando l'accesso a trattamenti avanzati è mediato da elevati margini di discrezionalità clinica tali innovazioni rischiano di contribuire alla produzione di nuove disuguaglianze nell'accesso alle cure. Il contributo analizza queste dinamiche attraverso il caso delle neuroprotesi intelligenti (INP) per la malattia di Parkinson, interrogando il ruolo degli immaginari sociotecnici nella costruzione del rischio e nelle condizioni di accesso all'innovazione. L'analisi si basa su 21 interviste qualitative realizzate nell'ambito del progetto Horizon 2020 SYNCH con clinici, neuroscienziati, ingegneri e pazienti. In dialogo con gli studi STS e la sociologia della salute, il rischio è qui concettualizzato come fenomeno sociotecnico, incorporato in visioni divergenti su cosa le neuroprotesi basate su IA debbano fare, su chi ne debba beneficiare e su quali futuri di cura rendano possibili. Tali immaginari si radicano nelle esperienze cliniche con la deep brain stimulation, nelle promesse di personalizzazione e nelle rappresentazioni culturali dell'IA. I risultati mostrano come questi immaginari non solo orientino aspettative e timori, ma contribuiscano anche a strutturare le modalità di selezione dei pazienti e quindi l'accesso alle tecnologie. In particolare, l'elevata discrezionalità nella definizione dell'eleggibilità ai trattamenti configura i clinici come veri e propri gatekeeper dell'innovazione. Questo spazio decisionale, se da un lato è inevitabile in contesti di incertezza, dall'altro può produrre bias impliciti e accessi differenziali, contribuendo a rafforzare disuguaglianze sociali e territoriali già esistenti. In tal senso, le neurotecnologie basate su IA rischiano di amplificare sia vecchie sia nuove disuguaglianze nei sistemi sanitari contemporanei. Il contributo evidenzia quindi la necessità di sviluppare linee guida condivise e dispositivi di governance capaci di rendere più trasparenti le pratiche di selezione, riducendo la variabilità decisionale e promuovendo un accesso più equo all'innovazione.

Visibilità digitale e autorità medica: uno studio sui ginecologi influencer

Linda Lombi (Università Cattolica di Milano) e Alessandro Lovari (Università di Cagliari)

Negli ultimi anni si è osservata una crescente presenza di professionisti della salute sui social media, dove alcuni medici hanno acquisito ampia visibilità pubblica e un seguito significativo. Questo fenomeno, spesso descritto con l'espressione doctor influencers, si colloca all'intersezione tra trasformazioni della comunicazione sanitaria, cultura degli influencer e mutamenti della professionalità medica. Se da un lato la letteratura ha analizzato il ruolo dei social media nella diffusione di informazioni sanitarie e nell'interazione tra professionisti e pubblici, dall'altro restano meno esplorati gli effetti di tale esposizione digitale sull'identità professionale dei medici, sul riconoscimento tra pari e sulla relazione medico-paziente. Lo studio si basa su 14 interviste semi-strutturate a ginecologi italiani con elevata visibilità online, selezionati tra professionisti celebri sui social media e con un elevato numero di follower. I risultati mostrano che la presenza sui social media è interpretata dagli intervistati come estensione del ruolo professionale, in particolare come spazio di divulgazione scientifica, educazione sanitaria e contrasto alla disinformazione. Al tempo stesso emerge una ridefinizione dell'autorità medica, che non si fonda più esclusivamente su titoli e appartenenza istituzionale, ma anche sulla capacità di rendere accessibile il sapere medico e di costruire prossimità comunicativa con i pubblici. La visibilità online genera tuttavia tensioni all'interno della professione: i ginecologi riferiscono episodi di critica e delegittimazione da parte di colleghi, cui rispondono tracciando confini tra informazione sanitaria e pratiche percepite come autopromozionali. Infine, i social media contribuiscono a ridefinire la relazione medico-paziente, producendo familiarità anticipata e nuove aspettative di accessibilità. Nel complesso, i risultati suggeriscono che i social media non costituiscono soltanto strumenti di comunicazione, ma spazi in cui l'identità e l'autorità medica vengono pubblicamente negoziate attraverso una ristrutturazione dei criteri di legittimazione professionale, in cui sapere esperto, visibilità pubblica e capacità relazionale si intrecciano.

Sessione 12 - Prevenzione e partecipazione

Chair: Anna Rosa Favretto, Luigi Gariglio

Crescere nelle disuguaglianze: determinanti sociali di salute dell'obesità infantile

Giuseppina Cersosimo e Lucia Landolfi (Università degli Studi di Salerno)

Il contributo analizza come la transizione globale dalla malnutrizione all'obesità (NCD Risk Factor Collaboration, 2024) si accompagni a un rafforzamento delle disuguaglianze, stili di vita e comportamenti alimentari risultano infatti profondamente condizionati dal contesto socioeconomico (Smith et al., 2020). L'obesità infantile emerge precocemente in contesti di vulnerabilità cumulativa – caratterizzati da povertà economica ed educativa, deprivazione territoriale e ambienti obesogenici – configurandosi come un processo di embodiment delle disuguaglianze sociali e della loro riproduzione intergenerazionale. Un ruolo centrale è svolto dalla dimensione familiare e di genere, in particolare dalle pratiche di socializzazione alimentare e dall'istruzione materna (Cersosimo, 2020), mentre la diffusione di alimenti ultraprocessati, spesso legata a vincoli economici e di tempo, contribuisce ad accrescere i rischi per la salute nel lungo periodo (Villarini, 2024). In una prospettiva intersezionale, il contributo propone di ripensare l'educazione alla salute come processo strutturato, continuo e socialmente situato, capace di intervenire sui contesti di vita e sulle scelte di salute. In tal senso, la health education emerge come leva di equità e investimento collettivo orientato al futuro, fondamentale per contrastare precocemente l'obesità e ridurre le disuguaglianze negli esiti di salute.

Gerarchie dei saperi e partecipazione in One Health: il contributo della cartografia critica

Sonia Bergamo (Università degli Studi di Milano-Bicocca) e Concetta Russo (Università degli Studi Guglielmo Marconi)

Nel corso degli ultimi decenni, le pratiche partecipative hanno assunto un ruolo sempre più rilevante nella ricerca sociologica, in particolare nei contesti caratterizzati da incertezza, complessità e pluralità di saperi. Questo contributo ha l'obiettivo di ragionare sul modo in cui l'approccio partecipativo sia concepito e attuato all'interno del paradigma One Health (OH), fondato sull'integrazione tra salute umana, animale e ambientale. La letteratura mostra come in questo ambito l'approccio partecipativo sia spesso inteso come un meccanismo gestionale volto a garantire adesione e conformità. Ciò che viene trascurato in questo quadro è il modo in cui possa avvenire il passaggio dall'idea che il perseguimento di un legittimato "bene comune" giustifichi una visione imposta dall'alto, frequentemente definita da attori sovranazionali e saperi dominanti, alla possibilità di attivare una "comunità di pratiche" in cui si realizzi una partecipazione sostanziale alla definizione dei problemi e degli interventi. In questa seconda accezione di partecipazione, il campo OH può essere analizzato come un'arena politica in cui si dispiegano relazioni diseguali, tensioni e conflitti tra forme di conoscenza eterogenee, un sito in cui l'autorità epistemica viene continuamente prodotta, contestata e rinegoziata, dando luogo a gerarchie tra saperi dominanti e saperi marginalizzati. Questa contraddizione emerge con particolare evidenza nell'uso delle tecniche di mappatura, sempre più centrali nei progetti OH per il supporto alla valutazione, al coordinamento e al processo decisionale. Alla luce di queste criticità, il nostro contributo esplora il potenziale della cartografia critica come approccio metodologico capace di interrogare le condizioni di produzione, selezione e visibilizzazione della conoscenza. Intesa come pratica socio-tecnica attraversata da relazioni di potere, la cartografia critica può configurarsi come dispositivo di negoziazione tra saperi eterogenei, rendendo esplicite interdipendenze, conflitti e asimmetrie tra gli attori coinvolti. In questa prospettiva, essa contribuisce a ripensare la partecipazione come processo eminentemente politico, entro cui si ridefiniscono le gerarchie epistemiche e le condizioni di coproduzione della conoscenza nella governance della salute.

Partecipazione e disuguaglianze nei Comitati Consultivi Aziendali: una prospettiva intersezionale

Marilyn Mantineo (Università Magna Græcia di Catanzaro) e Valentina Raffa (Università degli Studi di Messina)

Nel dibattito sulle trasformazioni del welfare sanitario, la partecipazione dei cittadini è spesso interpretata come dispositivo di democratizzazione dei sistemi di cura. Tuttavia, come evidenziato dalla letteratura sociologica e femminista, questi spazi non sono neutrali, ma contesti attraversati da rapporti di potere che strutturano in modo differenziale le possibilità di accesso, riconoscimento e incidenza (Acker, 1992; Fraser, 2009). In un contesto – quello siciliano e, più in generale, meridionale – segnato da persistenti disuguaglianze territoriali, fragilità dei servizi e forte ricorso a reti familiari di cura (Naldini, 2018; Bartholini, 2023; Saraceno, 2015), le opportunità di partecipazione risultano già strutturalmente diseguali. In questo quadro, i Comitati Consultivi Aziendali rappresentano un osservatorio privilegiato per analizzare come tali disuguaglianze si traducano nei dispositivi partecipativi. A partire da una ricerca qualitativa multi-sito (2022-2025), il contributo analizza i Comitati Consultivi Aziendali (CCA) del Servizio Sanitario Regionale siciliano interrogando le condizioni di partecipazione delle soggettività marginalizzate in una prospettiva intersezionale. In particolare, si chiede in che modo le disuguaglianze – legate a genere, classe, origine migratoria e orientamento sessuale – plasmino concretamente l'accesso, la legittimità e l'incidenza nei dispositivi partecipativi. Attraverso una prospettiva intersezionale (Crenshaw, 1991; Collins, 2015), il contributo mostra come le disuguaglianze non si limitino a strutturare l'accesso ai servizi sanitari, ma attraversino anche le pratiche partecipative, contribuendo a definire chi può parlare, su cosa e con quale legittimità. L'analisi evidenzia come diverse soggettività marginalizzate (donne, persone LGBTQ+, migranti) incontrino ostacoli specifici alla partecipazione, che rendono le loro esperienze di salute e cura spesso invisibilizzate. In questo senso, la distanza tra partecipazione formale e possibilità effettiva di incidere rinvia a un più ampio deficit di cittadinanza (Gaventa, 2006), che riguarda non solo l'accesso ai diritti, ma anche la loro produzione nei contesti istituzionali. Il contributo invita quindi a ripensare la partecipazione come campo di tensione, sottolineando la necessità di riformularne pratiche e significati alla luce delle disuguaglianze intersezionali che attraversano i sistemi di salute e cura.

La salute in città. Per una sociologia della salute urbana

Sara Vallerani (Università di Ginevra)

Le metropoli contemporanee sono spazi ambivalenti per la salute: producono e concentrano disuguaglianze profonde, ma generano al contempo risorse, relazioni e pratiche con un significativo potenziale salutogenico. Comprendere questa ambivalenza richiede di andare oltre la lettura della città come semplice sfondo ambientale o contenitore demografico, per restituirle la sua natura di spazio relazionale, politico e istituzionale. Questo contributo presenta i risultati di una revisione narrativa della letteratura sulla salute urbana e metropolitana, condotta all'intersezione tra sociologia della salute, sociologia urbana e sociologia politica. La review ricostruisce criticamente le principali tradizioni di ricerca sulla salute urbana, mostrandone il limite comune: la tendenza a privilegiare determinanti ambientali o strutturali, sottostimando le dimensioni relazionali e di governance. La salute in città non dipende soltanto dall'organizzazione formale del sistema sanitario, ma emerge da sistemi locali di salute urbana plasmatis dalle relazioni — di collaborazione, conflitto e competizione — tra attori eterogenei: istituzioni sanitarie e amministrazioni locali, terzo settore e movimenti sociali, attori economici e reti informali di cura. È in questa ecologia relazionale che si giocano le possibilità di salute e di cura delle popolazioni metropolitane. La review esamina la letteratura sulla governance urbana della salute e quella sui gradienti intra-urbani di salute e sull'integrazione sociosanitaria. Emerge che le disuguaglianze non sono distribuzioni casuali, ma il prodotto di assetti relazionali e istituzionali che strutturano l'accesso alle risorse salutogeniche in modo diseguale lungo assi di classe, genere, appartenenza etnica e territorio. Al tempo stesso, le città sono luoghi in cui si sperimentano forme innovative di risposta collettiva: pratiche di auto-organizzazione, coalizioni tra attori istituzionali e informali, dispositivi partecipativi che possono redistribuire risorse verso i gruppi più vulnerabili. Il contributo discute come l'intreccio tra sociologia della salute e sociologia politica consenta di analizzare tali meccanismi, offrendo strumenti teorici per una sociologia pubblica attenta alle dimensioni relazionali e istituzionali della salute urbana.

Strategie di comunicazione per la salute: Il Sentiment sui vaccini

Francesca Greco (Università di Udine)

La sociologia delle emozioni ha contribuito a superare una concezione individualistica dell'esperienza emotiva, evidenziando come le emozioni siano costruzioni sociali e culturali attraverso cui gli individui interpretano la realtà, attribuiscono significato agli eventi e orientano le proprie pratiche. Applicata all'ambito della salute, questa prospettiva consente di comprendere come la partecipazione ai percorsi di prevenzione e l'adesione alle campagne vaccinali siano influenzate non soltanto da conoscenze e informazioni, ma anche da rappresentazioni sociali, relazioni di fiducia e vissuti emotivi. Il contributo analizza le rappresentazioni sociali dei vaccini e le categorie simbolico-culturali che strutturano le configurazioni emozionali ad esse associate, interpretando l'adesione vaccinale come l'esito di determinanti culturali che incidono sulla percezione del rischio, sul rapporto con le istituzioni sanitarie e sugli orientamenti verso la prevenzione. In questa prospettiva, la comunicazione per la salute assume un ruolo strategico nella costruzione di contesti partecipativi capaci di promuovere consapevolezza, fiducia e coinvolgimento attivo dei cittadini. La ricerca si basa sull'Emotional Text Mining, un approccio fondato su tecniche di Natural Language Processing applicato a un corpus testuale di grandi dimensioni (288.582 token), costituito da 164 interviste realizzate con giovani adulti equamente distribuiti per genere. L'obiettivo è individuare le categorie simbolico-culturali e le rappresentazioni sociali associate ai vaccini, vale a dire quelle dimensioni di significato che organizzano le scelte di salute e i comportamenti di prevenzione. I risultati evidenziano come la qualità e le fonti dell'informazione, le reti relazionali e il posizionamento degli attori coinvolti nel dibattito pubblico influenzino significativamente gli atteggiamenti nei confronti della vaccinazione e le decisioni relative alla propria salute e a quella dei propri figli. Emergono in particolare il ruolo della fiducia, dell'incertezza, della paura e del senso di responsabilità collettiva nella costruzione degli orientamenti vaccinali. L'analisi mostra come gli assetti culturali svolgano un ruolo cruciale nella genesi delle emozioni e degli atteggiamenti verso la prevenzione, suggerendo la necessità di sviluppare strategie di comunicazione capaci di integrare la dimensione emotiva nei processi informativi. Tali strategie possono favorire una partecipazione più consapevole e proattiva alle campagne vaccinali, contribuendo al rafforzamento della fiducia pubblica e all'efficacia delle politiche di prevenzione.