



benessere tecnologia società

Venti anni di sociologia della salute in Italia

Temi ricorrenti e sfide emergenti

a cura di Anna Rosa Favretto,
Flavia Atzori, Enrico Maria Piras,
Barbara Sena

collana benessere tecnologia società

Direzione scientifica: Antonio Maturò (Università di Bologna)

Lo sviluppo tecnologico appare oggi in accelerazione esponenziale, soprattutto grazie al digitale. Comunicazioni, pratiche sociali e culture si presentano come forme simboliche sempre più elusive, evanescenti e cangianti. L'ambito della salute è una delle dimensioni più investite dalle scoperte e dalle nuove applicazioni. Possiamo utilizzare lo smartphone per curarci, fare prevenzione, migliorarci. In generale, possiamo raccogliere big data su noi stessi. Ovviamente, anche le organizzazioni e le professioni si giovano delle nuove possibilità. Parallelamente, il discorso sulla salute si estende oltre la medicina e la malattia per abbracciare le dimensioni dello stare bene e della qualità della vita. In altri termini, accanto alla cura, prendono corpo interventi istituzionali, aziendali e di altre organizzazioni volti ad accrescere il benessere (well-being) delle persone e la loro felicità. Non va tuttavia dimenticato che il "soluzionismo tecnologico" non ha inciso molto sulle grandi e gravi disegualianze sociali e che i bramini della rete hanno spesso alimentato aspettative irrealistiche. La stratificazione sociale condiziona ancora pesantemente i destini individuali.

In questo contesto, la Collana BTS – aperta anche a tematiche relative al welfare e al benessere sociale nella sua accezione più ampia – attraverso contributi sociologici rigorosi, ma scritti con uno stile divulgativo, vuole proporre modelli teorici, ricerche empiriche e strumenti operativi per analizzare e intervenire su questa mutevole realtà sociale.

Comitato Scientifico

Kristin Barker (University of New Mexico); Andrea Bassi (Università di Bologna); Jason Beckfield (Harvard University); Giovanni Bertin (Università Ca' Foscari); Giovanni Boccia Artieri (Università di Urbino); Piet Bracke (Ghent University); Mario Cardano (Università di Torino); Giuseppina Cersosimo (Università di Salerno); Federico Chicchi (Università di Bologna); Costantino Cipolla (Università di Bologna); Dalton Conley (Princeton University); Cleto Corposanto (Università Magna Graecia di Catanzaro) Paola Di Nicola (Università di Verona); Maurizio Esposito (Università di Cassino); Anna Rosa Favretto (Università del Piemonte Orientale); Luca Fazzi (Università di Trento); Raffaella Ferrero Camoletto (Università di Torino); Guido Giarelli (Università Magna Graecia di Catanzaro); Guendalina Graffigna (Università Cattolica di Milano); David Lindstrom (Brown University); Massimiliano Magrini (United Ventures); Luca Mori (Università di Verona); Sigrun Olafsdottir (Boston University); Anna Olofsson (Mid Sweden University); Paltrinieri Roberta (Università di Bologna); Riccardo Prandini (Università di Bologna); Claudio Riva (Università di Padova); Domenico Secondulfo (Università di Verona); Mara Tognetti (Università Bicocca Milano); Stefano Tomelleri (Università di Bergamo); Assunta Viteritti (Università La Sapienza Roma).

Redazione

Linda Lombi (coordinamento) (Università Cattolica Milano); Alberto Ardissonne (Università di Macerata); Flavia Atzori (Università di Bologna); Emilio Geco (Università La Sapienza, Roma); Roberto Lusardi (Università di Bergamo); Giulia Mascagni (Università di Firenze); Veronica Moretti (Università di Bologna); Arianna Radin (Università di Bergamo); Alessandra Sannella (Università di Cassino).

I manoscritti proposti sono sottoposti a referaggio in doppio cieco.



Il presente volume è pubblicato in open access, ossia il file dell'intero lavoro è liberamente scaricabile dalla piattaforma **FrancoAngeli Open Access** (<http://bit.ly/francoangeli-oa>).

FrancoAngeli Open Access è la piattaforma per pubblicare articoli e monografie, rispettando gli standard etici e qualitativi e la messa a disposizione dei contenuti ad accesso aperto. Oltre a garantire il deposito nei maggiori archivi e repository internazionali OA, la sua integrazione con tutto il ricco catalogo di riviste e collane FrancoAngeli massimizza la visibilità, favorisce facilità di ricerca per l'utente e possibilità di impatto per l'autore.

Per saperne di più: [Pubblica con noi](#)

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio "[Informatemi](#)" per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.



benessere tecnologia società

Venti anni di sociologia della salute in Italia

Temi ricorrenti e sfide emergenti

a cura di Anna Rosa Favretto,
Flavia Atzori, Enrico Maria Piras,
Barbara Sena

Il volume è stato pubblicato con il contributo di AIS – Associazione Italiana di Sociologia,
Sezione Sociologia della Salute e della Medicina

I curatori dichiarano che, nella fase di stesura del presente volume,
non sono stati utilizzati strumenti di IA generativa.

Isbn cartaceo: 9788835185727

Isbn e-book: 9788835195030

Isbn epub3: 9788835195047

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

Pubblicato con licenza *Creative Commons*
Attribuzione-Non Commerciale-Non opere derivate 4.0 Internazionale
(CC-BY-NC-ND 4.0).

Sono riservati i diritti per Text and Data Mining (TDM), AI training e tutte le tecnologie simili.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore.
L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni
della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

Gli eventuali link attivi e QR code inseriti nel volume sono forniti dall'autore. L'editore non si assume
alcuna responsabilità sui link attivi e QR code ivi contenuti che rimandano a siti non appartenenti a
FrancoAngeli.

Indice

| | | |
|--|------|----|
| Introduzione: una immagine tra le molte possibili , di <i>Anna Rosa Favretto, Flavia Atzori, Enrico Maria Piras e Barbara Sena</i> | pag. | 7 |
| I. Venti anni di sociologia della salute nel contesto italiano e internazionale | | |
| 1. Radici e continuità: la costruzione istituzionale di un sapere sociologico della salute e della medicina , di <i>Giovanna Vicarelli</i> | » | 13 |
| 2. Trajectories of Health and Medical Sociology in Europe: Organisation, Research and Pedagogy , di <i>Dino Numerato</i> | » | 26 |
| 3. Configurazioni contemporanee della sociologia della salute in Italia , di <i>Marco Terraneo e Cristina Lonardi</i> | » | 39 |
| II. Il futuro della sociologia della salute: sfide emergenti e orizzonti futuri | | |
| 4. Immaginare il futuro: sfide e opportunità per la sociologia della salute in Italia , di <i>Flavia Atzori e Marta Gibin</i> | » | 59 |
| 5. La sostenibilità futura dei sistemi e delle politiche socio-sanitarie , di <i>Barbara Sena e Ivan Galligani</i> | » | 70 |

| | | |
|---|------|-----|
| 6. Tecnologie digitali e Intelligenza Artificiale nella nuova governance della salute , di <i>Alberto Ardisson</i> ed <i>Enrico Maria Piras</i> | pag. | 83 |
| 7. Salute come relazioni nell'ambiente: le sfide dell'approccio One Health , di <i>Giacomo Balduzzi</i> e <i>Angela Genova</i> | » | 96 |
| 8. Dalla sicurezza alla salute negli ambienti di lavoro. Un lungo e complesso percorso , di <i>Mara Tognetti Bordogna</i> | » | 109 |
| 9. Who wants to live forever? Immortalità, Ozempic e altre medicalizzazioni , di <i>Antonio Maturo</i> | » | 124 |
| 10. Corsi di vita e stili di invecchiamento , di <i>Guido Giarelli</i> | » | 138 |
| 11. Salute mentale: Tre storie tra buone pratiche e criticità sistemiche , di <i>Luigi Gariglio</i> | » | 152 |
| Tra continuità e innovazione: identità, traiettorie e configurazioni contemporanee della Sociologia della salute e della medicina in Italia. Alcune note conclusive , di <i>Anna Rosa Favretto</i> | » | 165 |
| Note sugli autori | » | 171 |

Introduzione: una immagine tra le molte possibili

di *Anna Rosa Favretto, Flavia Atzori, Enrico Maria Piras e Barbara Sena*

Il volume che qui presentiamo nasce dalla volontà di celebrare vent'anni dalla costituzione della Sezione di Sociologia della salute e della medicina dell'Associazione Italiana di Sociologia e intende offrire, insieme, un momento di ricostruzione dei temi che hanno contraddistinto la nostra Sezione sin dalla sua stagione fondativa, ma anche uno sguardo sulle trasformazioni e i temi emergenti che negli ultimi anni caratterizzano il lavoro dei sociologi della salute.

Con i contributi raccolti in questo volume non intendiamo certamente esaurire il panorama dei temi e dei metodi presenti oggi in Italia, quanto avviare un confronto su ciò che fino ad ora è stato realizzato e sul tanto che resta, ancora, da fare per la nostra disciplina di studio.

La nostra idea è stata quella di mettere insieme da un lato una riflessione sul percorso sino a qui compiuto dalla Sezione e, più in generale, dalla sociologia della salute e della medicina in Italia; dall'altro, di proporre uno sguardo, seppure inevitabilmente incompleto, sulle questioni che oggi attraversano il campo della salute e sulle linee di ricerca che ne stanno ridefinendo i confini. Celebrare l'anniversario della nostra sezione, in questo senso, non significa soltanto fare memoria, ma soprattutto assumere la prospettiva storica come strumento per leggere il presente e orientare il futuro.

Leggendo i contributi che sono qui raccolti, è legittimo chiedersi se sia possibile ricostruire l'immagine complessiva della Sociologia della salute e della medicina in Italia. La risposta ci pare affermativa, a patto che si dichiari da subito che la nostra scelta è stata di delineare soltanto una delle immagini possibili e ciò per alcune ragioni. Innanzitutto, gli argomenti trattati sono stati il frutto di una selezione ragionata attuata dall'attuale Consiglio della Sezione che ha promosso la realizzazione del volume. Come sempre avviene quando si compiono scelte, l'inclusione e l'esclusione di ogni elemento è opinabile. L'intento è stato quello di individuare, da un lato, una lettura

ricostruttiva della storia della Sezione e della Sociologia della salute e della medicina italiana lungo il filo del tempo, dal passato al presente, considerando che la nostra disciplina ha trovato proprio nella Sezione un importante approdo per la sua costruzione collettiva e per la sua definizione pubblica, attraverso il confronto scientifico e il posizionamento internazionale. D'altro lato, la scelta degli argomenti ha inteso privilegiare anche alcuni temi, vecchi e nuovi, che le trasformazioni sociali in atto impongono all'attenzione dei sociologi e delle sociologhe della salute.

La struttura del volume risponde precisamente a questa duplice esigenza, attraverso una suddivisione in due parti distinte, ma allo stesso tempo logicamente collegate dallo stesso filo conduttore: far emergere la rilevanza della sociologia della salute in Italia.

Una prima parte del volume riguarda la ricostruzione della stagione fondativa e degli sviluppi che hanno portato la Sezione a diventare uno spazio stabile di elaborazione scientifica, confronto e riconoscimento disciplinare. Tornare alle origini non ha qui un significato meramente celebrativo: serve piuttosto a comprendere le condizioni culturali e scientifiche entro cui la sociologia della salute e della medicina si è consolidata in Italia e a mettere in evidenza la funzione svolta dalla Sezione nel renderne possibile la crescita collettiva.

Per tale ragione, in questa prima parte è stata data anche un'attenzione specifica al passato recente e al presente attraverso una ricostruzione delle configurazioni assunte dalla sociologia della salute nel periodo 2015-2025, tramite l'analisi delle principali pubblicazioni apparse in Italia negli ultimi dieci anni. Si tratta di un decennio particolarmente denso, segnato da trasformazioni profonde che hanno investito la salute, la medicina, i servizi e le politiche sociosanitarie. In questo periodo si sono accentuate dinamiche già in corso – dall'invecchiamento della popolazione alla crescita della cronicità, dalla ridefinizione dei sistemi di welfare alla diffusione delle tecnologie digitali – e si è imposto un evento di portata eccezionale come la pandemia da Covid-19, che ha messo nuovamente con forza la salute al centro del discorso pubblico. Anche per questo, osservare gli ultimi dieci anni significa interrogarsi non solo su ciò che è cambiato nella società in un periodo denso di trasformazioni, ma anche su come la disciplina abbia saputo leggere, interpretare e problematizzare tali mutamenti.

Un terzo asse che abbiamo considerato in questa prima parte è la dimensione internazionale della sociologia della salute. Fin dalla sua fondazione, la Sezione ha favorito collegamenti e lavoro comune con istituzioni e associazioni internazionali. Riteniamo, pertanto, che anche questo aspetto è parte integrante della nostra storia. Il dialogo con il contesto europeo e

internazionale non rappresenta soltanto una cornice esterna, ma una componente costitutiva del campo: ha contribuito alla circolazione di concetti, metodi e prospettive e ha permesso di collocare le esperienze italiane entro un orizzonte comparativo più ampio. In questo senso, la dimensione internazionale aiuta a leggere meglio sia le specificità nazionali, sia le sfide condivise che oggi investono i sistemi sanitari, i modelli di welfare e le disuguaglianze di salute.

La seconda parte del volume è invece orientata in modo più esplicito al presente e al futuro della disciplina. Essa si apre con una riflessione affidata alla nuova generazione di sociologhe e sociologi della salute, chiamata a indicare quali siano, oggi, i temi ritenuti più rilevanti e promettenti. La scelta di dare spazio a queste voci non ha un valore soltanto simbolico: consente di cogliere sensibilità emergenti, spostamenti di attenzione, nuove urgenze teoriche ed empiriche e di comprendere in quale direzione si stiano muovendo gli interessi di ricerca più recenti.

A questa apertura seguono contributi dedicati ad alcuni temi particolarmente significativi per il presente e per il futuro prossimo della sociologia della salute e della medicina: la sostenibilità dei sistemi e delle politiche socio-sanitarie; il ruolo delle tecnologie digitali e dell'Intelligenza Artificiale nella *governance* della salute; le interdipendenze tra salute e ambiente nell'orizzonte One Health; la sicurezza del lavoro; i processi di medicalizzazione; l'invecchiamento e le trasformazioni della *long-term care*; le nuove e vecchie sfide della salute mentale. Una lettura trasversale dei contributi proposti consentirà di intravedere una tensione sempre più marcata alla collaborazione con altre tradizioni di pensiero e ricerca. Così, occuparsi di invecchiamento apre le porte alla collaborazione con le discipline medico-infermieristiche, affrontare le nuove frontiere della medicalizzazione offre spazio per dialogare con genetisti e filosofi eticisti, osservare i processi di innovazione legati all'introduzione dell'intelligenza artificiale beneficia della collaborazione con gli studi sociali di scienza e tecnologia e l'ingegneria dell'informazione. In controluce emerge l'opportunità e la sfida dell'interdisciplinarietà, dove la sociologia della salute e della medicina è chiamata a portare il proprio contributo e a rileggersi alla luce di altre categorie senza perdere comunque la propria identità.

Nel loro insieme, ci sembra che questi temi restituiscano bene l'ampiezza del campo e mostrino come la salute sia sempre più un punto di intersezione tra dimensioni sociali, tecnologiche, ambientali e istituzionali. Allo stesso tempo, essi confermano che alcune questioni classiche della disciplina – le disuguaglianze, i rapporti di potere, la definizione sociale dei bisogni, le

forme della cura e del controllo – continuano a riproporsi, pur dentro scenari profondamente mutati.

Nel proporre questa agenda non intendiamo esaurire il panorama dei temi e dei metodi presenti oggi in Italia, ma avviare un confronto su ciò che è stato realizzato e su ciò che resta ancora da fare. Siamo consapevoli che, pur nella ricchezza argomentativa presente nei contributi, la inevitabile ristrettezza delle pagine a disposizione ha necessariamente impedito trattazioni maggiormente estese. Tuttavia, riteniamo che l'abilità degli autori e delle autrici nell'individuare le questioni centrali di ogni argomento sviluppato, grazie anche all'adozione di prospettive e di stili argomentativi individuali e peculiari, sia riuscita a restituire la varietà e la profondità dei temi trattati.

Il volume, dunque, non vuole offrire una rappresentazione definitiva, ma una ricostruzione necessariamente parziale: una mappa ragionata, utile a leggere insieme il cammino compiuto e le direzioni ancora aperte. Proprio in questo si colloca il suo significato principale: nel rendere visibile la Sezione non soltanto come sede organizzativa, ma come comunità scientifica capace di produrre riflessione, confronto e progettualità.

Infine, come nell'antica parabola indiana, che racconta di alcuni saggi ciechi impegnati a descrivere che cosa fosse un elefante, potendone però toccare solo singole parti del suo corpo, ogni argomento trattato in questo volume getta sicuramente luce solo su una piccola porzione della molteplicità delle riflessioni che i sociologi della salute hanno affrontato nel corso di questi vent'anni di attività. Tuttavia, proprio come ci insegna la parabola, è soltanto un'ampia e paziente ricostruzione, riflessione e discussione collettiva da parte della nostra comunità che può restituire la visione d'insieme, le linee di sviluppo e ciò che ancora necessita di maggiore attenzione.

Ed è in questa prospettiva, rispettosa di tutte le studiose e gli studiosi della nostra Sezione e del nostro lavoro comune, che offriamo questa immagine di sintesi.

*I. Venti anni di sociologia della salute
nel contesto internazionale e in Italia*

1. Radici e continuità: la costruzione istituzionale di un sapere sociologico della salute e della medicina

di *Giovanna Vicarelli*

Premessa

Il 26 settembre 2005, nella sede di Ancona dell'Università Politecnica delle Marche (UNIVPM), veniva istituita, all'interno della Associazione Italiana di Sociologia (AIS), la Sezione di Sociologia della salute e della medicina (SSM). Sono passati, da allora, Venti anni e la Sezione, oggi, si presenta come una sede di confronto scientifico molto vivace, con un numero di iscritti in crescita che ne fanno una delle aree più numerose e dinamiche dell'AIS.

Come e perché sia nata tale Sezione è l'oggetto di questo scritto il quale propone un approccio narrativo che poggia sia sulla documentazione conservata presso il Dipartimento di Scienze economiche e sociali dell'UNIVPM (Verbale delle votazioni, Manifesto approvato, Verbale dei primi tre anni di attività), sia sulla memoria individuale e collettiva di quel periodo. Inoltre, tra il 2015 e il 2020, sono uscite due pubblicazioni che ricostruiscono l'evoluzione della sociologia della salute in Italia (Ingrosso e Vicarelli, 2015) e più in generale della Sociologia della medicina in Europa e negli USA (Cardano, Giarelli e Vicarelli, 2020). A tali lavori scientifici si farà riferimento per tratteggiare il contesto culturale entro cui si pone la genesi istituzionale della Sociologia della salute e della medicina italiana. Nello specifico, si propone una linea di analisi che parte dal contesto internazionale e che arriva alla situazione nazionale per inquadrare e comprendere la creazione e la prima implementazione della Sezione di SSM.

1. Medical sociology e Sociology of Health and Illness all'inizio degli anni Duemila

All'inizio degli anni Duemila, la Sezione dell'American Sociological Association (ASA) dedicata alla salute (intitolata, a partire dalla sua costituzione, *Medical Sociology*) conta circa quaranta anni di ricerca e di sviluppo, essendo stata fondata nel 1959. La pubblicazione nel 2000 della quinta edizione dell'*Handbook of medical Sociology* di Bird *et al.* dà conto dello stato della subdisciplina al volgere del millennio, quando, secondo i curatori del volume, si presenterebbero una pluralità di dilemmi. Il primo riguarda l'avvenuto sorpasso da parte dell'economia sanitaria che sembra dirigere, ormai, le scelte dei governi nazionali e di quello federale in tema di salute. Allo stesso tempo (secondo dilemma), un settore specifico di studi (*health services research*), volto all'analisi dell'organizzazione e gestione delle strutture sanitarie, sembra essere divenuto autonomo, avendo creato proprie riviste e propri centri di ricerca. Il terzo dilemma concerne il rapporto con la bioetica, cresciuta di importanza all'interno dei corsi di laurea in medicina. Anche nei riguardi dell'epidemiologia sociale (quarto dilemma), la subdisciplina pare aver perso potere, dal momento che le determinanti sociali di salute (sesso, etnia, appartenenza sociale ecc.) vengono considerate come singole componenti individuali, piuttosto che caratteristiche di un determinato sistema sociale. L'obiettivo, dunque, di creare nuove forme di interrelazione con discipline affini sembra proporsi, per la sociologia statunitense, come una sfida da cogliere, ma difficile da vincere.

All'inizio degli anni Duemila, l'*European Sociological Association* (ESA) risulta da poco costituita (essendo nata nel 1994) così come, al suo interno, il network RN16 *Sociology of Health and Illness*. Quest'ultimo dimostra notevoli difficoltà nel superare le divergenze che continuano a dimostrarsi in questo campo di studi tra i diversi paesi europei. Tuttavia, i dilemmi che si propongono negli USA appaiono presenti anche nel contesto europeo.

In Gran Bretagna, già a partire dalla fine degli anni Ottanta, la sociologia riceve dal Ssn un minore numero di finanziamenti. L'attenzione verso la sostenibilità economica del servizio pubblico, anche a seguito delle riforme di tipo manageriale sviluppate in questi anni, indirizza gli amministratori a privilegiare discipline rivali (nello specifico economico-aziendalistiche) o ambiti medici tesi a misurare l'efficacia sui pazienti delle conoscenze derivanti dalle ricerche scientifiche (*Evidence Based Medicine*). In tal senso, i finanziamenti pubblici si indirizzano verso grandi centri di ricerca multidisciplinari, marginalizzando quelli monodisciplinari di sociologia medica che sono costretti a chiudere o trasformarsi (il centro di Aberdeen trasferito a Glasgow

diventa il *Social MRC and Public Health Sciences Unit*, il centro di Swansea chiude). Al tempo stesso, la sociologia medica si sposta all'interno delle business school (ad esempio a Warwick) trovando legami sia con la nuova sociologia istituzionale sia con gli studi di sociologia dell'organizzazione, cioè con ambiti più vicini alle scuole di economia aziendale. Dopo il 1990, tuttavia, con il trasferimento alle università della formazione degli infermieri (in college autonomi da quelli medici) è in questo settore che la sociologia trova i suoi maggiori sbocchi, seppure in termini interdisciplinari o multidisciplinari sotto etichette quali "Scienze della salute" o "Studi sanitari". In tale contesto, lo spessore teorico delle ricerche svolte resta limitato. Uno studio sugli articoli pubblicati, dal 1992 al 2007, nella maggiore rivista del settore, «Sociology of Health and Illness», evidenzia come il livello di internazionalizzazione sia basso, le ricerche siano più qualitative che quantitative, incentrate su temi quali l'identità del malato o le malattie croniche (livello micro), le disuguaglianze sociali di salute, la posizione e il potere dei medici (livello meso). Da questo punto di vista, è evidente la discrasia tra gli interessi, sempre più economico-finanziari e organizzativi, del Ssn e quelli della sociologia della salute britannica costretta entro limiti teorici e di minore impegno pubblico e sociale.

Nei paesi scandinavi la ricerca s'indirizza, in questi stessi anni, sugli studi di genere, spinta da due dinamiche: da un lato, il lento progredire delle carriere delle donne medico e la loro persistente segregazione (verticale e orizzontale), nonostante le politiche pubbliche di parità e l'alta percentuale di femminilizzazione della medicina; dall'altro, l'espansione delle professioni sanitarie non mediche (infermieri pubblici ed assistenti domiciliari) grazie anche alle politiche neoliberiste volte a risparmiare sulla spesa pubblica offrendo maggiori spazi giurisdizionali a tali profili occupazionali.

In Polonia, le problematiche che vengono maggiormente sviluppate riguardano tanto le professioni sanitarie, soprattutto infermieristiche, quanto le tematiche legate al ruolo della famiglia nelle cure non convenzionali, nonché alle disuguaglianze e alla promozione della salute. Tuttavia, in queste ultime direzioni, la medicina assume un ruolo più determinante, marginalizzando l'apporto sociologico.

In Francia, emerge il desiderio di incrementare il dialogo tra scienze mediche e scienze sociali. Tale tendenza conduce queste ultime ad essere più presenti nella formazione medica, così come nelle istituzioni sanitarie (INSERM, Le Agenzie Regionali Sanitarie, I Comitati di Protezione delle Persone ecc.) con ricerche sempre di carattere qualitativo. Al tempo stesso, molti ricercatori sociali vanno integrandosi nel mondo della salute collaborando con le società scientifiche mediche o con gli Istituti di formazione degli

infermieri e delle ostetriche. Si tratta in questo caso di un processo di riflessività sulle proprie pratiche e le proprie metodologie di analisi che contribuisce alla co-costruzione di progetti comuni, ad esempio, sui tumori (si vedano i lavori di Emmanuel Langlois e di François Vedelago) o sul ruolo professionale dei medici (dove sono impegnati David Saint Marc e Géraldine Bloy) e delle ostetriche (grazie ai lavori di Béatrice Jacques). Da questo punto di vista, l'Università di Bordeaux resta uno dei centri fra i più attivi della sociologia della salute francese.

2. La sociologia della salute in Italia

Negli anni Duemila, la sociologia della salute in Italia ha già attraversato due fasi di sviluppo: l'una pionieristica e l'altra costruttiva.

Nel periodo che va dalla fine degli anni Sessanta a tutto il decennio successivo, crescono nel Paese l'iniziativa e la critica radicale al pensiero e all'establishment medico-sanitario per opera prevalentemente di medici come F. Basaglia, G.A. Maccacaro, G. Berlinguer, A. Seppilli e altri. Il mondo sociologico italiano recepisce l'insieme di queste sollecitazioni attraverso traduzioni – come il volume di R.N. Wilson, *The Sociology of Health* (a cura di A. Giobbi, 1973) – o rassegne – come le antologie di Abbatecola e Melocchi (1977) e Maccacaro e Martinelli (1977) – oppure i primi convegni (ad esempio quello organizzato a Torino da F. Barbano e pubblicato nel 1977 col titolo *Sanità, Salute e Servizi Sociali*), nonché attraverso alcune indagini empiriche in particolare negli ambienti di lavoro.

Dopo tale fase di incubazione, se ne apre una seconda, che si sviluppa nel corso degli anni Ottanta fino agli anni Novanta in stretta relazione con la implementazione e la rapida trasformazione del Ssn istituito con la L.833/78. In questa seconda fase, la sociologia italiana (o meglio, alcuni suoi gruppi ed esponenti) sviluppa un ampio e articolato lavoro concettuale e analitico che vede coinvolti vari orientamenti teorici e differenti sedi universitarie. Ne sono testimonianza i convegni nazionali e internazionali che si tengono in questi anni e soprattutto le ricerche empiriche che vengono sviluppate su una varietà di temi. La subdisciplina si denomina sociologia “della salute” poiché pone al centro dei suoi interessi la questione della acquisizione o della perdita della salute, nonché quella della sua costruzione sociale attraverso i sistemi sanitari, gli operatori e professionisti sanitari, le reti “comunitarie”, le aggregazioni di terzo settore, i movimenti sociali delle donne, dei lavoratori, del self-help ecc. I centri di ricerca interessati sono numerosi e distribuiti soprattutto nell'Italia centrosettentrionale: da Torino a Milano, da Bologna a

Firenze, da Parma a Ferrara, da Roma ad Ancona. A tirare le fila dei nuovi studi sono alcuni sociologi della prima ondata che fanno capo a scuole consolidate sul piano teorico e di ricerca empirica (Alberto Martinelli, Achille Ardigò, Massimo Paci, Antonio Carbonaro, Paolo De Nardis) che coinvolgono sempre più giovani nelle nuove ed emergenti aree di studio.

Nel corso degli anni Novanta, anche in Italia si assiste, così come negli USA e in Europa, ad un ridimensionamento del finanziamento pubblico nei riguardi degli studi sociali, concomitante con la difficile attuazione del Ssn e con la sua trasformazione in termini aziendalistici. La riorganizzazione delle Unità Sanitarie Locali e la loro gestione regionale (a partire dal decreto 502 del 1992) portano in campo altre scienze sociali (quali l'economia sanitaria ed aziendale) alle quali si affidano i compiti di managerializzazione delle strutture sanitarie e delle professionalità mediche. Tuttavia, mentre la formazione universitaria dei medici resta estranea alle scienze sociali ed umanistiche, nuovi spazi di insegnamento nei corsi universitari per le professioni sanitarie si aprono alla sociologia.

Nei primi anni Duemila, il Ssn italiano ha già conosciuto le sue più importanti trasformazioni normative ed organizzative: non solo l'aziendalizzazione delle strutture e la managerializzazione delle professioni sanitarie, ma soprattutto la regionalizzazione del sistema pubblico con la Legge di riforma del Titolo V della Costituzione. In questi stessi anni, si procede in modo più netto verso un processo di trasformazione del principio universalistico della L.833 passando da forme di "universalismo pieno" a forme tendenzialmente più ridotte (di "universalismo selettivo" e sempre più "differenziato") sulla spinta di forze sia esterne che interne collegate alla regolazione dei sistemi economico-politici sovranazionali, nazionale e sub-nazionale (Vicarelli, 2023). Che si tratti di una sostanziale trasformazione dei quattro pilastri sui cui si fonda l'istituzione del Ssn è dimostrato dai cambiamenti nelle forme di finanziamento basate sulla fiscalità generale (essendo quest'ultima sempre meno progressiva ed equa), nonché su una incrementale partecipazione e compartecipazione alla spesa sanitaria, differenziata peraltro su base regionale; dalla mancata riduzione delle disuguaglianze territoriali e delle disparità di trattamento personali nonostante l'applicazione e il controllo sui Livelli essenziali di assistenza (LEA) previsti con la legge di riforma del Titolo V della Costituzione; da una organizzazione dei servizi e delle prestazioni sempre più delegata o abbandonata al privato profit e no profit; da una eleggibilità dell'intera popolazione più formale che sostanziale. D'altro canto, che si tratti di una trasformazione riduttiva dell'universalismo e non di una ricalibratura del Ssn è dimostrato dal fatto che non vengono attuate modifiche sulle quattro dimensioni che essa avrebbe comportato: funzionale,

distributiva, normativa e politico-istituzionale (Ferrera, Hemerijck e Rhodes, 2003). Si sarebbe cioè dovuto, in termini di *ricalibratura funzionale*, ribilanciare le politiche incentrate sulle cure ospedaliere con quelle incentrate sulla prevenzione e sulla riabilitazione, nonché sulle cure primarie. La *ricalibratura distributiva* avrebbe dovuto riequilibrare la protezione pubblica tra i differenti beneficiari delle prestazioni sociali, incrementando i servizi e le prestazioni nei riguardi della popolazione anziana e giovanile. La sfida della *ricalibratura normativa* avrebbe richiesto l'elaborazione di nuove configurazioni simboliche e l'articolazione di nuovi programmi pubblici in grado di presentare l'agenda delle riforme come un progetto a somma positiva, efficacemente giustificabile in base ai valori su cui si fonda. Infine, seguendo l'obiettivo della *ricalibratura politico-istituzionale*, si sarebbe dovuto allargare il campo della negoziazione e del coordinamento tra gli attori coinvolti, inserendo, ad esempio, le associazioni dei cittadini o dei professionisti. Nessuna di queste modalità è rintracciabile nelle politiche sanitarie italiane degli anni Duemila (Vicarelli, 2019). Al contrario, la riduzione progressiva del sistema istituzionale-redistributivo in sanità appare come il risultato dell'influenza, mai sopita, sia del welfare categoriale (si veda il funzionamento del secondo pilastro), sia di quello residuale (si consideri il ruolo attribuito alle famiglie e al mercato no profit), dimensioni, cioè, dominanti nel più ampio sistema di welfare italiano (Ascoli, 2022).

È in questo contesto, dunque, e con grande ritardo rispetto agli USA e a gran parte dei paesi europei, che la sociologia della salute chiede di essere istituzionalizzata all'interno dell'AIS sia per trovare maggiore legittimazione di fronte alle discipline emergenti nel settore (soprattutto economico-aziendali), sia per ottenere una più ampia visibilità nei riguardi della Pubblica Amministrazione (in specie da parte delle Aziende sanitarie) e del settore sanitario privato in crescita.

3. La costituzione della Sezione di SSM

3.1 Il manifesto fondativo

Nel 2005, l'AIS ha poco più di venti anni di vita (nasce nel 1983) e conta al suo interno Sezioni che esprimono la varietà dei temi affrontati dalla sociologia italiana fino a quel momento: dalla sociologia economica alla sociologia politica, dalla sociologia della vita quotidiana alla sociologia della religione, ecc. I tempi sembrano, però, maturi per la creazione di una Sezione espressamente rivolta all'area della salute e della medicina, tanto più perché

i giovani ricercatori di un tempo hanno raggiunto posizioni più stabili contribuendo a creare centri di ricerca ad hoc (il Laboratorio Paracelso a Ferrara, il Centro di ricerca sulla integrazione sociosanitaria in Ancona ecc.) Non va dimenticato, inoltre, che nel 2002 viene creata la rivista «Salute e Società» (sotto la direzione di Costantino Cipolla) che aggrega tutti i centri di ricerca universitari che, a partire dagli anni Ottanta, erano andati crescendo e sviluppandosi su questi temi.

Il Manifesto fondativo della Sezione, firmato da 46 soci AIS, si articola in quattro punti in cui si esplicitano: gli scenari di riferimento; la definizione, l'ambito e i campi della sociologia della salute; l'articolazione interna della Sezione; le dichiarazioni di consenso.

Nel primo punto si esprimono i dubbi e i timori sulla significativa inversione di tendenza che, a partire dagli anni Ottanta, sembra toccare il diritto alla salute, così come espresso dall'OMS in *Salute per tutti entro l'anno 2000* (WHO, 1979). L'ingresso in campo sanitario delle maggiori istituzioni finanziarie internazionali come la Banca Mondiale e il Fondo Monetario Internazionale (che sostituiscono in buona parte l'OMS nella sua funzione di ruolo-guida) segnerebbe, infatti, il passaggio verso un'idea di salute – di provenienza economica – come bene di consumo e investimento più che di risposta ai bisogni di benessere degli individui e della collettività. Tale deciso mutamento di valori e di linguaggio sembra riflettersi nelle nuove strategie di “riforma” dei sistemi sanitari che prevedono: l'iniezione di potenti dosi di mercato in sanità, la responsabilizzazione dei cittadini attraverso l'introduzione di forme di partecipazione alla spesa sanitaria, la modernizzazione del management sanitario sulla base di modelli di provenienza industriale, il decentramento dei livelli di governo della sanità. Nel Manifesto si ricorda come, a causa della accresciuta presenza e della nuova posizione dei cittadini, dei malati, delle professioni non mediche, delle associazioni e dei movimenti della società civile, nonché delle stesse donne medico nel Ssn, si vanno delineando configurazioni più democratiche e pluralistiche. Ciò, tuttavia, dimostra anche caratteri di fragilità e di rischio della nuova strutturazione che non vanno sottovalutati.

Nel secondo punto si dà una definizione della sociologia della salute e della medicina dichiarando che essa analizza – nei termini propri dell'epistemologia, della teoria e della metodologia sociologica – i modi attraverso cui, in un determinato tempo e ambiente sociale, si definisce la salute, si promuove il benessere sociale, si fronteggiano le malattie, le disabilità e il malessere. Essa ha come obiettivo lo studio dei rapporti fra punti di vista, fra attori sociali, fra gruppi, fra istituzioni relativamente alla costruzione sociale del benessere finalizzata al miglioramento della salute e della qualità della

vita dei soggetti e delle popolazioni. Essa include l'analisi della medicina, del sistema sanitario, delle pratiche terapeutiche, delle situazioni di malattia, disagio e malessere, dei comportamenti sociali, delle credenze e rappresentazioni sociali, delle pratiche di cura, dei fattori incidenti sul benessere sociale individuale e collettivo, dei modi in cui viene promossa la qualità della vita, delle politiche sanitarie e del benessere. Ha fra le sue aree applicative la sociologia clinica, l'educazione e la formazione alla salute, la promozione della salute, la comunicazione della salute, la valutazione di qualità dei servizi, la progettazione sociale finalizzata al benessere e ogni altro ambito scientifico, progettuale e operativo che utilizzi gli strumenti e le conoscenze sociologiche per conseguire finalità di prevenzione, formazione, promozione, cura, riabilitazione, intervento territoriale, organizzazione dei servizi e delle prestazioni, programmazione e progettazione del benessere a tutti i livelli. La sociologia così intesa concorre alla formazione di tutte le figure sanitarie, sociali e della comunicazione che intervengono su questi processi arricchendone la preparazione con lo specifico sapere e punto di vista della scienza sociologica.

Nel terzo punto, si indica una articolazione interna della Sezione in termini di sei "Contenitori" di studi e ricerche, con le relative piste di lavoro.

1. Contenitore Storico, volto a comprendere gli sviluppi della subdisciplina a partire dal pensiero dei classici e la sua graduale istituzionalizzazione e differenziazione interna (ad esempio tra sociologici accademici e professionisti);
2. Contenitore Epistemologico, proiettato verso l'analisi e la cross-fertilization dei cinque approcci dominanti, cioè quello struttural-funzionalista, quello marxista e conflittualista, quello critico-fenomenologico, quello eco-sistemico e quello connessionista-correlazionale;
3. Contenitore Etico, finalizzato a leggere i valori che sottostanno alle scelte di policy che vengono effettuate in termini di salute e di medicina;
4. Contenitore Teorico, finalizzato a superare la tradizionale contrapposizione fra teorie *micro* e teorie *macro* che ha animato il dibattito sociologico, soprattutto statunitense, nell'ottica di una: *Microsociologia della salute* (sick-role, illness/health-seeking behaviour, diversi modelli di relazione medico-paziente, salute e vita quotidiana, genere, corso di vita e salute, pratiche di benessere, educazione/formazione alla salute); *Mesosociologia della salute* (concetto di lavoro sanitario/di *care*, sociologia delle professioni sanitarie, reti sociali e salute, analisi delle organizzazioni sanitarie e management, benessere sociale, promozione comunitaria della salute); *Macrosociologia della salute* (politiche per la salute, concetto di sistema sanitario, sistemi

sanitari comparati, sistema sanitario ed ecosistema, stili di vita, rappresentazioni sociali, culture della salute, comunicazione della salute).

5. Contenitore Metodologico, mirante a superare la dicotomia tra metodi qualitativi e quantitativi, in favore di una pluralità di metodi d'indagine e di una integrazione metodologica che consenta di esplorare più a fondo e secondo diverse prospettive gnoseologiche gli "oggetti" di ricerca. Particolare considerazione viene data al metodo storico-comparativo, che vanta una lunga e onorata tradizione nell'ambito delle scienze sociali da Max Weber a Marc Bloch, ma che sembra stentare ad affermarsi nell'ambito della Sociologia della salute, salvo rare eccezioni.
6. Contenitore Pratico, cioè verso una nuova circolarità di relazioni fra teoria-ricerca-pratica contro la dicotomia classica fra sociologia della medicina e nella medicina.

Il quarto punto del Manifesto si riferisce all'impegno che i firmatari prendono in termini di riconoscimento e sostegno della salute come bene e diritto primario di ogni essere umano e delle collettività che deve ricevere adeguate forme di tutela e sostegno, preservandolo dai rischi della disegualianza, dell'ingiustizia, della mercantizzazione, dell'esclusione. Tale diritto va garantito e perseguito per tutti i popoli e per tutta l'umanità unendo tutte le capacità scientifiche, tecniche, culturali, relazionali e organizzative in vista della sua migliore realizzazione storicamente possibile. La sociologia della salute si impegna, quindi, a contribuire, nell'ambito delle proprie possibilità e interagendo con la scienza medica e con tutte le scienze della salute, a perseguire tale obiettivo.

3.2 Il processo costitutivo

La proposta di costituzione della nuova Sezione è approvata dal Consiglio Direttivo dell'AIS, presieduto dal professor Cipriani, nella seduta del 13 giugno 2005. Come avrà modo di dire lo stesso Presidente AIS, in occasione dell'assemblea costitutiva, fino ad allora non era mai stata creata una sezione ex-novo, essendo tutte le altre derivate da scissioni delle attività generali dell'AIS. Conseguentemente anche lo statuto dell'AIS offriva poco spazio alle norme di regolamentazione in tal senso. Il Presidente Cipriani ricorda che il Consiglio direttivo, analizzando la proposta di costituzione della nuova Sezione, ha lungamente dibattuto sull'opportunità di affiancare nella denominazione i termini "salute e medicina". Si è approdati alla dizione "Sociologia della salute e della medicina" decidendo di unire le due dimensioni e

concepando la medicina come conseguenza del termine “salute” che viene quindi inserito al primo posto.

All’Assemblea costitutiva, presso la sede di Ancona dell’UNIVPM, partecipano 38 soci votanti provenienti da un gran numero di sedi universitarie (Torino, Milano, Bologna, Roma, Parma, Ferrara, Urbino, Ancona, Napoli e Salerno) e da diversi orientamenti teorici, nonché espressione delle tre grandi componenti “politico-culturali” dell’AIS (MI-TO, cattolica e terza componente) a dimostrazione di un intento comune nella creazione del nuovo organo, pur nelle conflittualità che si manifestano in tutto il percorso di costituzione (tra singole personalità e affiliazioni accademiche).

Il seggio elettorale è formato da Roberto Cipriani, Professore Ordinario presso la Facoltà di Scienze della Formazione dell’Università degli Studi Roma3; Tullia Saccheri, Professoressa Associata presso la Facoltà di Lettere dell’Università degli Studi di Salerno; Carla Moretti, Ricercatrice presso la Facoltà di Economia “G. Fuà” dell’Università Politecnica delle Marche. Ad ogni elettore vengono consegnate 3 schede, una per l’elezione del Coordinatore della Sezione (di colore verde), una per l’elezione del Segretario della Sezione (di colore bianco) ed una per l’elezione del Consiglio Scientifico della Sezione (di colore rosa). A conclusione delle votazioni viene nominata Coordinatrice della nuova Sezione Giovanna Vicarelli con 31 voti, Segretario Guido Giarelli con 30 voti, mentre il Consiglio Scientifico risulta composto da Mara Tognetti (Università di Milano); Antonio Maturo (Università di Bologna), Marco Ingrosso (Università di Ferrara), Emiliana Mangone (Università di Salerno); Tatiana Pipan (Università di Roma). Rappresentate sono, dunque, non solo le molte sedi universitarie e la loro distribuzione territoriale, ma anche le tre componenti tradizionali della AIS con un lieve sbilanciamento di genere a favore della rappresentanza femminile.

4. I primi tre anni di attività della Sezione

Nel 2008, alla fine del primo triennio di attività, la relazione, redatta dal Consiglio scientifico della Sezione, elenca le azioni di tipo organizzativo intraprese, le attività scientifiche realizzate e il numero di soci che hanno aderito nel tempo al nuovo organo dell’AIS.

Sul piano organizzativo la Sezione provvede, fin dalla sua costituzione, a strutturarsi attivando un indirizzo e-mail per ogni richiesta di informazione e costituendo un apposito archivio contenente l’elenco delle pubblicazioni dei Soci. Viene anche creato un sito web di supporto e di confronto con rubriche tematiche (*Salute, migrazioni e culture, Organizzazioni, culture e*

processi, Governance e integrazione sociosanitaria, Prevenzione, promozione ed educazione alla salute, Disuguaglianze sociali e salute, Professioni sanitarie, Sistemi sanitari comparati e riforme sanitarie, Comunicare la salute, La semantica politica del corpo) curate direttamente da alcuni soci della Sezione sulla base delle loro competenze specifiche.

Le attività scientifiche svolte nei tre anni di attività rispondono, in primo luogo, alle esigenze, emerse nel corso dell'assemblea fondativa, di assumere un carattere internazionale ed interdisciplinare, nonché di integrazione delle diverse aree dell'AIS e delle componenti teoriche ed accademiche presenti nella stessa Sezione. Vanno in questa direzione l'intenso lavoro di rete realizzato nei confronti dell'Associazione Francese di Sociologia della Salute e con il suo presidente prof. Calvez, nonché la partecipazione a congressi e convegni internazionali, tra cui il congresso ISA del 2006 a Durban e il Convegno dell'European Society for Health and Medical Sociology (ESHMS) ad Oslo nel 2008. Quest'ultimo è espressamente rivolto a consolidare la rete con le associazioni di Sociologia della salute dei paesi dell'area euromediterranea. Con lo stesso scopo vengono organizzate attività congiunte con alcune Sezioni dell'AIS tra cui: il convegno a Milano il 9 maggio 2006 presso l'Università Bicocca organizzato in collaborazione con la Sezione AIS di Sociologia del Territorio su "Qualità della vita e salute in ambiente urbano"; il Convegno Internazionale il 5-6 ottobre 2006 presso l'Università di Ferrara organizzato in collaborazione con il Centro Studi Sociali Paracelsus e la Sezione di Comunicazione e Promozione della Salute della SISS sul tema "Comunicare e Promuovere la Salute in Italia e in Europa: sviluppi e esperienze".

Sempre nella logica dell'integrazione e del confronto con altre realtà associative del settore viene realizzato un Convegno nazionale su "L'insegnamento delle Scienze Umane nelle Facoltà di Medicina in Italia", presso la Facoltà di Medicina dell'Università degli Studi "Magna Græcia" di Catanzaro in data 15 aprile 2008. Il convegno si svolge in collaborazione con altre quattro società scientifiche (S.I.A.M., A.I.E.S., S.I.P.Sa., S.I.S.M.) e, oltre a presentare i primi risultati di una ricerca sulla situazione della Sociologia nelle Facoltà di Medicina e Chirurgia in Italia realizzata dal Centro di Ricerca Interdipartimentale sui Sistemi sanitari e le Politiche di welfare (C.R.I.S.P.) della medesima università, è l'occasione per avviare un processo di collaborazione tra le stesse società scientifiche finalizzato alla promozione delle Scienze sociali nelle Facoltà di Medicina. In tale occasione viene stilato un documento congiunto da presentare al Ministero dell'Università e alla Commissione dei Presidi delle Facoltà di Medicina.

Le attività scientifiche (in termini di seminari e convegni) vertono principalmente su due grandi ambiti di interesse: quello relativo alle

diseguaglianze sociali e quello connesso ai cambiamenti organizzativi, professionali e istituzionali dei sistemi sanitari europei. Sul primo versante vanno ricordate le attività di preparazione e di approfondimento che portano alla realizzazione del Convegno Internazionale su “Salute e diseguaglianze sociali” svoltosi il 23-25 novembre 2006 presso l’Auditorium “Leonardo Petrucci” di Pescara. Sul secondo versante vanno annoverate le numerose iniziative inerenti alla formazione manageriale e alle professioni sanitarie al femminile che fanno da cornice al Convegno internazionale di fine mandato su “Il futuro dei sistemi sanitari fra governance e cittadinanza attiva” presso la Facoltà di Sociologia dell’Università degli Studi di Pisa in data 24-25 ottobre 2008. A tali attività fa seguito la pubblicazione di alcuni articoli sulla *Rassegna Italiana di Sociologia* (n. 1, gennaio-marzo 2007) e su *Polis* (n. 1, aprile 2008), nonché di due volumi nella collana “Scienze e salute” edita da FrancoAngeli che raccolgono una parte dei paper presentati al Convegno “Salute e diseguaglianze sociali”. Il primo “Disuguaglianze di salute e immigrazione” è curato da M. Tognetti (2008) e il secondo “Salute e disuguaglianze sociali” è curato da M. Bronzini (2008); un terzo volume, sempre pubblicato presso la casa editrice FrancoAngeli, curato da M. Tognetti e G. Nuvolati (2008) raccoglie i lavori del convegno “Qualità della vita e salute in ambiente urbano”.

Va segnalato, infine, che ad ottobre 2008, a conclusione del primo triennio di attività della Sezione, i soci complessivi (ordinari, cooptati e corrispondenti) sono 106 e risultano quindi raddoppiati rispetto ai 46 dell’Assemblea costituente.

Una considerazione conclusiva

I processi di genesi di una organizzazione, soprattutto di carattere professionale, non sono esenti dall’influenza dei contesti istituzionali e culturali di riferimento, né dal peso delle più ampie configurazioni economiche, politiche e culturali entro cui essi avvengono. Tuttavia, se l’influenza macro e meso strutturale appare indiscussa, come si è sottolineato in queste pagine, altrettanto è quella microsociale derivante dalle relazioni tra le soggettività che si fanno portatrici della creazione di un nuovo sistema professionale/organizzativo. La microfondazione della Sezione di SSM, tuttavia, non è stata oggetto di questo contributo poiché avrebbe richiesto l’analisi di dinamiche, anche conflittuali, troppo vicine nel tempo per essere comprese con il dovuto distacco. È possibile che, in futuro, tale argomentazione possa essere affrontata con maggiore chiarezza e attraverso una analisi storica di più lungo

periodo. Basti qui ricordare che i conflitti, non sempre creativi, che hanno percorso la nascita e lo sviluppo della Sezione non hanno avuto un carattere distruttivo, a dimostrazione che la spinta generativa alla sua base aveva la forza necessaria per istituzionalizzare un sapere sempre più strategico per la comprensione delle attuali configurazioni societarie.

Riferimenti bibliografici

- Abbatecola G., Melocchi L., a cura di (1977), *Il potere della medicina*, ETAS Libri, Milano.
- Ascoli U. (2022), “Welfare, assistenza e terzo settore”, in Giorgi C., a cura di, *Welfare. Attualità e prospettive*, Carocci, Roma, pp. 269-290.
- Barbano F., a cura di (1977), *Sanità, salute e servizi sociali*, Stampatori, Torino.
- Bird C.E., Conrad P., Fremont A.M., eds. (2000), *Handbook of Medical Sociology*, Fifth Edition, Prentice Hall, Upper Saddle River, NJ.
- Cardano M., Giarelli G., Vicarelli G. (2020), “Introduzione. Fondamenti istituzionali, teorici e metodologici”, in Cardano M., Giarelli G., Vicarelli G., a cura di, *Sociologia della salute e della medicina*, il Mulino, Bologna, pp. 13-59.
- Ferrera M., Hemerijck A., Rhodes M. (2003), “Recasting European welfare states”, in Hayward J., Menon A., eds., *Governing Europe*, Oxford University Press, Oxford, pp. 346-366.
- Ingresso M., Vicarelli G. (2015), “Nascita ed evoluzione della sociologia della salute italiana”, in Ingresso M., a cura di, *La salute per tutti. Un'indagine sulle origini della sociologia della salute in Italia*, FrancoAngeli, Milano.
- Maccacaro A., Martinelli A., a cura di (1977), *Sociologia della medicina*, Feltrinelli, Milano.
- Vicarelli G. (2019), “Dalla implementazione alla ricalibratura del SSN: le specificità del caso italiano”, in Giarelli G., Giovannetti V., a cura di, *Il Servizio sanitario nazionale italiano in prospettiva europea. Una analisi comparata*, FrancoAngeli, Milano, pp. 61-74.
- Vicarelli G. (2023), *L'universalismo in sanità a 45 anni dalla istituzione del SSN*, «Politiche Sociali / Social Policies», 3/2023: 405-424.
- Wilson R.N. (1973), *The Sociology of Health: An Introduction*, edizione italiana a cura di A. Giobbi, traduzione di A. Desi, CLES – Centro Lombardo per l'Educazione Sanitaria, Milano.
- World Health Organization (1979), *WHA30.43: Thirty-second World Health Assembly, Resolution on “Health for All by the Year 2000”*, World Health Organization, Geneva.

2. Trajectories of Health and Medical Sociology in Europe: Organisation, Research and Pedagogy¹

di *Dino Numerato*

Introduction

This paper was originally developed as part of the lecture I gave on the occasion of the Twenty Years of the Italian Sociological Association (AIS) Section on the Sociology of Health and Medicine: Pathways, Turning Points, and Horizons in the European Context. The session took place on 20 September in Bergamo and was organised as part of the AIS end-of-mandate conference, titled “The Challenges of the Mediterranean for Europe.” As the coordinator of the European Sociological Association’s Research Network 16, Sociology of Health and Medicine, I was invited to provide an insight into the recent developments in the European landscape of the sociology of health and medicine.

With this paper, I aim to reconstruct the main endeavours of European sociology of health and medicine, focusing on those activities institutionally framed by the ESA RN16. By doing so, I will therefore trace a trajectory in which many of the participants of the anniversary session in Bergamo have been directly involved and which, in various ways, they have also helped to shape. This reconstruction draws on multiple sources, including individual memories, informal conversations and testimonies, email exchanges, and available primary and secondary documents. Among the most valuable sources of data were relevant websites, RN16 newsletters, bulletins, and conference programmes, as well as the ESA RN16 board’s meeting minutes and JiscMail ESA-MEDSOC archives of emails².

¹ The manuscript was drafted thanks to the support of NPO “Systemic Risk Institute” No. LX22NPO5101, funded by European Union - Next Generation EU (Ministry of Education, Youth and Sports, NPO: EXCELES).

² <https://www.jiscmail.ac.uk/cgi-bin/wa-jisc.exe?A0=ESA-MEDSOC>

What follows should not be read as a conventional research article based on a specific empirical study. Rather, it is a narrative account: a personal yet institutionally grounded perspective on the development of European sociology of health and medicine, as well as on the interactions between European and Italian traditions within the sociology of health. My intention is to offer a historically informed reflection that situates the RN16 work within a broader intellectual and organisational landscape.

I should anticipate that the paper does not have the ambition to capture the European context fully due to at least three reasons. First, this account provides an insight into one of the three associations relevant to exploring the European context, notably RN16, and inevitably leaves aside the roles of the traditional European Society for Health and Medical Sociology (ESHSM) and the International Sociological Association's Research Committee 15 Sociology of Health (ISA RC 15). Second, this work does not intend to explore the substantive volume of important individual or collective scholarly work developed independently, with no international associational affiliations. Third, I have been more proactively involved in ESA RN16 initiatives over the last ten years. My account is therefore focused primarily on this recent history and contemporary developments.

The paper is structured into four interconnected sections that reflect the main trajectories of the ESA RN16. I will begin by examining the organisational trajectory, focusing on governance, administrative processes, and the political dynamics that have shaped the RN16s' trajectory. I will then turn to the research trajectory, outlining the intellectual developments, research orientations, and scholarly contributions that have emerged over time. The third section addresses the pedagogical trajectory, discussing emerging training activities addressed to PhD students and early-career scholars. Finally, I will offer a concluding reflection and discuss the emerging trends and the implications for the future.

1. A historical overview

The foundation of the ESA Research Network focused on medical sociology dates back to 2002, when the RN Sociology of Medicine was officially established, and its first sessions were organised as part of the 6th ESA conference in Murcia in 2003. The idea to establish the network was first expressed at the 5th ESA conference in Helsinki in 2001, during which the potential for the new research network emerged (Shaw, 2003). The network was coordinated by Ian Shaw from the University of Nottingham, and its

name was *Medical Sociology and Health Policy*. Since then, the RN has changed its name twice. The original name was changed to *Sociology of Health and Illness* in 2005, during the coordination led by Elizabeth Ettore, and subsequently to *Sociology of Health and Medicine* in 2022, when the board was chaired by Guido Giarelli.

The aims of the original network were «[t]o provide a European forum for the development, discussion and dissemination of research in medical sociology and health policy; [t]o facilitate comparative research, for example, by creating a database of European Researchers in this field; [t]o provide a point of reference for researchers in this field and [t]o link with the medical sociology sections in the relevant national associations, as well as those in ESHMS», and, finally, «[t]o ensure an institutional context for workshops at future ESA conferences and for meetings between ESA conferences» (Shaw, 2003). These objectives have been maintained and further expanded. Over time, greater emphasis was placed on supporting doctoral and early-career scholars, including some emerging pedagogical initiatives. Moreover, collaboration with ISA RC 15, in addition to ESHMS, was developed.

Table 1 – ESA RN16 Networks Coordinators and Co-Coordinators

| <i>Country</i> | <i>Coordinator / Chair</i> | <i>Co-coordinator / Vice Chair</i> | <i>Term</i> |
|----------------|----------------------------|------------------------------------|-------------|
| UK | Ian Shaw | | 2004 |
| UK | Elizabeth Ettore | Luisa Silva | 2005-2009 |
| UK | Ellen Annandale | Gunnar Scott Reinbacher | 2009-2011 |
| Denmark | Gunnar Scott Reinbacher | Ellen Annendale | 2011-2013 |
| Czechia | Ema Hřešánová | Kátia Lurbe i Puerto | 2013-2015 |
| UK | Jonathan Gabe | Angela Genova | 2015-2017 |
| UK | Jonathan Gabe | Angela Genova | 2017-2019 |
| UK | Ellen Annendale | Ana Patrícia Hilário | 2019-2021 |
| Italy | Guido Giarelli | Sandra Racionero-Plaza | 2021-2024 |
| Czechia | Dino Numerato | Ana Patrícia Hilário | 2024-2026 |

Since its foundation, ten boards secured the associational life of the network, coordinated by scholars from four European countries, with the most numerous participations of coordinators from the UK and involving also convenors based at the research institutions in the Czech Republic, Denmark, and Italy. Four scholars from institutions in the UK, Ian Shaw, Elizabeth Ettore, Ellen Annandale and Jonathan Gabe, led the board during six out of ten periods. Furthermore, the board was led twice by scholars from the Czech Republic, Ema Hřešánová and Dino Numerato, and once by a Danish and by an Italian scholar, by Gunnar Scott Reinbacher and Guido Giarelli. Moreover, scholars from Portuguese, French and Spanish institutions have

participated in the quality of vice-coordinators and co-coordinators. For more details, see Table 1.

2. Governance: Administration, organisation and management

Since its establishment, the RN16 has become one of the largest of the 38 research networks established by the European Sociological Association, based in Paris, a formal body comprising over 3,000 sociologists in Europe (Giarelli, 2026).

The network has a significant organisational role and since its official foundation and recognition, the board has organised numerous specifically focused sessions at all eleven ESA conferences organised since then that took place in Murcia (2003), Toruń (2005), Glasgow (2007), Lisbon (2009), Geneva (2011), Turin (2013), Prague (2015), Athens (2017), Manchester (2019), Barcelona (2021) and Porto (2024). The network has been among the most active in organising joint sessions with other RNs within ESA, most commonly in conjunction with the networks focusing on the sociology of professions, sociology of ageing, sociology of sport, or sociology of risk and uncertainty. The recently published call for papers for the upcoming 17th ESA 2026 conference in Warsaw 2026 represents another confirmation of this trend. The CFP includes ten joint sessions with ESA RN16 participation, which accounts for 10 out of 34 joint sessions. This represents substantial involvement, considering that ESA comprises a total of 38 research networks and reflects the important cross-sectoral collaboration of ESA RN16 scholars.

In addition to their regular contributions to the organisation of regular and joint sessions, as well as semi-plenary sessions or midday sessions at general ESA conferences, open to the general sociological audience, the RN16 boards contributed to the organisation of mid-term conferences targeting the health and medical sociology community. These conferences take place in the year between general conferences and are organised in different European regions, including Northern, Western, Southern, as well as Central Europe. The popularity of midterm conferences has increased progressively, attracting more than 100 participants since the conference in Turin in 2016 and reaching 160 participants at the last conference, organised in Évora in 2025. The number of participants doubled compared to the conferences held ten years prior in Lisbon in 2016. The list of midterm conferences is provided in the Table 2.

Table 2 – The list of ESA RN16 Midterm Conferences

| <i>Year</i> | <i>Conference Title</i> | <i>Location</i> |
|-------------|--|--|
| 2006 | Sociology of health and illness in Europe: what does the future hold? (ESA Colloquium 2006) | Plymouth (UK) |
| 2012 | Challenges for health and healthcare in Europe | Aalborg (Denmark) - conjoint conference with ISA RC15 and ESHMS |
| 2014 | Health and Welfare Challenges in Europe: East, West, North and South | Helsinki (Finland) – conjoint conference with ISA RC15 and ESHMS |
| 2016 | New directions in health care work and organisations' | Lisbon (Portugal) |
| 2018 | Health and illness in the neoliberal era | Turin (Italy) |
| 2021 | Health and health care in Europe: between inequalities and new opportunities | Cracow (Poland), Online (COVID context) |
| 2023 | Sociology of health and medicine in the public arena during the COVID-19 pandemic and beyond | Prague (Czech Republic) |
| 2025 | Health in the Anthropocene | Évora (Portugal) |

A closer look at the geographic provenience of RN16 board members suggests that the participation of scholars from Italian institutions significantly contributed to the development of the RN16. At least three Italian scholars have been members of the board since 2015, and Italian participation reached its peak during the 2017-2019 RN16 board, with five out of nine Italian board members. The increased participation of Italian scholars on the board is accompanied by a decrease in the participation of scholars from the UK.

It must be highlighted that the participation of scholars from the UK was crucial and instrumental in establishing the board and initiating a wide range of activities, which continued until 2021, when Ellen Annendale, one of the driving forces behind the network, concluded her service after two terms as Coordinator and one term as Co-Coordinator.

Moreover, the available evidence on the board composition suggests a relatively stable participation of scholars from Central and Eastern Europe, particularly scholars from the Czech Republic and Poland. RN16 has also aimed to develop medical and health sociology in national contexts and eventually to contribute to the internationalisation of some national communities. Several midterm conferences proactively involved national communities, most explicitly at the occasion of the 2018 midterm conference in Turin, which was organised jointly with the Italian AIS session of the Medical and Health Sociology.

The politics does not only refer to the internal dynamics of the RN16 board, but also to the position of ESA in relation to other relevant associations, including the ISA RC 15 and ESHSM. The history of the ESA RN16 was typical of collaborations with other associations that gather scholars in the field of medical and health sociology. Attempts at collaboration were particularly intensified since the first joint ESA-ISA-ESHMS conference, which took place in Aalborg in 2012, which was followed by another joint conference organised in Helsinki in 2014. The collaboration was undoubtedly facilitated by the personal involvement of several scholars across these associations at various times. To provide some examples, Jonathan Gabe and Guido Giarelli were not only ESA RN16 coordinators; Guido Giarelli served as the president of ESHMS, and Jonathan Gabe was the ISA RC 15 convener.

Last but not least, RN16 provides an important communication platform through the ESA website, ESA-MEDSOC@JISCMAIL.AC.UK platform, social media profiles on Facebook and X, and a newsletter. Disseminated pieces of information included details on available job opportunities, such as faculty positions, research fellowships, PhD positions, announcement of new publications and awards. By the end of 2025, 16 newsletters have been issued, with the first issued in Autumn 2007 and edited by Elisabeth Ettore and Edwan Speed (2007). The list of newsletters also included two special issues addressing timely themes and titled: “The Challenges of Covid-19: Global Health and Inequality” (Lombardi *et al.*, 2020) and “The Impacts of Global Crises on Healthcare Systems: New Challenges for Sociological Reflection” (Delaunay and Mehrara, 2023).

3. Research: projects, publications and research agendas

The administrative and managerial endeavour has provided an important infrastructure for research development. Since its establishment in 2002, the ESA RN16 has served as a vital space for networking and a valuable platform for developing research projects and publications. The network proved particularly effective in mobilising expertise and facilitating discussions of timely and socially highly relevant topics, allowing for the combination of various methodological approaches and for a comparative perspective.

At least four specific research endeavours developed in the last decade are worth mentioning. Among the first accomplishments could be mentioned the conjoint survey organised by ESHMS and ESA RN16, between May and

August 2023³. Guido Giarelli, as RN16 board coordinator, and Stéphane Cullati, the ESHMS president, agreed to map the national associational life, as well as informal activities, in the area of medical sociology within the European context. The results of the survey suggest epistemological plurality and varying degrees of professionalisation and institutionalisation of sociology of health and illness, ranging from civic associations to informal networks. The survey reflects the ongoing effort to deepen the above-mentioned collaborations between ESHMS and ESA RN16 (Giarelli *et al.*, 2026), under the common heading of the European Group for the Sociology of Health and Medicine.

RN16 served as a space for developing research proposals and conducting collaborative research. Among these initiatives is the successful application for the European Horizon 2020 “Addressing Low Vaccine Uptake” funding scheme. The project “Addressing vaccine hesitancy in Europe project (VAX-TRUST)”, led by Pia Vuolanto as the principal coordinator, gathered scholars from seven European countries (Belgium, the Czech Republic, Finland, Italy, Poland, Portugal and the UK). It is worth mentioning, and not only in the context of today’s session, that one of the main actors who helped set this project in motion – and who first proposed preparing the funding application – was Mario Cardano. In 2019, he circulated the idea through an ESA mailing list, and the call attracted thirty expressions of interest in a few weeks. The application for funding under the research scheme was successful (Cardano *et al.*, 2023), enabling several RN members to collaborate on a complex research project that explored the various factors underlying vaccine hesitancy, with a key focus on the interactions between healthcare professionals and parents (Vuolanto *et al.*, 2024).

The scholarly attraction of the vaccine hesitancy topic was amplified by the COVID-19 pandemic, and these factors also contributed to the rising popularity of the topic in the RN16 ESA context. The midterm ESA RN16 conference, organised in May 2023 in Prague, in fact, attracted 6 sessions and 23 contributions focusing on the topic. The sessions were chaired by the RN16 board and regular members, as well as scholars participating in the European project⁴.

Moreover, ESA RN16 gave rise to different publication projects. Special Issues of the ESA RN16 newsletter, focused on the COVID-19 pandemic and the transformations of healthcare systems amidst the global crisis,

³ More information about the survey, including the dataset, is available here: <https://www.europeansociology.org/research-networks/rn16-sociology-health-and-medicine>

⁴ https://iss.fsv.cuni.cz/sites/default/files/uploads/files/ESARN16_2023-FinalProgramme.pdf

mentioned in the previous sections, represent two examples. Furthermore, two edited volumes have been produced by members of the ISA/ESA community: “Disability, Health and Public Policy in Europe” and “Health and Illness in the Neoliberal Era in Europe”.

The edited volume “Health and Illness in the Neoliberal Era in Europe” (Gabe, Cardano and Genova, 2020) was co-edited by two members of the AIS Section on the Sociology of Health and Medicine, Angela Genova and Mario Cardano. The authors of ten chapters, mostly the RN16 members, critically examined how neoliberal policies – characterised by market-driven reforms, privatisation, and austerity – reshape healthcare systems, access to care, and health inequalities across European societies. Furthermore, various chapters explored the consequences of health commodification, the erosion of welfare protections, and the rise of individual responsibility narratives in health governance.

Moreover, Angela Genova, together with Alice Scavarda and Maria Świątkiewicz-Mośny (2023), co-edited the second significant editorial outcome of the RN network, titled “Disability Welfare Policy in Europe: Cognitive Disability and the Impact of the Covid-19 Pandemic”. By reflecting on a timely topic related to the COVID-19 pandemic, they collected eight chapters from authors who explored the intersection of disability and health within European welfare states and policy frameworks. The book analysed the role of social policy in shaping access to healthcare, inclusion, and rights for people with disabilities, highlighting tensions between equality principles and neoliberal governance. The book focused on the structural inequalities, policy innovations, and the sociological implications of disability in health systems, topics that resonate with the ESA RN16 research agenda.

These tangible outcomes, in terms of research publications and projects, reflect the broad thematic, methodological, and theoretical focus that RN16 scholars have adopted. The examination of available documents, such as newsletters and conference programmes, suggests that amidst the heterogeneity of topics addressed by European scholars, some specific areas prevail on the agenda. Among them was the focus on gender and socio-economic inequalities, sociological and comparative explorations of healthcare systems within the neoliberal and global perspective and the role of healthcare professionals. Last but not least, mental health and disability represent other important areas of research.

Recently, the impact of digital technologies on healthcare and the socio-economic underpinnings of the COVID-19 pandemic have been significantly reflected. Accelerated by the COVID-19 pandemic and the growing interest

in vaccination and health communication, these topics have also gained more prominence in the scholarly accounts of RN16 members.

Last but not least, the pandemic has served as a catalyst for a more intensive discussion of the social impact of research in the field of medical and health sociology. Between and during the ESA RN16 conferences, the opportunities and challenges of applied research, as well as the know-how on how to effectively integrate sociology with medicine (see, e.g., Bury, 1986; Horobin, 1985), were discussed. These debates were also part of the conference organised in Prague in 2023, under the title “Sociology of Health and Medicine in the Public Arena during the COVID-19 Pandemic and Beyond”.

4. Teaching: lecturing, mentoring and networking

In addition to its organisational and research roles, RN16 served as an important space for providing teaching and mentoring to PhD and Early-Career scholars. The history of ESA RN16 includes a long history of thematic and methodological workshops and summer schools. The focus on mentoring and teaching activities has been strengthened by the involvement of a PhD representative on the RN16 board.

The first event of this type, the PhD workshop “Ethics and methodological pitfalls in Health Research”, took place in 2014 as a pre-conference event before the interim conference, co-organised by ISA RC15 and ESHMS within the framework of the Global Health Network. Fourteen PhD students participated in the event with mentoring provided by Ellen Annandale, Jon Gabe, Piet Bracke, Guido Giarelli and Karen Lowton (Hrešanová, 2015). Other workshops were further organised at the opportunity of the mid-term conferences in Lisbon (2016), Turin (2018), Krakow (online, 2020), and Prague (2023). All five venues served as important platforms for targeted methodological, thematic, and conceptual feedback on doctoral research provided by mentors, as well as spaces to develop the soft skills of PhD students, including publication skills, and opportunities for networking.

In a very recent initiative, several previous and current RN16 board members, including Angela Genova, Maria Świątkiewicz-Mośny and Dino Numerato, collaborated on the development of the “Spring School on Empirical Approaches to Health & Medical Sociology”. The event is held in collaboration with ESA RN16, coordinated by Andrea Teti from the University of Vechta (Germany), and supported by the Blended Intensive Programme Erasmus+ funding scheme. The spring school, planned for spring 2026 and addressed to MA and PhD students, is jointly organised by four European

universities, including the University of Vechta (Germany), University of Urbino (Italy), Jagiellonian University (Poland) and Charles University (Czech Republic).

5. Discussion and conclusions

In its over twenty-year history, ESA RN16 has become a significant gathering place for junior and senior scholars in the field of health and medical sociology. As the previous parts suggest, its importance was threefold and related to the number of organisation-, research- and teaching-driven initiatives. As part of the associational life, RN16 served as an important platform for networking, bringing together scholars from different European regions.

The historical and descriptive account provided in the previous parts of the paper yields several implications that could be highlighted: 1) heterogeneity, 2) openness, and 3) the recent Italianisation of the RN16 network, with the last-mentioned aspect having a particular meaning in the context of today's roundtable.

First, the RN16 has been highly heterogeneous. The RN16 brought together scholars working on a variety of topics, from different epistemological and theoretical perspectives, and embracing a range of methodological approaches, with a prevalence of qualitatively driven works. The thematic focus varies in time and reflects the macro-societal transformations and challenges.

Second, the heterogeneity is reflected in the RN16 extra-network activities. Since its very foundation, stimulated by the European Sociological Association with the aim of fostering the development of cross-sectoral collaborations, the RN16 has collaborated with numerous research networks across sociological subdisciplines. These collaborations originally focused mainly on the sociology of professions and social policy and have been further extended to many other areas, including, among others, the sociology of risk and uncertainty, the sociology of ageing, and the sociology of technologies. The extra-network activities were further strengthened through collaborations with ISA RC 15 and ESHMS.

Last but not least, the network has not only influenced Italian medical and health sociology but has also been increasingly shaped by Italian scholarship in recent years. The processes are characterised by the rising importance of the Italian sociological voice in terms of governance, research, and teaching within the research network over the last ten years and can be described as an Italianization of European medical and health sociology. The conference in Turin in 2018, co-organised with the AIS Medical and Health Sociology

section, represented an important milestone in this regard and a confirmation of the trend that has emerged over the last decade.

Several implications for the future development of the research network can be outlined. In terms of development of its external relations, we can expect to see an effort to maintain and expand collaborations with other ESA research networks and with other medical and health sociology associations, particularly ISA RC 15 and ESHMS. This could include the organisation of conferences, workshops for early-career researchers, as well as ad-hoc seminars.

RN16 has served as a platform to confirm existing research agendas and to open horizons for future research. Several emerging agendas are likely to gain momentum, particularly in light of the recent midterm conferences. The nexus between health and climate change may be more intensively explored in the RN16 community, although its importance has been rather marginalised, also compared to another important focus on the role of artificial intelligence, examined in a close link to previously analysed themes, such as transformations of care, the role of healthcare professionals or the engagement of patients, to provide just some examples. RN16 might strengthen its position as a vibrant platform for developing creative, visual, and arts-based methods.

Furthermore, we can observe an increased applied and reflexive move in the RN16 sociology of health and medicine context. The RN16 members were not only involved in the scholarly development of health and medical sociology but have also increasingly been motivated to promote the social impact through applied research and collaborations with scholars in the area of public health, as well as with healthcare professionals. Furthermore, the nature and implications of these initiatives are explored through a series of reflective initiatives, including, for example, the conference in Prague, which focused on critical explorations of the role sociologists played during the COVID-19 pandemic.

Finally, this specific contribution suggests that RN16 has its own rich history. Another important opportunity for the curation and celebration of RN16 history could be the midterm conference in 2027, when the research network will celebrate its 25-year anniversary.

Mentioning anniversaries, I would like to conclude and once again extend my warmest congratulations on the 20th anniversary of the Italian Medical and Health Sociology section, which has many reasons to be proud of its achievements both domestically and at the European level. Without being hyperbolic, I am quite confident that the vibrant Italian community represents one from which many other national communities could get inspired and learn.

May the next twenty years continue to strengthen this dialogue and collaboration, fostering innovation and shared progress across our disciplines.

References

- Bury M.R. (1986), *Social constructionism and the development of medical sociology*, «Sociology of Health & Illness», 8, 2: 137-169.
- Cardano M., Numerato D., Gariglio L., Hasmanová Marhánková J., Scavarda A., Bracke P., Patrícia Hilário A., Polak P. (2023), *A team ethnography on vaccine hesitancy in Europe. A case study of a local truth construction*, «Rassegna Italiana di Sociologia», 64, 4: 615-642.
- Delaunay C., Mehrara L., eds. (2023), *The impacts of global crises on healthcare systems: New challenges for sociological reflection*, Sociology of Health and Medicine Newsletter, Special Issue (15), August, European Sociological Association. Available at: <https://www.europeansociology.org/media/1039a875-6bdf-46fd-b19a-3379b3de1ee>.
- Ettore E., Speed E., eds. (2007), *Sociology of Health and Illness Research Network 16 Newsletter*, European Sociological Association. Available at: <https://www.europeansociology.org/media/57fb42a2-835f-4fca-a618-36e1bf1d1f24>.
- Gabe J., Cardano M., Genova A., a cura di (2020), *Health and illness in the neoliberal era in Europe*, Emerald Publishing Limited.
- Genova A., Scavarda A., Świątkiewicz-Mośny M., a cura di (2023), *Disability welfare policy in Europe: cognitive disability and the impact of the Covid-19 pandemic*, Emerald Publishing Limited.
- Giarelli G., Cullati S., Quaglia V., Lombi L., Borozdina E., Calnan M., Carter S., Collins H., Hasmanová Marhánková J., Hope J., Karvonen S., Kavcic M., Leinsalu M., Reile R., Xavier B., European Group for the Sociology of Health and Medicine et al. (2026), *Health and Medical Sociology in Europe: A Cross-Sectional Survey of Associations and Informal Groups*, manoscritto non pubblicato.
- Horobin G. (1985), *Review Essay: Medical sociology in Britain: true confessions of an empiricist*, «Sociology of Health & Illness», 7, 1: 94-107.
- Hrešanová E. (2015), *ESA RN16 PhD Workshop Report*, Sociology of Health and Medicine Newsletter, Special Issue (4), European Sociological Association, p. 6. Available at: <https://www.europeansociology.org/media/4bae5f3a-2ffb-4739-abab-aabc08824931>.
- Lombardi L., Annandale E., Hilário A.P., Świątkiewicz-Mośny M., Gibin M. (2022), *Health and Medicine in Post-Pandemic Societies*, Sociology of Health and Medicine Newsletter, Special Issue (14), August, European Sociological Association. Available at: <https://www.europeansociology.org/media/8f16cec8-638d-4414-ae08-00c628129032>.
- Shaw I. (2003), *Medical Sociology and Health Policy*. Available at: <https://web.archive.org/web/20030212142038/https://www.um.es/ESA/Netword23.htm>.
- Vuolanto P., Nunes de Almeida A., Anderson A., Auvinen P., Beja A., Bracke P., Cardano M., Ceuterick M., Correia T., De Vito E., Delaruelle K., Delicado A.,

Esposito M., Ferrara M., Gariglio L., Guerreiro C., Hasmanová Marhánková J., Hilario A.P., Hobson-West P., Iorio J., Järvinen K.M., Koivu A., Kotherová Z., Kuusipalo A., Lermytte E., Mendonça J., Morais R., Numerato D., Polak P., Rudek T., Sbaragli S., Scavarda A., Silva K., Alcantara da Silva P., Sivelä J., Soares Moura E., Świątkiewicz-Mośny M., Tiplado G., Wagner A. (2024), *Trust matters: The Addressing Vaccine Hesitancy in Europe Study*, «Scandinavian Journal of Public Health», 52, 3: 379-390.

3. Configurazioni contemporanee della sociologia della salute in Italia

di *Marco Terraneo e Cristina Lonardi*

1. Leggere la sociologia della salute italiana attraverso la sua produzione scientifica

La domanda che muove questo capitolo è la seguente: quali sono le principali tendenze, strutture, approcci e orientamenti teorici in cui si presenta oggi la sociologia della salute e della medicina italiana?

Sul piano concettuale, questo significa in primo luogo individuare un insieme di elementi che la connotano: le scuole di pensiero dominanti o emergenti, i paradigmi teorici prevalenti, le metodologie più diffuse, il ruolo della comunità scientifica che definisce il campo e le interconnessioni con altre discipline più o meno affini. Crediamo tuttavia che ciò non sia sufficiente. Infatti, è necessario, se si vuole restituire in modo esaustivo la complessità che è propria della disciplina, guardare alle relazioni che intercorrono tra questi elementi. Proveremo, dunque, a identificare le interdipendenze e le gerarchie tra gli elementi elencati – cioè la forma che essi assumono in questo momento storico.

Ci siamo chiesti quale strada seguire per rispondere a tale interrogativo. Da buoni scienziati sociali abbiamo adottato il metodo più diretto e consolidato per comprendere un determinato fenomeno: chiedere ai diretti interessati. Abbiamo quindi rivolto la nostra attenzione alle sociologhe e ai sociologi italiani, con l'obiettivo di mappare le traiettorie recenti della sociologia della salute e della medicina nel nostro Paese. Tuttavia, non li abbiamo interrogati direttamente: ci siamo invece concentrati sui prodotti che essi realizzano – libri e articoli scientifici – nei quali, a nostro avviso, si cristallizzano le configurazioni delle tendenze in atto della disciplina.

La produzione scientifica (libri e articoli) delle sociologhe e dei sociologi della salute rappresenta, nel senso indicato da Bourdieu (1972; 1980), una forma oggettivata della pratica scientifica e, come tale, può essere analizzata

per rendere visibili le strutture e le disposizioni implicite del nostro campo disciplinare: le sue gerarchie simboliche, i riferimenti teorici dominanti, le affinità metodologiche, le posture epistemologiche.

Se, come speriamo, si riconosce la legittimità di tale strategia analitica, si comprenderà anche la necessità di fare alcune scelte operative per uscire dall'impasse del dover prendere in esame la mole enorme di prodotti scientifici che le autrici e gli autori hanno realizzato. Abbiamo pertanto deciso di concentrare l'analisi su due fonti principali:

- gli oltre 60 volumi che trattano specificatamente di temi inerenti alla salute e alla malattia pubblicati tra il 2015 e il 2025 dai soci attuali (regolarmente iscritti nell'anno 2025) della sezione di Sociologia della salute e della malattia dell'Associazione Italiana di Sociologia (AIS)¹;
- gli oltre 250 articoli pubblicati tra il 2019 e il 2025 (per quest'ultimo anno solo i primi due numeri) sulla rivista «Salute e Società»².

Siamo naturalmente consapevoli che le pubblicazioni oggetto di analisi non possano dirsi statisticamente rappresentative dell'intera produzione della sociologia della salute in Italia. Tuttavia, riteniamo che i lavori selezionati possano restituire un'immagine attendibile delle prospettive, dei temi e dei metodi che le autrici e gli autori abitualmente impiegano. Questo per due ordini di ragioni. In primo luogo, sul piano sostantivo, pur limitata nei numeri e nella collocazione editoriale, si tratta comunque di una produzione significativa. La pubblicazione di un volume è un'operazione onerosa in cui si sedimenta una riflessione di lungo periodo attorno a uno specifico argomento. D'altro lato, «Salute e società» è la più nota e prestigiosa rivista italiana dedicata ai temi della salute e del sistema sanitario, una vetrina riconosciuta per gli autori italiani (e non solo) che si occupano di questi temi. In secondo luogo, l'ampio arco temporale considerato – 10 anni per i volumi e 6 anni per gli articoli – rassicura sul fatto che la produzione sia l'esito di processi consolidati e non il prodotto di interessi di ricerca temporanei o contingenti.

Per poter restituire un risultato che fosse teoricamente consistente e al contempo di immediata comunicazione, i testi – titoli, abstract, descrizioni, quarte di copertina, indici, parole chiave³ – sono stati letti e classificati applicando un'analisi tematica (Braun e Clarke, 2006). Questo metodo ha

¹ La scelta di limitare l'analisi ai testi pubblicati dai soci regolarmente iscritti trova giustificazione nell'occasione che ha portato alla scrittura di questo volume, ossia la celebrazione dell'anniversario dei venti anni dalla nascita della sezione di Sociologia della salute e della medicina all'interno dell'AIS.

² Gli autori intendono ringraziare Marta Gibin che si è occupata dell'estrazione dal sito della rivista degli articoli, rendendo disponibili le informazioni utili all'analisi.

³ Quando opportuno, ossia la necessità di comprendere meglio il contenuto del lavoro, i testi sono stati parzialmente o integralmente letti.

consentito di identificare e riconoscere schemi di significato condivisi all'interno del testo e di interpretare il modo in cui questi temi definiscono i confini del campo studiato. In altre parole, ci ha permesso di individuare gli argomenti ricorrenti di ricerca, riconoscere gli approcci teorici e metodologici e tracciare le strutture di significato che attraversano i diversi testi.

L'esito dell'analisi ha portato all'individuazione di sei aree tematiche principali, che abbiamo così etichettato:

- narrazioni della malattia e della cura (42,0%);
- disuguaglianze di salute e società (13,4%);
- politiche sanitarie e organizzazione (18,7%);
- tecnologie e digitalizzazione (16,4%);
- teoria, formazione, nuovi paradigmi (3,5%);
- pandemia e trasformazioni globali (6,0%).

Accanto a ogni categoria, tra parentesi, è riportata la rilevanza – in termini meramente quantitativi – delle diverse classi, ossia la distribuzione percentuale delle tematiche emerse dall'analisi sul totale delle pubblicazioni⁴. I contenuti delle aree saranno discussi in dettaglio nel successivo paragrafo. Qui, per chiudere l'introduzione, ci limitiamo a riportare alcune considerazioni generali che sembrano caratterizzare la produzione delle sociologhe e dei sociologi della salute in Italia.

Il primo aspetto che emerge con forza è la prevalenza di studi che adottano un approccio qualitativo e interpretativo: gran parte della produzione recente affronta la salute come esperienza vissuta e come costruzione sociale, valorizzando narrazioni, pratiche e contesti di cura.

Il secondo elemento è l'attenzione alle dimensioni strutturali: disuguaglianze sociali, politiche pubbliche, organizzazioni sanitarie e trasformazioni tecnologiche sono temi centrali, letti come determinanti sociali e istituzionali della salute.

Infine, altrettanto chiara è la presenza minoritaria nella produzione scientifica di approcci quantitativi/epidemiologici: alcuni studi integrano dati e misure statistiche, offrendo comparazioni e analisi sociali e demografiche, ma restano una quota residua del complesso delle pubblicazioni. Vediamo ora più nel dettaglio i contenuti sostantivi delle diverse aree.

⁴ La percentuale è stata calcolata come media pesata della categoria sul totale dei volumi e degli articoli oggetto di analisi, con un peso dato agli articoli di 1 e ai volumi di 1.5. Dato l'obiettivo di provare a capire quali fossero le traiettorie profonde della sociologia della salute italiana, la scelta di attribuire un valore maggiore ai volumi si basa su queste semplici considerazioni: un volume richiede abitualmente più tempo di lavoro; sviluppa un'idea o un paradigma in modo più esteso; consolida una posizione nel campo disciplinare; rappresenta spesso l'esito di un percorso di ricerca lungo e coerente.

2. La mappa tematica del decennio 2015-2025

Le aree tematiche emerse dall'analisi appena proposta rappresentano tessere di un mosaico ampio che conduce a ciò che oggi in Italia è, studia, propone la sociologia della salute. Porsi in osservazione di questo mosaico permetterà, poi, di discutere come si sta configurando la disciplina e come si sta muovendo la comunità scientifica dei sociologi e delle sociologhe della salute.

2.1 *Le narrazioni della malattia e della cura*

Le narrazioni della malattia e della cura rappresentano i racconti scritti, orali, multimediali attraverso cui persone malate, caregiver e professionisti sanitari narrano e danno senso all'esperienza di malattia, alla relazione di cura e ai percorsi assistenziali. Le narrazioni di malattia sono dispositivi capaci di rielaborare le fratture che le malattie producono nella traiettoria di vita e nell'identità di chi soffre. La dimensione narrativa della malattia è una chiave interpretativa centrale per la disciplina, poiché consente di capire come la malattia non sia soltanto un evento biologico, ma una costruzione di senso che coinvolge l'identità, la memoria, la relazione con l'altro. Si tratta di strumenti di comprensione dell'esperienza soggettiva che, però, non esauriscono in questo la loro forza, poiché riflettono anche la posizione sociale delle persone, le loro risorse culturali e relazionali, le loro rappresentazioni della malattia, il grado di agency consentito dal loro contesto di vita. La narrazione non è solo racconto, ma è dispositivo di comprensione e cura in continuità con le *Medical Humanities*, nel tentativo di integrare (e mai confliggere) le scienze umane e sociali nella pratica medica per umanizzare, realmente, la cura e valorizzare le esperienze delle persone malate come portatrici di un sapere soggettivo, ma fondante. Da ultimo, occorre notare che le biografie di malattia si collocano entro traiettorie sociali differenziate, tra vulnerabilità esistenziale e vulnerabilità sociale. In questo senso, le narrazioni individuali diventano anche indicatori di disuguaglianze più ampie, suggerendo che la cura non può essere compresa senza tener conto delle strutture di potere, delle differenze di genere, classe sociale e territorio che condizionano l'accesso alla salute.

2.2 Disuguaglianze, salute e società

Le disuguaglianze di salute sono un asse portante delle ricerche della sociologia della salute, per il suo interesse scientifico, empirico ma anche etico, al rapporto tra salute e giustizia sociale. È noto ormai da tempo che la salute individuale è profondamente intrecciata con la stratificazione sociale e le condizioni di vita ed è altrettanto noto che le disuguaglianze sociali diventano disuguaglianze di salute, con ricadute politiche, morali e pratiche per la società nel suo complesso. Questo fa sì che la sociologia studi le disuguaglianze sociali di salute, i determinanti sociali della salute, il gradiente di salute e le spiegazioni sociologiche del fenomeno, per non ridurre la causa di tali differenze a singoli stili di vita, poiché questi stessi stili sono condizionati da contesti materiali e strutturali. La disciplina, quindi, non si limita a misurare le differenze, ma spiega come sono prodotte. La sociologia della salute in Italia su questi temi ha mostrato un approccio critico nel mostrare i meccanismi sociali, economici e istituzionali che producono le disuguaglianze sanitarie e di salute, interpretando i dati e gli esiti di ricerca per comprendere come politiche pubbliche, assetti istituzionali, regimi professionali, norme culturali, retoriche di responsabilizzazione individuale plasmino la salute collettiva. La disciplina ha anche mostrato una vocazione pubblica nel suo non rimanere confinata nell'autoreferenzialità accademica, ma intervenendo nel dibattito pubblico e politico, proponendo strumenti di analisi, politiche e pratiche che favoriscano l'equità, nel ruolo di attore civico, impegnato nel rendere la conoscenza utile alla trasformazione sociale.

2.3 Politiche sanitarie e organizzazione

Quest'area di interesse accoglie la questione della cura da un punto di vista macrosociale come istituzione, correlata al sistema di welfare, espressione delle politiche pubbliche di salute e dell'integrazione socio-sanitaria, e da un punto di vista microsociale come quotidiana relazione tra operatori sanitari e pazienti. Ad un livello meso si colloca la sociologia delle professioni sanitarie, che connette istituzioni e relazioni rispetto alla costruzione dei ruoli professionali sanitari e socio-sanitari e rispetto alle trasformazioni del lavoro di cura professionale. La connessione istituzioni, relazioni e professioni emerge come tratto caratteristico della disciplina entro quest'area tematica in cui le politiche sanitarie incidono sulla qualità delle relazioni di cura (aumento dei carichi di lavoro, diminuzione del tempo/paziente, azioni di razionalizzazione della spesa sanitaria, ecc.), le (narrazioni) esperienze di

malattia restituiscono disfunzioni sistemiche, difficoltà di accesso alle cure, discontinuità nel processo di cura, assenza di alcuni servizi in alcune parti del paese. Sulla dimensione professionale pesano, poi, i cambiamenti istituzionali come la regionalizzazione del sistema delle cure o la sua aziendalizzazione. Politiche sanitarie e organizzazione evocano anche altro ed oltre a quanto già indicato, come la cura centrata sul/sulla paziente, la partecipazione dei cittadini e delle cittadine nei processi decisionali, la salute digitale, le reti di cura informale e la loro funzione di sostegno soprattutto rispetto all'invecchiamento della popolazione e alla crisi (irrisolta) del sistema di welfare. Le politiche sanitarie, inoltre, oggi in modo sempre più intenso, si intrecciano con le trasformazioni digitali e tecnologiche: la digitalizzazione del sistema sanitario, la telemedicina e le piattaforme di monitoraggio dei dati sanitari hanno ridefinito i rapporti tra cittadini, professionisti e istituzioni. Su un piano metadisciplinare, lo studio delle politiche sanitarie spinge giustamente la sociologia della salute verso un approccio più istituzionale e sistemico, capace di integrare analisi organizzative e riflessioni etiche. Occorre, tuttavia, evitare che la dimensione gestionale oscuri la prospettiva relazionale e simbolica, che costituisce il nucleo originario e irrinunciabile della disciplina.

2.4 Tecnologie e digitalizzazione

La tecnologia e la digitalizzazione hanno la capacità e la necessità di ridefinire ciascuna delle tre aree tematiche fino a qui presentate, rendendo necessario rivedere concetti come agency del paziente, relazione medico-paziente, organizzazione della cura a distanza, produzione e gestione dei dati sanitari, equità e disuguaglianza nell'accesso ai servizi digitali. L'impatto della digitalizzazione fa, però, emergere nuove disuguaglianze: chi ha competenze digitali, accesso a dispositivi, alfabetizzazione, spazio e tempo per usare queste tecnologie è avvantaggiato; chi non li ha rischia di essere ulteriormente marginalizzato. L'esperienza della malattia viene mediata da tecnologie (applicazioni, sensori, piattaforme) che ridefiniscono la narrazione, la relazione, la cura e il corpo diventa dato, la relazione medico/paziente diventa a distanza, spostando la relazione dal luogo fisico (ospedale/ambulatorio) al luogo digitale (televisite, telemonitoraggio, piattaforme). Tutto ciò, però, si scontra con il digital divide, la cura a distanza modifica le dimensioni della fiducia, della continuità, della comunicazione e proprio i soggetti che più potrebbero beneficiare degli strumenti digitali (anziani, persone in

condizioni croniche, aree periferiche del territorio) sono quelli che meno li usano, per motivi di competenze, dispositivi o infrastrutture.

È importante studiare come la digitalizzazione delle prestazioni influisca sulle politiche di salute: per esempio, se le regioni con maggiore dotazione infrastrutturale implementano più rapidamente interventi e servizi di cura, se i pazienti con minor capitale sanitario sono raggiunti o esclusi. Occorre interrogarsi su come la formazione e l'alfabetizzazione digitale dei pazienti e dei professionisti sanitari possano mitigare le disuguaglianze emergenti. Verso l'orizzonte più avanzato dell'innovazione digitale in sanità, i big data e le tecnologie di intelligenza artificiale pongono interrogativi sociologici, metodologici, etici e morali sui quali orientare l'attenzione, teorica ed empirica, anche per capire come gli algoritmi riproducano o amplifichino disuguaglianze già esistenti o come possano migliorare la qualità della vita delle persone e la qualità del sistema delle cure in generale. Nel complesso, questo ambito di studi in crescita e in via di consolidamento si rivela terreno fertile per ampliare i confini epistemici della sociologia della salute verso possibili e nuovi paradigmi. Le tecnologie si intersecano così con le politiche sanitarie (nelle scelte di governance e investimento), ma anche con le narrazioni e le disuguaglianze, poiché l'uso e l'interpretazione dei dati dipendono da competenze e condizioni sociali differenti. L'attenzione crescente alle tecnologie mostra una sociologia della salute sempre più ibridata con gli studi di scienza e tecnologia (STS), ma anche alle prese con una ridefinizione del proprio statuto epistemico, ossia da scienza della relazione a scienza dell'interazione mediata.

2.5 Teoria, formazione e nuovi paradigmi

Quanto evidenziato nelle aree tematiche appena descritte partecipa al consolidamento dei confini epistemici della sociologia della salute. In tal senso, la manualistica disciplinare mostra come accanto ai paradigmi sociologici classici della salute/malattia tipici della disciplina che oggi si mostra sempre più capace di interrogare le relazioni tra salute, società, istituzioni e professioni, si affianchino nuovi paradigmi, attraverso cui la sociologia della salute guarda ai cambiamenti globali correlati a concetti come salute globale (One Health), migrazioni, tecnologie e salute digitale, big data, impatti ambientali. Sempre in riferimento alla manualistica, va ricordata la crescente attenzione alle tecniche di ricerca sociale e alla spendibilità del sapere sociologico nel contesto sanitario, sociosanitario e delle politiche sociali.

Occorre poi sottolineare il costante interesse a integrare la prospettiva sociologica nei curricula dei corsi di laurea delle professioni sanitarie e nella

loro formazione continua. Questo testimonia che gli studiosi e le studiose della disciplina spingono verso l'inclusione della sociologia della salute nella formazione base dei professionisti sanitari (e sociosanitari?), al fine di dotarli di sguardi e competenze sociologiche per la pratica assistenziale. Questo interesse evidenzia anche l'impegno della disciplina a far sì che tali professionisti acquisiscano competenze al di là delle competenze tecniche e procedurali. Significa arricchire la formazione con analisi sociologiche sui sistemi sanitari, sulle politiche sociali, sulla partecipazione dei cittadini, sulla dimensione di genere, sull'equità e le disuguaglianze, sulla relazione medico/paziente, sulle questioni di genere correlate alla salute e alla malattia. Quest'ultimo tema, inoltre, emerge chiaramente come prospettiva indispensabile attraverso cui (ri)leggere paradigmi e temi dai più classici ai più attuali. Tutto quanto esposto e la relativa produzione manualistica mostrano un tema di interesse in fase di consolidamento, che lavora per affermare la propria legittimità accademica e didattica e per trasmettere saperi critici alle nuove generazioni.

2.6 Pandemia e trasformazioni sociali

La pandemia ha riscritto le coordinate della salute pubblica, spostando l'attenzione verso la dimensione globale, ecologica e digitale. Si è rivelata un fatto sociale totale, che ha integrato biologia, economia, politica, comunicazione e cultura, rendendo evidente la natura intrinsecamente sociale della salute e della malattia. L'esperienza pandemica, inoltre, si è costituita come laboratorio sociale che ha reso visibili e oggetto di analisi della sociologia della salute vulnerabilità preesistenti, gradiente sociale di salute e svantaggi territoriali legati all'accesso ai servizi, disuguaglianze strutturali, nuove forme di governance sanitaria, salute globale come chiave per leggere il nesso tra cambiamento climatico, disuguaglianze planetarie e nuovi rischi epidemiologici. La salute viene letta come fenomeno transnazionale e sistemico, che va, quindi, oltre i confini nazionali, mettendo in seria discussione i consolidati modelli di welfare e il generale sistema delle cure. La crisi sanitaria, poi, ha rilanciato il tema del rapporto tra expertise scientifica, decisione politica e sfera pubblica. La pandemia ha messo in luce la necessità di una sociologia della salute capace di operare su scala multilivello, connettendo il micro dell'esperienza individuale al macro non solo delle politiche nazionali, ma anche a quello delle politiche globali, poiché, si è imparato, la salute resta un bene comune che trascende ogni confine. L'esperienza pandemica, da ultimo, ha confermato la vocazione pubblica della disciplina, per

quanto non sia stata sempre capace di trovare spazi adeguati di partecipazione al dibattito rispetto ad altre discipline. Rimane che la sociologia della salute è scienza critica e impegnata, in grado di dialogare con le politiche sanitarie e di restituire alla società strumenti per comprendere e governare collettivamente la salute come bene comune.

3. Configurazioni contemporanee della disciplina

La mappa tematica presentata e i contenuti di ogni sua parte mostrano su quali temi, argomenti, cornici di senso si sia mossa e si stia impegnando la sociologia della salute italiana. Indubbiamente e necessariamente, c'è un legame forte della disciplina con il sistema sanitario nazionale, inteso come sistema delle cure e della prevenzione di tipo universalistico, pubblico, fortemente legato alle regioni. C'è, inoltre, una relazione altrettanto forte con il sistema di welfare, anche nella sua dimensione territoriale e regionale. Questi sono contesti in cui la sociologia della salute mostra un approccio istituzionale, interrogando il funzionamento reale dei sistemi di cura, osservando l'impatto delle politiche, studiando le disuguaglianze riprodotte o mitigate dai sistemi stessi. In tal senso, la sociologia della salute sta in un ambiente specifico, che orienta ciò che studia e come lo studia. Si può affermare, allora, che la disciplina sia modellata dalla storia e dalla cultura del sistema sanitario. Tutto questo fa sì che uno dei tratti che caratterizzano la disciplina sia il suo essere situata, ossia radicata nelle specificità del contesto sociale, politico, culturale e sanitario del Paese e impegnata a produrre conoscenza su problemi che emergono da quel contesto.

La sociologia della salute in Italia, però, non si è confinata in contesti tecnici o professionali o politici, ma ha via via assunto un profilo epistemologico e operativo che l'ha condotta verso una dimensione pubblica del suo essere disciplina che decifra la struttura, il funzionamento e il cambiamento delle società con modi adeguati al pubblico (Wright Mills, 1959). Questo orientamento al pubblico (Burawoy, 2005) costruisce spazi di dialogo con attori non accademici, produce conoscenza non solo specialistica, ma condivisibile e spendibile nello spazio pubblico, in particolare sui temi della giustizia sociale, della vulnerabilità e delle disuguaglianze. La dimensione pubblica della sociologia della salute, poi, si manifesta anche nella presenza di sociologi e sociologhe (anche accademici/che) in tavoli tecnici e commissioni locali, nell'attività divulgativa con interventi su stampa generalista e partecipazione a programmi su temi di salute pubblica attraverso i più diversi

mezzi di comunicazione e nella partecipazione a progetti di ricerca-azione e co-produzione di interventi con comunità locali.

La mappa tematica, poi, ha messo in luce come nella disciplina ci siano intenzioni e spazi per interconnessioni micro/macro, ossia, per esempio, tra vissuti individuali e policy, e macro/macro come nel rapporto tra digitalizzazione e sistemi sanitari regionali. Ciò può definire la sociologia della salute come una disciplina ibrida al suo interno, ma questa caratteristica va anche oltre il confine disciplinare, poiché si osservano contaminazioni teoriche e metodologiche con discipline vicine (epidemiologia sociale, economia sanitaria, antropologia, scienze politiche, studi tecnologici) e collaborazioni interdisciplinari in gruppi di ricerca e progetti, spesso anche internazionali. Si tratta, allora, di una disciplina certamente in dialogo con le altre, anche nella sua funzione ampia di decodifica e interpretazione della struttura sociale e del cambiamento sociale.

Nuove domande, nuovi eventi ordinari e straordinari costellano il presente della sociologia della salute: dall'invecchiamento della popolazione, alla pandemia, all'intelligenza artificiale onnipresente, alla tecnologia nel suo essere pervasiva rispetto a pratiche, vissuti, cambiamenti. Ciò non conduce probabilmente solo a (ri)negoziare i confini della disciplina, ma porta a rispondere sociologicamente alle domande e ai cambiamenti che si presentano. E in questo la sociologia della salute italiana tiene il passo, da sé e/o in collaborazione con le altre discipline. È il tratto di una disciplina e di una comunità in continua costruzione, che rivendica una propria identità sui temi e sui modi con cui osservarli, studiarli, interpretarli e restituirli ai diversi pubblici.

Queste configurazioni contemporanee emergono da come la sociologia della salute si sia mossa entro la mappa in precedenza proposta. Possiamo certamente dire che la pandemia ha agito da catalizzatore, integrando sociologia situata (storie di malattia, lavoro degli operatori), pubblica (comunicazione al pubblico, raccomandazioni di policy), ibrida (integrazione di dati epidemiologici con analisi qualitative) e in costruzione (la pandemia in sé è stata per eccellenza il nuovo di questi ultimi anni). Ancora, la tecnologia (cartelle elettroniche, app di monitoraggio, telemedicina) ha favorito la sociologia ibrida, mettendo in contatto sociologi e sociologhe della salute con informatici, epidemiologi, medici, assistenti sociali per studiare impatti sociali e organizzativi della tecnologia stessa. Sono poi numerosi i progetti con associazioni di pazienti, comunità migranti o gruppi di anziani e anziane, che fanno risaltare una sociologia situata (ascolto delle esperienze), che è anche orientata al pubblico (produzione di strumenti utili) e sviluppa il suo tratto in costruzione (sperimentazione di metodi partecipativi).

Anche anticipando quanto verrà discusso nel prossimo paragrafo, occorre dire che in prospettiva si dovrà concentrare pensiero e riflessione verso la costruzione di teorie astratte, di visioni di senso entro cui ragionare sui temi poco sopra elencati, sempre in modo sociologico, ma con prospettive epistemologiche costruite ex novo, certamente in affiancamento a quelle tradizionali, tipiche del pensiero sociologico e della storia di tale pensiero. Questo permetterebbe una lettura dei contesti, e degli argomenti, tale da contribuire in modo sostanziale a un ulteriore sviluppo della disciplina.

4. Diretrici di confronto nella sociologia della salute italiana

Riconoscere la ricca produzione scientifica e l'immagine della sociologia della salute che ne emerge, come discusso nelle pagine precedenti, non ci impedisce di individuare alcune tensioni, a volte latenti, che attraversano il nostro campo disciplinare. Usiamo qui il termine tensione non in modo oppositivo – un *aut aut* –, ma come indicazione di un asse di confronto, una dimensione dialogica tra prospettive differenti, i cui esiti sono incerti, ma potenzialmente fecondi per lo sviluppo della disciplina.

Nello specifico, sono state individuate quattro tensioni:

- a. micro/macro, la tensione epistemologica;
- b. dati/narrazioni, la tensione metodologica;
- c. nazionale/internazionale, la tensione transcalare;
- d. autonomia/legittimazione, la tensione identitaria.

a. Come visto in precedenza, le narrazioni di malattia e le esperienze dei pazienti sono centrali nelle pubblicazioni delle autrici e degli autori. Queste rappresentano una chiave di lettura privilegiata per la disciplina, nel tentativo di superare la dimensione esclusivamente biologica della malattia e dare valore ai significati soggettivi. Questo approccio centrato sul “micro” solleva tuttavia un interrogativo essenziale per la sociologia della salute: fino a che punto una focalizzazione sulle esperienze individuali rischia di marginalizzare l'analisi delle strutture più ampie? Ci riferiamo qui al ruolo che attori e processi “macro”, quali le industrie farmaceutiche, i modelli di governance globale, i poteri economici, le politiche sovranazionali, hanno nello strutturare rischi, vulnerabilità ed esiti di salute per specifici individui o gruppi sociali. Ma il “macro” non si esaurisce qui: esistono anche dinamiche più prossime – legate ai contesti territoriali, alle condizioni materiali di vita, alla disponibilità di risorse locali – che contribuiscono a strutturare le possibilità di scelta degli individui.

Questa tensione tra livelli di analisi emerge chiaramente quando si osservano i processi che portano gli individui a compiere scelte rilevanti in ambito sanitario. A titolo esemplificativo, la decisione di rendersi disponibili alla sperimentazione di un vaccino viene spesso interpretata attraverso le categorie delle motivazioni individuali: l'altruismo verso la collettività, la volontà di "dare un contributo", la fiducia personale nei professionisti della salute, o il modo in cui ciascuno attribuisce senso al rischio e alla protezione. Sono dimensioni che appartengono alla sfera soggettiva e che la sociologia della salute ha esplorato con grande sensibilità negli ultimi anni.

Tuttavia, queste motivazioni individuali non si comprendono pienamente se non le si colloca entro cornici strutturali più ampie. La disponibilità a partecipare a sperimentazioni farmacologiche, ad esempio, risulta molto più frequente tra persone inserite in reti sociali dense, caratterizzate da fiducia generalizzata, partecipazione civica e legami di reciprocità. L'orientamento ad agire per il bene collettivo non nasce solo da un impulso personale, ma è sostenuto da un contesto sociale che valorizza il coinvolgimento civico e la cooperazione. Allo stesso modo, la propensione a fidarsi della ricerca scientifica si radica in ambienti sociali in cui la fiducia nelle istituzioni è parte della cultura condivisa, mentre tende a indebolirsi laddove prevalgono sfiducia, marginalità o isolamento sociale (Terraneo *et al.*, 2022).

L'esempio mostra come il livello micro dell'esperienza soggettiva e il livello macro delle strutture sociali non operino come spiegazioni alternative, ma come dimensioni intimamente intrecciate. Le scelte dei singoli incorporano significati personali, ma prendono forma dentro circuiti di fiducia, modelli di partecipazione e rapporti di potere che eccedono la volontà individuale. È precisamente in questo punto di intersezione che si colloca la tensione epistemologica: comprendere la salute come esperienza, senza smarrire la capacità di analizzarla come prodotto – ed esito – di configurazioni sociali più ampie.

Per concludere, se un approccio che guardi ai vissuti individuali è imprescindibile, altrettanto rilevante è riconoscere che i processi di ampia scala configurano condizioni e opportunità che sono altro e vanno oltre il livello delle interazioni e dei significati individuali. Ignorare le dinamiche sistemiche limita la disciplina nella sua capacità esplicativa e analitica di quel fenomeno complesso che è la salute delle persone.

b. La tensione epistemologica è strettamente collegata alla seconda tensione di natura metodologica. Il dibattito sul primato dei metodi qualitativi o quantitativi, che ha attraversato a lungo la sociologia non solo italiana, si è oggi in parte attenuato nelle sue forme più polarizzate, ma continua a

rappresentare un terreno di confronto importante su come osservare, descrivere e interpretare i fenomeni sociali.

Al di là del riconoscimento, indispensabile per l'avvio di una riflessione condivisa, della bontà di entrambi gli approcci, la sociologia della salute è chiamata a rispondere a un quesito cruciale se vuole rivestire un ruolo centrale nel dibattito, accademico e pubblico, sulla salute e la malattia: in che modo integrare approcci qualitativi e quantitativi per avere letture più robuste della realtà? O, detto diversamente, quali strumenti ci servono per non limitarci a raccontare le esperienze o la sola rappresentazione numerica, nel tentativo di incidere anche sui processi decisionali e sulle politiche pubbliche?

Prima di discutere questa tensione, riteniamo necessario richiamare un elemento che caratterizza una parte non marginale della produzione empirica – tanto qualitativa quanto quantitativa – della nostra disciplina: una diffusa fragilità metodologica. Si tratta di disegni di ricerca non sempre adeguatamente sviluppati, basi empiriche esigue, descrizioni poco dettagliate delle procedure, campioni debolmente giustificati o scarsa coerenza tra metodo, dati e obiettivi analitici. Queste criticità devono essere prese sul serio dai sociologi e sociologhe della salute se si ambisce a contribuire in modo significativo all'avanzamento della conoscenza sulla salute, in un dialogo paritario con altre discipline come la medicina, l'epidemiologia, l'antropologia o la psicologia.

Venendo ora alla tensione tra approcci quantitativi e qualitativi, un punto importante ci sembra questo: le indagini, siano esse quantitative o qualitative – se costruite su base metodologiche solide – devono essere valutate nel merito, senza preclusioni basate sul metodo adottato. Ne discende che obiettivi conoscitivi differenti possono essere studiati in modo più efficace con uno specifico metodo. Ad esempio, quando l'obiettivo è comprendere come le persone attribuiscono senso alla malattia, alle pratiche di cura o ai percorsi diagnostici, oppure esplorare le forme di agency e le dinamiche relazionali che si attivano nei contesti di cura, un approccio qualitativo consente di cogliere significati, ambivalenze e processi che difficilmente emergerebbero attraverso una rilevazione standardizzata. Al contrario, quando l'obiettivo è misurare la distribuzione sociale di fattori di rischio, quantificare differenze territoriali, stimare l'associazione tra condizioni socioeconomiche ed esiti di salute, o valutare l'efficacia di interventi e politiche, un approccio quantitativo permette di analizzare pattern su larga scala e di produrre evidenze comparabili e generalizzabili.

Adottare questa visione di reciproco riconoscimento ci consente di fare un passo ulteriore, ossia integrare metodi quantitativi e qualitativi in un unico piano di analisi. Negli ultimi anni gli approcci definiti *mixed-methods* hanno

guadagnato campo tra i sociologici e le sociologhe della salute, per la loro capacità di combinare prospettive differenti. Si pensi ad esempio ai vantaggi di tale approccio in una ricerca che valuta l'impatto di un nuovo servizio di telemedicina per pazienti cronici: i questionari standardizzati permettono di misurare variazioni nell'aderenza terapeutica e nella qualità della vita, mentre interviste e osservazioni aiutano a capire come i pazienti interpretano e utilizzano la tecnologia. L'integrazione di misure quantitative e significati qualitativi offre così una lettura più completa, capace di cogliere sia l'efficacia del servizio sia le sue implicazioni soggettive e relazionali.

Sono stati pubblicati numerosi volumi e articoli metodologici su come condurre una buona ricerca in chiave di metodi misti e molte indagini hanno provato a mettere in pratica queste strategie, sebbene non sempre con esiti positivi⁵. Crediamo, dunque, che questa sia la strada da seguire, soprattutto, ribadiamo, se si auspica che i risultati delle ricerche empiriche condotte dalle sociologhe e dai sociologi diventino il punto di partenza per l'adozione di politiche pubbliche realmente mirate ai bisogni della popolazione.

c. La sociologia della salute italiana si colloca all'interno di una tradizione disciplinare fortemente radicata nel contesto nazionale: nelle istituzioni accademiche, nei sistemi sanitari regionali, nei riferimenti culturali e nelle priorità di policy che orientano la ricerca sul campo. Questa dimensione situata, come abbiamo visto nel paragrafo precedente, costituisce un punto di forza, poiché consente di leggere i fenomeni di salute e malattia alla luce delle specificità sociali, istituzionali e territoriali del Paese. Tuttavia, tale radicamento convive con una crescente esigenza di aprirsi alle reti internazionali, ai dibattiti transnazionali e alle agende globali della salute pubblica.

È qui che si apre la terza tensione. Se da una parte l'analisi focalizzata sulla dimensione italiana ci ha dato chiaramente il vantaggio di disegnare una mappa dettagliata, permettendo di cogliere sfumature che avrebbero potuto altrimenti andare perse, dall'altra una rappresentazione così mirata ha rischiato di farci perdere di vista le connessioni più ampie con le trasformazioni e le cornici teoriche ed empiriche transnazionali e globali. Si pensi, ad esempio, agli studi sulle disuguaglianze territoriali nella salute: un'analisi condotta esclusivamente sul contesto italiano permette di ricostruire con precisione le differenze tra regioni, i modelli organizzativi locali e le specificità del nostro Servizio sanitario. Tuttavia, solo l'apertura al confronto

⁵ Non è questo il luogo per discutere in dettaglio vantaggi e limiti dei mixed-methods; vogliamo tuttavia sottolineare come questo approccio venga spesso frainteso e ridotto alla semplice coesistenza di metodi quantitativi e qualitativi all'interno di un progetto di ricerca, senza alcuna reale integrazione tra di essi.

internazionale permette di verificare se tali differenze dipendano da caratteristiche proprie del sistema italiano o se riflettano processi più ampi – come la regionalizzazione delle cure, la frammentazione dei servizi o l’impatto delle riforme neoliberali – che attraversano molti sistemi sanitari europei.

Definiamo questa tensione come transcalare (Massey, 1994) perché si riferisce a un approccio che analizza e collega fenomeni su scale diverse. In geografia, il termine indica il passaggio dal quartiere alla città, dalla regione al continente, fino al livello globale, mettendo in relazione dinamiche che operano a livelli differenti. In senso più ampio, implica la possibilità di passare dall’osservazione ravvicinata del contesto nazionale a una visione d’insieme che considera anche i processi globali, e viceversa.

Un esempio illuminante di questa tensione è offerto dall’approccio One Health, che analizza in modo integrato la relazione tra salute umana, salute animale e ambiente. A livello nazionale consente di studiare come pratiche agricole, organizzazione dei servizi e normative influenzino la diffusione delle zoonosi; ma soltanto la connessione con le scale globali – cambiamenti climatici, commercio internazionale, circolazione degli agenti patogeni – permette di comprendere pienamente le dinamiche in gioco. È proprio questo movimento continuo tra livelli locali e processi planetari a rendere One Health un esempio paradigmatico di prospettiva transcalare.

La sociologia della salute italiana, se vuole mantenere un ruolo centrale nella produzione di conoscenza, ha la necessità di trovare un equilibrio tra la dimensione specificamente nazionale e una visione di più ampio respiro. Trascurare la prima significherebbe perdere la profondità interpretativa legata ai contesti locali; ignorare la seconda rischierebbe di isolare la disciplina dal confronto globale, sempre più necessario per comprendere l’evoluzione della salute e dei sistemi sanitari.

d. La sociologia della salute occupa una posizione peculiare nel panorama delle discipline che si interessano alla salute e alla malattia. Nella classica concezione delle tre dimensioni della salute – oggettiva, soggettiva e sociale – la sociologia si colloca in un punto di intersezione che le consente di tenere insieme ciò che altre discipline tendono a considerare separatamente. Ad esempio, la psicologia clinica pone l’attenzione sulle dinamiche individuali e relazionali, l’epidemiologia collega gli aspetti clinico-oggettivi ai determinanti sociali, l’antropologia esplora le rappresentazioni culturali e i significati che gruppi e individui attribuiscono alla malattia e alla cura.

La sociologia della salute, tuttavia, non coincide con nessuna di queste prospettive. La sua specificità non risiede in un oggetto esclusivo, bensì in una particolare angolazione analitica che consente di cogliere le connessioni

tra sistemi sociali, istituzioni, attori, pratiche e saperi. È ciò che la tradizione sociologica ha spesso rivendicato come tratto distintivo della disciplina (Bagnasco, Barbagli e Cavalli, 2007): se per Comte la sociologia si collocava al vertice della gerarchia delle scienze e per Runciman essa doveva occuparsi degli spazi lasciati liberi dalle scienze sociali specializzate, Simmel ha proposto una soluzione più feconda, definendo la sociologia come la capacità di isolare forme di relazione all'interno della complessità del mondo sociale, indipendentemente dal contenuto specifico dei fenomeni osservati.

Questa oscillazione tra autonomia e interdipendenza con discipline affini costituisce oggi una tensione identitaria centrale per la sociologia della salute. Da un lato, la disciplina rivendica una propria autonomia analitica, fondata sulla capacità di connettere livelli diversi – dal vissuto individuale alle strutture istituzionali, fino alle trasformazioni macro-sociali – e di interrogare criticamente il modo in cui la società produce, distribuisce e interpreta la salute. Dall'altro, la sociologia della salute continua a confrontarsi con la necessità di ottenere legittimazione in contesti accademici, sanitari e politici che spesso riconoscono più facilmente l'autorità di sapere alle discipline biomediche o cliniche.

Questa dialettica tra autonomia disciplinare e ricerca di legittimazione ha implicazioni che vanno oltre il piano teorico. Interviene nella formazione degli studenti e delle studentesse, che devono comprendere cosa renda “sociologica” una lettura della salute; nei rapporti con i professionisti sanitari, che talvolta percepiscono la prospettiva sociologica come ancillare rispetto alle competenze cliniche; e nel dialogo con i decisori politici, per i quali la sociologia deve saper dimostrare la propria capacità di leggere problemi complessi e orientare scelte pubbliche. La sociologia della salute può contribuire in modo decisivo alla formazione di professionisti capaci di leggere la complessità sociale della cura e, allo stesso tempo, di interpretare i processi più ampi che influenzano la salute – dai determinanti sociali alle trasformazioni istituzionali – offrendo strumenti per la costruzione di politiche basate su evidenze integrate, non unicamente biomediche.

In questo senso, l'indeterminatezza dei confini della disciplina – spesso percepita come una debolezza – può diventare una risorsa. La sociologia della salute si è sviluppata proprio nella capacità di attraversare territori liminali, di colmare spazi analitici trascurati da discipline affini e di rendere visibili dimensioni sociali della salute che altrimenti resterebbero opache. La sua forza, come mostra la produzione scientifica esaminata nelle analisi precedenti, risiede nella possibilità di coniugare prospettive differenti e di offrire una lettura unificata di fenomeni eterogenei e multidimensionali.

5. Una comunità scientifica in cammino

Le riflessioni che abbiamo condotto in questo capitolo mostrano da un lato le configurazioni attuali della sociologia della salute italiana e, dall'altro, suggeriscono in modo chiaro che i sociologi e le sociologhe della salute appartengono a una comunità scientifica. O meglio: sono una comunità scientifica. Condividono un progetto collettivo, anche all'interno dell' AIS – sezione Sociologia della Salute e Medicina –, producono saperi e costruiscono l'identità della disciplina.

È in questa comunità che si coltiva il dialogo tra approcci diversi – qualitativi e quantitativi, micro e macro, nazionali e internazionali – ed è qui che si costruisce la legittimazione del loro campo.

Questa idea di comunità dialoga con diverse concettualizzazioni della comunità scientifica proposte nel pensiero sociologico. Per Merton, una comunità è tale se portatrice di norme condivise – di apertura, rigore, universalismo – che orientano la produzione di conoscenza. Nella prospettiva di Kuhn, essa può essere letta come un insieme di praticanti che, pur nella pluralità dei metodi e delle sensibilità teoriche, condividono un nucleo di problemi, concetti e pratiche che costituiscono il paradigma del campo. Seguendo Luhmann, possiamo vedere questa comunità come un sistema comunicativo che si autoriproduce attraverso pubblicazioni, convegni, discussioni interne e processi di formazione. E, in una lettura bourdieusiana, come un campo attraversato da competizioni simboliche, in cui gli attori negoziano riconoscimento, definiscono gerarchie e consolidano le frontiere della disciplina.

Le aree tematiche individuate sono qualcosa in più che un elenco di argomenti trattati: rappresentano una vera e propria fotografia della disciplina oggi in Italia. Ma una fotografia non si limita a mostrare: inquadra, esclude, mette a fuoco. Interpretarla significa chiedersi non solo cosa rivela su come noi sociologi della salute vediamo il campo in cui agiamo – aspetto di cui abbiamo ampiamente discusso – ma anche cosa dice su noi stessi come comunità di ricerca. In altre parole, suggerisce come ci autorappresentiamo come comunità scientifica. Da quanto è emerso, crediamo che potremmo così riassumere: ci pensiamo vicini alle persone, critici verso le disuguaglianze, coinvolti nelle istituzioni, aperti alle tecnologie, e impegnati a trasmettere un sapere che non è ancillare ma fondativo.

Possiamo dunque dire che la sociologia della salute italiana ha fatto molta strada negli ultimi vent'anni, sia sul piano della capacità di elaborazione teorica che analitica, sia nella definizione del proprio campo disciplinare e nel riconoscimento pubblico del proprio valore. Tutto ciò, però, non può essere considerato un punto di arrivo. Le tensioni discusse – e non solo queste –

indicano che sono ancora numerose le sfide che la sociologia della salute nel nostro Paese è chiamata ad affrontare nel tentativo di comprendere un fenomeno tanto complesso qual è la salute degli individui.

Se quanto detto è vero, il primo passo, crediamo, sia rafforzare la voce pubblica della sociologia della salute italiana, la nostra voce, rendendo visibile il contributo che la disciplina può offrire al dibattito politico, professionale e culturale sulla salute come bene comune.

Riferimenti bibliografici

- Bagnasco A., Barbagli M., Cavalli A. (2007), *Corso di sociologia*, il Mulino, Bologna.
- Bourdieu P. (1972), *Esquisse d'une théorie de la pratique. Précédé de «Trois études d'ethnologie kabyle»*, Librairie Droz (trad.it.: *Per una teoria della pratica. Con tre studi di etnologia cabila*, Cortina, Milano, 2003).
- Bourdieu P. (1980), *Le sens pratique*, Éditions de Minuit, Paris (trad. it.: *Il senso pratico*, Armando, Roma, 2005).
- Braun V., Clarke V. (2006), *Using thematic analysis in psychology*, «Qualitative Research in Psychology», 3, 2: 77-101.
- Burawoy M. (2005), *2004 American Sociological Association Presidential Address: For Public Sociology*, «American Sociological Review», 70, 1: 4-28.
- Massey D. (1994). *Space, Place, and Gender*, Polity Press, Cambridge.
- Terraneo M., Quaglia V., Nuvolati G. et al. (2022), *Social capital and willingness to participate in COVID-19 vaccine trials: an Italian case-control study*, «BMC Public Health», 22: 2137.
- Wright Mills C. (1959), *The Sociological Imagination*, Oxford University Press, Oxford.

*II. Il futuro della sociologia della salute:
sfide emergenti e orizzonti futuri*

4. Immaginare il futuro: sfide e opportunità per la sociologia della salute in Italia

di Flavia Atzori e Marta Gibin¹

Introduzione: i nuovi trend della sociologia della salute nel contesto internazionale

A vent'anni dalla fondazione della Sezione “Sociologia della salute e della medicina” dell’Associazione Italiana di Sociologia (AIS), riflettere sul futuro della disciplina implica ridefinire priorità teoriche, oggetti empirici e metodologie in un contesto di rapide trasformazioni dei sistemi sanitari e sociali della cura. Il presente capitolo si interroga su quale sociologia della salute si stia delineando in Italia, con particolare attenzione a temi emergenti e orientamenti metodologici. Per farlo, è utile collocare questa esplorazione entro alcune tendenze teoriche e di ricerca che, a livello internazionale, stanno riorientando il campo. L’inquadramento internazionale che segue costituisce, pertanto, una cornice di riferimento che consente di interpretare convergenze e specificità del caso italiano.

A livello internazionale, le trasformazioni in atto evidenziano che salute e malattia sono dinamiche indissolubili da tecnologia, organizzazione e disuguaglianze, che distribuiscono rischi e responsabilità (Brown e van Voorst, 2024; Harrison *et al.*, 2024; Petrakaki *et al.*, 2025). Una prima linea di cambiamento riguarda la digitalizzazione e l’intelligenza artificiale (AI) nei servizi sanitari. L’AI si inserisce nei processi di triage, in quelli legati alla prevenzione e al supporto decisionale, sollevando domande sulla trasformazione del lavoro clinico, sulla responsabilità e sulla fiducia nelle tecnologie, che possono generare nuove forme di esclusione (Brown e van Voorst, 2024). Una seconda linea di ricerca riguarda il crescente ruolo della *long-term care*: cronicità e multimorbilità mettono sotto pressione sistemi di

¹ Il lavoro è frutto della riflessione comune tra le autrici. Tuttavia, sono da attribuire a Flavia Atzori la scrittura dell’Introduzione e del paragrafo 2, a Marta Gibin la scrittura del paragrafo 1 e delle Riflessioni conclusive.

welfare progettati per condizioni acute e percorsi standardizzati. La dimensione temporale diventa fondamentale: la cura richiede tempo in senso non riducibile al tempo misurabile, e le temporalità istituzionali (attese, appuntamenti, urgenze) si intrecciano con quelle biografiche, generando spesso conflitti e nuove disuguaglianze (Harrison *et al.*, 2024). Il rinnovato interesse per una prospettiva diacronica e di *life-course* mostra che bisogni complessi richiedono modelli integrati lungo tutto l'arco della vita, sottolineando il superamento di sistemi basati sulla frammentazione degli interventi (Tieu, 2025). La sociologia ha quindi un ruolo cruciale nell'analizzare l'intersezione tra biografie, organizzazioni e politiche, evidenziando il peso della gestione della cronicità sui pazienti e sui caregiver. Infine, si osserva un'attenzione alla ripoliticizzazione delle disuguaglianze, che appaiono sempre più influenzate da elementi culturali e strutturali (Kapadia, 2023). Si evidenzia quindi la necessità di analizzare rapporti di potere e assetti istituzionali (Bell *et al.*, 2024). In continuità con questi filoni, l'estensione della Fundamental Cause Theory a concezioni di salute più olistiche invita a ripensare come risorse sociali e politiche pubbliche producano vantaggi durevoli nel tempo, anche quando cambiano malattie e tecnologie (Nousak, 2025).

Queste traiettorie internazionali sollevano una domanda specifica per il contesto italiano: quale sociologia della salute si sta delineando, e con quali strumenti, a fronte di processi quali digitalizzazione, riorganizzazione dei servizi, crescente peso della cronicità e persistenti disuguaglianze territoriali e sociali? Per rispondere a questa domanda, il presente contributo adotta una prospettiva “generazionale” e si basa su un questionario rivolto ai/alle giovani membri della Sezione AIS “Sociologia della Salute e della Medicina”, volto a ricostruire aree tematiche prioritarie e orientamenti metodologici futuri.

1. Il presente e il futuro della sociologia della salute in Italia

1.1 L'indagine esplorativa

L'indagine nasce con l'obiettivo di costruire uno degli interventi previsti per la celebrazione del ventennale della Sezione “Sociologia della Salute e della Medicina” dell'Associazione Italiana di Sociologia, che si è svolta durante il Convegno di fine mandato AIS a Bergamo nel settembre 2025. L'intervento in questione ha avuto l'obiettivo di proporre delle riflessioni sul futuro della sociologia della salute e della medicina italiana, soprattutto in termini di future tematiche di ricerca. Per affrontare il tema, si è deciso di coinvolgere i/le giovani studiosi/e (dottorandi/e, assegnisti/e, borsisti/e, RtdA)

afferenti alla Sezione con l'obiettivo di indagare gli interessi di ricerca di chi rappresenta il futuro della sociologia della salute e della medicina italiana. Il modo in cui intendiamo il termine "giovani" è in linea con il suo utilizzo in ambito accademico per descrivere non tanto chi è giovane anagraficamente, ma piuttosto coloro che fanno parte del personale non strutturato. Si riconosce però la problematicità del termine, che può risultare fuorviante, in quanto spesso chi è giovane dal punto di vista accademico non lo è necessariamente da quello anagrafico, e in parte sminuente, poiché potrebbe suggerire erroneamente che coloro che conducono ricerca in questa fase della carriera manchino di competenze, mentre spesso sono ricercatori esperti che però affrontano spesso lunghi periodi di precariato prima di diventare strutturati.

L'indagine è stata condotta mediante un questionario online auto-somministrato, strutturato in sezioni volte a rilevare:

- le *tematiche di ricerca* su cui le nuove generazioni di studiosi/e si sono focalizzate nel corso della loro carriera accademica e quelle che hanno stimolato maggiormente il loro interesse;
- gli *interessi di ricerca* attualmente emergenti e le loro possibili linee di sviluppo futuro;
- le *tecniche di ricerca* utilizzate e quelle di interesse futuro;
- il *grado di soddisfazione* in merito alle attività della sezione.

Nel prossimo paragrafo, ci concentreremo sulla presentazione dei risultati relativi ai primi tre punti. Il questionario, distribuito attraverso le liste di distribuzione e i canali ufficiali della Sezione nel periodo maggio-novembre 2025, ha raccolto le risposte di 22 partecipanti su una popolazione di 28 persone. Successivamente, si è tenuto un incontro online di approfondimento, con l'obiettivo di discutere insieme i risultati del questionario e raccogliere ulteriori feedback.

Gli aspetti relativi alle tematiche, agli interessi e alle tecniche di ricerca sono stati indagati tramite delle domande aperte che consentivano ai/alle rispondenti di descrivere questi aspetti tramite parole chiave. I materiali raccolti sono stati sottoposti a tecniche di analisi descrittiva e tematica, con l'obiettivo di categorizzare gli spunti emersi. I risultati di questo processo sono presentati nel prossimo paragrafo.

1.2. I risultati

1.2.1. Le tematiche di ricerca

Le tematiche di ricerca di cui i/le giovani si sono occupati nel loro percorso accademico possono essere riassunte in 5 categorie, a cui si aggiunge una categoria “Altro”:

- Salute digitale e tecnologia (25 item);
- Esperienza di malattia, disabilità e caregiving (20 item);
- Organizzazione dei servizi socio-sanitari (15 item);
- Genere e salute (5 item);
- Ageing (4 item);
- Altro (15 item).

La tabella 1 mostra alcuni esempi di item che rientrano in ciascuna categoria.

Tab. 1 – Le tematiche di ricerca affrontate da/dalle giovani studiosi/e della sezione

| <i>Categoria</i> | <i>Item</i> |
|---|---|
| Salute digitale e tecnologia | Intelligenza artificiale, telemedicina, sanità digitale, produzione e adozione di sistemi algoritmici, narrazioni sulle tecnologie, relazioni umani-macchina, disuguaglianze digitali, ecc. |
| Esperienza di malattia, disabilità e caregiving | Traiettorie di malattia, caregiving, stigma, qualità di vita, menomazione-disabilità, rotture biografiche condivise, lavoro di cura, malattie croniche, ecc. |
| Organizzazione dei servizi socio-sanitari | Professionisti sanitari, integrazione sociosanitaria, diritto alla salute, politiche sociali e sanitarie, organizzazione sanitaria, ecc. |
| Genere e salute | Medicina di genere, maternità e carcere, dolore pelvico, salute/sanità e genere |
| Ageing | Invecchiamento attivo e in salute, ageing |
| Altro | Produzione conoscenza medica, attivismo dei pazienti, distinzione tra salute e benessere, ecc. |

Le categorie individuate mostrano un campo di ricerca articolato, in cui temi consolidati della sociologia della salute e della medicina si intrecciano con linee emergenti legate alle trasformazioni recenti dei sistemi sanitari e della società. Da un lato, ritornano ambiti “classici” quali le professioni sanitarie, l’organizzazione dei servizi socio-sanitari, l’esperienza di malattia, la disabilità e il lavoro di cura formale e informale, che continuano a rappresentare uno zoccolo duro di riflessione teorica ed empirica. Dall’altro, si osserva una forte attenzione per le innovazioni tecnologiche e digitali – telemedicina, intelligenza artificiale, piattaforme e dispositivi digitali – analizzate sia come strumenti organizzativi, sia come dispositivi che riconfigurano

le relazioni di potere, i processi decisionali e le forme di soggettività in ambito sanitario.

Gli item mettono inoltre in luce una sensibilità per le disuguaglianze (tecnologiche, territoriali, di genere e generazionali) che possiamo identificare come un tema trasversale alle diverse categorie individuate, interrogando criticamente l'accesso ai servizi, le forme di vulnerabilità e i processi di marginalizzazione nei diversi contesti di vita e di cura.

Tra i temi elencati, quelli che hanno stimolato maggiormente l'interesse dei/delle giovani studiosi/e della Sezione sono stati quelli relativi alla salute digitale e all'intelligenza artificiale, allo stigma e alle narrazioni di malattia, e alla comunicazione della salute.

Ai/alle giovani studiosi/e della Sezione è stato inoltre chiesto su quali temi vorrebbero focalizzarsi in futuro. In questo caso, è la categoria "Organizzazione dei servizi socio-sanitari" a includere il maggior numero di risposte (8 item). Gli item inclusi in questa categoria evidenziano un interesse per il modo in cui i servizi vengono effettivamente resi accessibili, comunicati e vissuti, e includono aspetti quali la comunicazione della salute, il rapporto medico-paziente, l'accesso alle cure in istituzioni totali, la salute mentale e la salute pubblica.

Parallelamente, la centralità della dimensione digitale (6 item) segnala la percezione che le trasformazioni tecnologiche non siano un tema "di nicchia", ma uno dei principali fronti di riconfigurazione dei sistemi sanitari e delle relazioni di cura. In questo caso, l'interesse dei giovani è indirizzato soprattutto ad analizzare l'impatto dell'intelligenza artificiale sulle decisioni cliniche e sulle relazioni di cura.

Nella categoria "Esperienza di malattia, disabilità e caregiving" (5 item) sono invece soprattutto gli aspetti legati allo stigma e alle narrazioni di malattia a stimolare l'interesse dei giovani.

Infine, è stata chiesta ai/alle giovani la loro opinione sui temi che avranno maggiori possibilità di sviluppo futuro, anche in termini di capacità di attrarre finanziamenti. Le risposte indicano con chiarezza due poli principali di interesse: "Salute digitale e tecnologia" e "Organizzazione dei servizi socio-sanitari", che sono le categorie con il maggior numero di item (rispettivamente 20 e 9). Nel primo caso l'attenzione è rivolta soprattutto all'intelligenza artificiale (15 item su 20). Nel secondo, il focus è soprattutto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale e sulle sue future forme di finanziamento, aspetto di criticità di quello che è l'assetto attuale della sanità italiana.

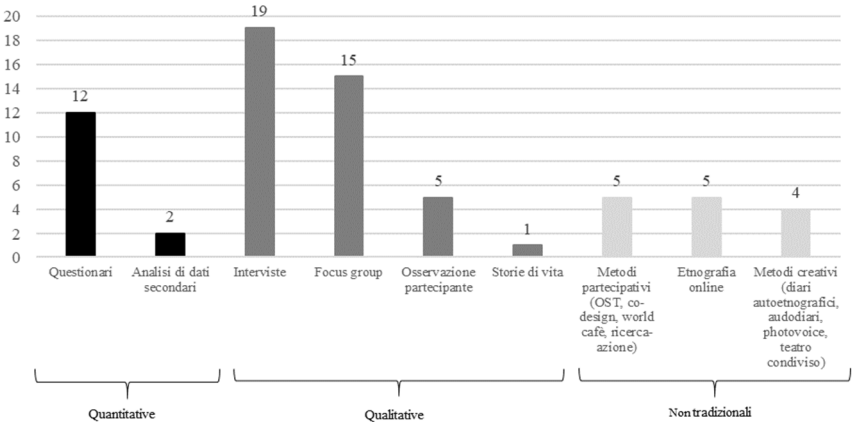
L'incontro online che si è svolto a seguito della rilevazione tramite questionario ha confermato quanto emerso. In aggiunta alle tematiche già

emerse dal questionario, i partecipanti all'incontro online hanno sottolineato l'importanza di dedicarsi allo studio del benessere di chi fa ricerca, riconoscendo che il sostegno e la salute mentale dei/delle ricercatori/trici sono fondamentali per promuovere un ambiente accademico sano.

1.2.2. Le tecniche di ricerca

La figura 1 offre una panoramica delle tecniche di ricerca utilizzate dai/dalle giovani studiosi/e della Sezione. Si evidenzia una netta predilezione per le metodologie qualitative, con le interviste che si distinguono come la tecnica più adottata (19 occorrenze), seguite dai focus group (15 occorrenze), suggerendo un forte interesse per l'approfondimento delle prospettive e delle esperienze individuali o di gruppo. Le tecniche quantitative vedono un utilizzo significativo dei questionari (12 occorrenze), ma un impiego molto limitato dell'analisi di dati secondari. È interessante notare anche l'adozione di metodi non tradizionali, come i metodi partecipativi e l'etnografia online (entrambi con 5 occorrenze), e i metodi creativi (4 occorrenze), indicando un'apertura verso approcci innovativi e meno convenzionali nella ricerca. Altre tecniche, come l'osservazione partecipante e le storie di vita, mostrano un utilizzo più contenuto. Nel complesso, il quadro suggerisce una comunità di giovani studiosi/e orientata principalmente verso la ricerca qualitativa e interessata all'esplorazione di nuove frontiere metodologiche.

Fig. 1 – Le tecniche di ricerca utilizzate dai/dalle giovani studiosi/e della sezione



I dati sulle tecniche che i/le giovani studiosi/e vorrebbero esplorare in futuro rivelano interessi simili, con un forte orientamento verso metodologie di ricerca qualitative, partecipative e innovative. Tra le tecniche qualitative, vengono citate storie di vita, interviste, etnografia e focus group. Tra i metodi non tradizionali, l'autoetnografia è menzionata esplicitamente più volte, così come i metodi partecipativi, con "soggetti come co-ricercatori". Un'altra area di interesse significativa è l'esplorazione dei metodi digitali, come la netnografia, e dei metodi creativi. Solamente in un caso viene espresso l'interesse verso l'approfondimento di tecniche quantitative.

2. Discussione

I risultati del questionario somministrato ai e alle giovani della Sezione delineano una disciplina che, da un lato, allinea le proprie traiettorie con quelle internazionali prevalenti; dall'altro, mette in luce alcune peculiarità legate al contesto italiano. Nel complesso, si identificano tre assi principali: (a) una priorità assegnata alla salute digitale e all'intelligenza artificiale, nonché alle trasformazioni sociotecniche; (b) un'attenzione rivolta all'organizzazione sanitaria e all'accessibilità dei servizi; (c) una considerazione trasversale delle disuguaglianze, accompagnata da un interesse marcato verso le traiettorie relative alle malattie, specialmente croniche, al caregiving, all'invecchiamento e alla disabilità.

L'emergere della salute digitale e dell'intelligenza artificiale come ambiti prioritari per i/le giovani sociologi/ghe è in linea con il passaggio dalla fase della "novità" a quella della normalizzazione: le tecnologie digitali sono destinate a diventare infrastrutture ordinarie nel settore sanitario e, di conseguenza, oggetti di studio sociologico propri e strutturali (Brown e van Voorst, 2024; Petrakaki *et al.*, 2025). Tuttavia, i risultati del questionario mettono in evidenza sia un rischio che un'opportunità. Il rischio consiste nella possibilità che l'interesse verso queste tematiche rimanga a un livello superficiale, senza un adeguato radicamento empirico nei contesti di utilizzo (organizzazioni, professioni, utenti) e senza una cornice teorica capace di analizzare il potere e le disuguaglianze. In questo senso, la proposta di Brown e van Voorst (2024) è cruciale: collocare le tecnologie digitali e l'AI nel quadro degli studi sociali sul rischio permette di superare sia una lettura puramente tecnicistica, centrata su efficienza e innovazione, sia una critica generica. Questa prospettiva invita invece a indagare come si trasformino le responsabilità, i rapporti di fiducia, la moralizzazione del (non)uso, la distribuzione sociale dei rischi e le dinamiche di potere. L'opportunità consiste

nella possibilità che l'interesse manifestato dai/dalle giovani possa concretizzarsi in un'agenda empirica focalizzata su: (a) implementazione delle tecnologie ed eventuali resistenze, (b) nuove gerarchie di conoscenza e responsabilità, (c) effetti distributivi e disuguaglianze digitali, temi che sono direttamente correlati alla riorganizzazione del lavoro sanitario post-pandemico (Pettrakaki *et al.*, 2025). In aggiunta, i risultati offrono uno spunto per sviluppare linee di ricerca su oggetti attualmente poco esplorati in Italia, come la robotica e l'automazione nella cura. La proposta di una sociologia dei robot sanitari suggerisce un nuovo campo di analisi relativo a RSA, assistenza domiciliare e carenze nella forza lavoro, in cui i concetti di "cura" e "umanizzazione" vengono rinegoziati nelle pratiche cliniche e assistenziali (Robins *et al.*, 2025). Integrare tali tematiche nell'agenda italiana equivarrebbe ad anticipare trasformazioni che, probabilmente, si riveleranno cruciali nei prossimi anni.

Un secondo elemento di rilievo nei risultati è rappresentato dall'interesse per l'organizzazione dei servizi socio-sanitari, così come per l'accessibilità e la comunicazione della salute. Questa priorità è perfettamente allineata con l'agenda internazionale, la quale invita a considerare la trasformazione organizzativa non semplicemente come un tema ricorrente, ma come un processo complesso, caratterizzato da conseguenze inattese, conflitti di sapere e produzione di nuove disuguaglianze (Lowton, 2024; Pettrakaki *et al.*, 2025). In questo contesto, la specificità italiana si configura come un vantaggio comparativo: l'interazione tra riforme organizzative, differenziazioni territoriali e pressioni sui servizi e sul personale costituisce un laboratorio empirico ideale per studiare come innovazione, austerità e governance rimodellino gli accessi ai servizi e i diritti dei cittadini.

Particolare attenzione merita l'emergere del tema della salute mentale e dell'accessibilità, che suggerisce l'opportunità di integrare, accanto alle analisi organizzative, una lente discorsiva e categoriale. Lin (2025) dimostra che l'accessibilità non può essere ridotta alla mera disponibilità di servizi, ma deve essere interpretata attraverso le cornici discorsive, le definizioni di salute/disabilità e le pratiche istituzionali che, anche in presenza di un'offerta formale, possono perpetuare situazioni di inaccessibilità.

L'interesse crescente per le traiettorie di malattia, il caregiving, l'invecchiamento e, in generale, le problematiche legate alla *long-term care* risulta allineato a due sviluppi internazionali significativi: l'attenzione alle temporalità e il rinnovato interesse per la prospettiva del corso di vita. Come mostrano Harrison, Smith e Adams (2024), il tempo gioca un ruolo cruciale nel determinare l'accesso ai servizi, la qualità dell'assistenza e i carichi di lavoro invisibili, manifestandosi attraverso tempi di attesa, frammentazioni, vissuti

di malattia. In questo contesto, i risultati del questionario offrono uno spunto di riflessione per estendere l'agenda di ricerca, includendo nella riflessione sulle traiettorie di malattia, sul caregiving e sulla cronicità l'elemento dei regimi temporali dell'assistenza che gravano su pazienti e caregiver. Allo stesso modo, la prospettiva integrata life-course, come sottolinea Tieu (2025), costituisce un dispositivo concettuale applicabile allo studio della cronicità e dei bisogni complessi all'interno di un welfare sempre più frammentato e attraversato da crisi strutturali. Infine, le riflessioni sulla multimorbilità come espressione di disuguaglianze evidenziano che l'aumento della multimorbilità non è uniformemente distribuito e richiede quindi un ripensamento dei servizi, includendo esplicitamente le dimensioni dell'ini-quità e delle esperienze vissute dai pazienti (Lowton, 2024).

Il tema delle disuguaglianze emerge come un aspetto trasversale nei risultati del questionario. La letteratura internazionale indica che la questione principale riguarda come esse vengono concepite. Kapadia (2023), in un lavoro dedicato al tema della salute mentale, suggerisce di considerare le disuguaglianze con un approccio intersezionale, riflettendo sui diversi fattori che contribuiscono a generare disuguaglianze nell'accesso ai servizi. Nousak (2025), invece, sottolinea l'importanza della Fundamental Cause Theory (Link & Phelan, 1995) nello spiegare la persistenza delle disuguaglianze nel tempo, proponendo di estenderla a concezioni di salute più olistiche. In Italia, integrare queste prospettive significherebbe evitare che il termine "disuguaglianze" resti solo un termine descrittivo e trasformarlo in un paradigma esplicativo che metta in relazione risorse, istituzioni e traiettorie temporali.

I risultati del questionario permettono anche di riflettere su tematiche che emergono come prioritarie nelle agende internazionali, ma che non sono state menzionate dai/dalle giovani sociologi/ghe della Sezione, o compaiono solo come temi marginali. In primo luogo, emerge nella letteratura internazionale un rinnovato interesse verso questioni legate alla diagnosi e alla medicalizzazione. La sociologia della diagnosi, come formulata da Bell *et al.* (2024), che partono dal contributo pionieristico di Jutel (2009), fornisce un quadro teorico utile per considerare la diagnosi come un processo sociale e politico che influisce sull'identità e sull'accesso alle risorse, suggerendo la necessità di mantenere una posizione critica nei confronti delle categorie e dei sistemi di classificazione diagnostica. Inoltre, la sociologia della prescrizione, proposta da Smith (2025) come agenda emergente, può ulteriormente rafforzare un approccio integrato che collega la pratica clinica, le logiche farmacologiche, la medicalizzazione e l'organizzazione del lavoro nel settore sanitario. Questi due ambiti, insieme, risultano particolarmente significativi per lo studio dell'intelligenza artificiale: diagnosi, classificazioni

diagnostiche e prescrizione dei farmaci sono aree in cui gli strumenti algoritmici tendono ad avere un impatto, rendendo fondamentale un dialogo tra sociologia della tecnoscienza e sociologia della salute e della medicina.

Per quanto riguarda la medicalizzazione, la riflessione sul lutto come possibile diagnosi, proposta da Gurley-Green e colleghi (2025) invita a riflettere in modo critico sulle conseguenze iatrogene della medicalizzazione del dolore e sull'importanza di interrogare i confini tra sofferenza sociale e patologia.

Riflessioni conclusive

In conclusione, l'analisi delle prospettive future della sociologia della salute in Italia, filtrata attraverso le visioni dei/delle giovani studiosi/e, rivela un interesse verso tre filoni principali: la priorità assegnata alla salute digitale e all'intelligenza artificiale (AI), l'attenzione verso l'organizzazione sanitaria e l'accessibilità dei servizi, e una considerazione trasversale delle disuguaglianze. Se da un lato l'entusiasmo per le nuove tecnologie offre l'opportunità di affrontare sfide complesse, si sottolinea la necessità di evitare un approccio superficiale, promuovendo un radicamento empirico e teorico capace di analizzare le dinamiche di potere e le nuove forme di disuguaglianza generate da questi processi. Dall'altro lato, l'Italia, con le sue peculiarità relative a riforme, differenziazioni territoriali e pressioni sui servizi, si conferma un campo di studio privilegiato per approfondire l'organizzazione sanitaria, elevando la comprensione delle disuguaglianze da mera descrizione a paradigma esplicativo.

L'integrazione di temi meno esplorati dai/dalle giovani studiosi/e, ma rilevanti a livello internazionale, come la sociologia della diagnosi e della prescrizione, rappresenta infine un'ulteriore via per arricchire l'agenda di ricerca. Collegare queste prospettive allo studio dell'intelligenza artificiale e degli algoritmi diagnostici significa indagare come classificazioni diagnostiche, processi di prescrizione e pratiche cliniche ridefiniscano identità, accesso alle risorse e gerarchie di sapere.

Sul piano metodologico, va sottolineato lo scarso interesse verso metodi quantitativi. Emerge infatti una chiara propensione verso approcci qualitativi, partecipativi e creativi, unitamente all'apertura verso i metodi digitali, come la netnografia.

Riferimenti bibliografici

- Bell A.V., Jutel A., Weinberg D., Young J. (2024), *The sociology of diagnosis: Critical distance*, «Sociology of Health & Illness», 46, S1: 1-7.
- Brown P., van Voorst R. (2024), *The influence of artificial intelligence within health-related risk work: A critical framework and lines of empirical inquiry*, «Health, Risk & Society», 26, 7-8: 301-316.
- Gurley-Green S., Cosgrove L., Kostic M., Koa L., McPherson S. (2025), *The Iatrogenic Consequences of Medicalising Grief: Resetting the Research Agenda*, «Sociology of Health & Illness», 47, 2: e13866.
- Harrison M., Smith A.K.J., Adams S. (2024), *Matters of time in health and illness*, «Health Sociology Review», 33, 1: 1-9.
- Jutel A. (2009), *Sociology of diagnosis: A preliminary review*, «Sociology of Health & Illness», 31, 2: 278-299.
- Kapadia D. (2023), *Stigma, mental illness & ethnicity: Time to centre racism and structural stigma*, «Sociology of Health & Illness», 45, 4: 855-871.
- Lin N.X.Y. (2025), *Engaging with discursive complexities in mental health accessibility: Implications for acquired brain injury*, «Sociology of Health & Illness», 47, 2: e13856.
- Link B.G., Phelan J. (1995), *Social Conditions As Fundamental Causes of Disease*, «Journal of Health and Social Behavior», 35: 80.
- Lowton K. (2024), *Multimorbidity: Inequalities, lived experience and the need for service redesign*, «Sociology of Health & Illness», 46, 4: 579-581.
- Nousak S. (2025), *Extending Fundamental Cause Theory to Holistic Health*, «Sociology of Health & Illness», 47, 1: e13875.
- Petrakaki D., Chamakiotis P., Russell E., Charlwood A. (2025), *Resistance, tensions and consent to digital working in healthcare*, «Social Science & Medicine», 368: 117691.
- Robins D., Brown N., Atkin K., Dolezal L., Nettleton S. (2025), *Towards a Sociology of Healthcare Robots*, «Sociology of Health & Illness», 47, 4: e70033.
- Smith A.K.J. (2025), *The sociology of prescribing: A narrative review and agenda*, «Social Science & Medicine», 368: 117830.

5. La sostenibilità futura dei sistemi e delle politiche socio-sanitarie

di Barbara Sena e Ivan Galligani¹

Introduzione

L'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile dell'Organizzazione delle Nazioni Unite impone ai sistemi sanitari pubblici, come ad ogni altra forma di organizzazione sociale, di ri-orientarsi in funzione del paradigma della sostenibilità. L'applicazione di tali principi alle politiche sanitarie comporta la sfida di assicurare il più ampio accesso alle cure (*Universal Health Coverage*), promuovendone la loro efficacia – declinata in termini di *outcome* di salute da raggiungere (ad es. ridurre la mortalità prematura da malattie non trasmissibili; ridurre i decessi da inquinamento dell'aria, ecc.) – riducendo al contempo l'impatto ambientale e senza compromettere la tenuta economica dei sistemi sanitari (Onu, 2015).

Come riconosciuto dalle analisi dell'Alleanza italiana per lo Sviluppo Sostenibile (2020), l'Italia mostra un'ottima *performance* nel raggiungimento degli obiettivi del *Goal 3* (relativo alla dimensione salute) dell'Agenda 2030, avendo un sistema sanitario universalistico e capace di garantire alte aspettative di vita e standard nelle cure erogate, se pure non manchino criticità quali: «un sistema di offerta sempre più costoso di fronte ad una domanda crescente e sempre più esigente; l'aumento della componente anziana della popolazione, delle patologie croniche e delle disabilità; le lacune e le disfunzioni nella gestione del sistema sanitario per quanto riguarda l'equità di accesso e la qualità delle cure» (*ivi*, p. 6).

Per il nostro Paese, la sfida si sostanzia quindi nel difendere e possibilmente migliorare gli standard di cura, ridurre le disuguaglianze di salute

¹ Il capitolo è frutto di una riflessione e di un lavoro condiviso da parte degli autori, per cui, a fini valutativi, la scrittura di ciascun paragrafo deve essere attribuita ad entrambi.

persistenti, efficientare la *performance* ambientale e trovare infine soluzioni per superare l'affanno cronico del Ssn nel reperire le risorse necessarie.

In questa prospettiva, il presente lavoro mira a fornire un'analisi delle principali sfide per la sostenibilità del nostro sistema sanitario, partendo da una ricostruzione delle criticità presenti, per poi passare alle recenti riforme promosse dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – Pnrr, volte a rilanciare l'assistenza sanitaria dopo anni di politiche restrittive, e concludere con una discussione sulle possibili sfide di medio e lungo periodo che attendono la gestione della salute in Italia.

1. Le criticità di salute attuali

Partendo dalle criticità rilevate per il conseguimento degli obiettivi dell'Agenda 2030, il primo dato che emerge è relativo all'invecchiamento progressivo della popolazione italiana. Secondo gli ultimi dati Istat (2025), nel 2024 la speranza di vita alla nascita nel nostro Paese ha raggiunto il massimo storico (83,4 anni), rendendo l'Italia prima in Europa in questo dato². L'effetto combinato di buoni servizi sanitari e condizioni complessivamente favorevoli nelle determinanti di salute (stili di vita, ambiente, ecc.) favorisce l'alta longevità della popolazione italiana, che, insieme alla bassa fertilità, rende l'Italia uno dei paesi più anziani al mondo: il terzo in Europa (dopo Grecia e Portogallo) e il quinto tra i paesi Oecd (2025) per quota di persone ultrasessantacinquenni sul totale della popolazione. Stando alle proiezioni più recenti, tali quote sono attese innalzarsi progressivamente fino a raggiungere, nel 2050, il 37% degli ultrasessantacinquenni e il 15% degli ultraottantenni, rendendo l'Italia potenzialmente il secondo paese più anziano al mondo dopo la Corea del Sud (Istat, 2025).

Tuttavia, una tale composizione demografica comporta anche un crescente fabbisogno sanitario, considerando che per il 2024 i dati Istat³ rilevano che, per le persone con almeno 75 anni, il 66% ha almeno due malattie croniche e il 48,9% ha gravi limitazioni nello svolgere attività quotidiane. Peraltro, quasi la metà degli ultrasessantacinquenni vive da solo. La gestione dei servizi di *long-term care* sarà quindi un tema determinante per la sostenibilità futura del nostro sistema salute.

² Dati Eurostat consultabili su: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Health_in_the_European_Union_%E2%80%93_facts_and_figures; (ultimo accesso 05.01.2026).

³ Dati Istat consultabili su: <https://esploradati.istat.it/databrowser/#/it/dw> (ultimo accesso 05.01.2026).

Al contempo, il Ssn italiano dovrà affrontare anche la risoluzione di altre sue criticità storicamente presenti, legate ai molti fattori di disuguaglianza nell'accesso e nella qualità delle cure (Piazzoni e Terraneo, 2025).

In primis, nelle rilevazioni Istat (2025) gli indicatori di salute sono caratterizzati da un forte gradiente territoriale: gli abitanti delle regioni del Sud hanno mediamente una aspettativa di vita e una speranza di anni in buona salute inferiori rispetto agli abitanti del Centro-Nord (con divari che raggiungono anche i 3-4 anni tra una regione e l'altra) e maggiori tassi di mortalità evitabile. Inoltre, gli ingiusti svantaggi determinati da genere e luogo di residenza si combinano tra loro, facendo sì che una donna nata nel Mezzogiorno possa aspettarsi 54 anni in buona salute contro i 58,8 anni di una donna che nasce nel Nord-est.

Un'altra fonte di disuguaglianza è lo status socio-economico. Le persone con bassi livelli d'istruzione tendono ad avere tassi di mortalità prevenibile e trattabile quasi doppi rispetto a quelli delle persone con laurea. Il livello d'istruzione è considerabile dunque come una *proxy* della consapevolezza dell'importanza di adottare stili di vita salutari e della capacità di orientarsi nel sistema per accedere a cure efficaci, nonché indicatore indiretto, vista la dimostrata relazione tra istruzione e reddito, della capacità di far fronte ai costi delle prestazioni sanitarie (Terraneo, 2015). Infatti, in un Paese in cui circa una persona su dieci è in povertà assoluta (9,8% degli individui), non sorprende che sempre più persone siano costrette a rinunciare a visite ed esami specialistici (il 9,9% nel 2024 contro il 6,3% del 2019) a causa della difficoltà a pagare le prestazioni (nel privato e non solo) e delle lunghe liste di attesa per accedere a quelle erogate dal settore pubblico (Istat, 2025).

In una situazione in cui molteplici fattori individuali di iniquità contano nel condizionare l'accesso alle cure, l'inadeguatezza riscontrata da molti servizi nei territori italiani è inevitabilmente un'ulteriore causa di disuguaglianza. Un indicatore significativo è la mobilità sanitaria – ovvero gli spostamenti dei pazienti per ricevere cure in altre regioni rispetto a quella di residenza – che ancora una volta vede un netto squilibrio tra il Sud, che perde pazienti e relativi valori monetari delle prestazioni, e le regioni del Nord che li “ricevono” (Gimbe, 2025). Va notato comunque che, in un quadro di lungo corso di forte eterogeneità territoriale del Ssn (Vicarelli e Spina, 2020), anche diverse regioni del Centro-Nord non sono esenti da criticità nella garanzia dei Livelli Essenziali d'Assistenza, particolarmente nei servizi di prevenzione e d'assistenza distrettuale (Lispi *et al.*, 2025).

In aggiunta a queste criticità, un editoriale del *The Lancet Regional Health-Europe* (2025) evidenzia anche la carenza di medici, infermieri e altri professionisti sanitari, in Italia tra le più elevate tra i paesi Oecd, così come

la “mancanza di un’infrastruttura digitale integrata”, dovuta al forte regionalismo differenziato, che impedisce di stabilire protocolli standardizzati per la raccolta e il trasferimento di dati tra regioni, e tra sanità pubblica e privata, incrementando così ulteriormente le disuguaglianze di salute.

Infine, un ulteriore segnale di allarme, ancora poco considerato nel nostro Paese, ma che potrebbe accentuarsi in un futuro non troppo lontano, riguarda lo spopolamento delle aree interne, con il relativo depauperamento dei servizi di assistenza sanitaria a scapito delle popolazioni più fragili. In queste aree, infatti, presenti in ogni Regione del territorio italiano, sebbene con caratteristiche ed estensioni diverse, si assiste a un circolo vizioso inarrestabile, per cui, con l’aumentare della popolazione anziana inattiva, si riducono le attività economiche e i servizi e si disincentiva di conseguenza la residenza di giovani e famiglie, indebolendo progressivamente sia la vitalità economica che le reti di supporto ai bisogni di salute crescenti di anziani e fragili, rimasti perlopiù da soli a vivere in queste aree (Carrosio e Osti, 2020). Ad aggravare ulteriormente la situazione si aggiunge poi l’ormai cronica riduzione di servizi e personale sanitario (Cergas, 2023), ancora più accentuata in queste aree caratterizzate da bassa densità di popolazione, nonché da scarsa attrattività professionale, determinando inevitabili impatti in termini di disuguaglianze di salute crescenti nei territori più disagiati (Sena e Galligani, 2025a).

2. I processi di riforma in atto

In tale contesto, la pandemia da Covid-19 è apparsa a molti come un momento spartiacque. Essa ha messo in luce le crepe di un Ssn progressivamente indebolito da un decennio di austerità e sottofinanziamento di servizi essenziali, riduzione di strutture (es. piccoli ospedali e posti letto) non accompagnata da adeguati investimenti in servizi sostitutivi (es. cure intermedie, assistenza domiciliare, ecc.), nonché impoverimento della dotazione di personale (Gimbe, 2025). Inoltre, la pandemia ha reso evidenti i limiti di un sistema “ospedalocentrico”, in cui prevale una logica di carattere prestazionale e centrata sulle acuzie, a discapito dell’importanza delle cure primarie territoriali e dei servizi di prevenzione, evidenziando così le forti criticità del modello attuale per le sfide poste dalla transizione epidemiologica verso la cronicità (Arlotti *et al.*, 2021; Neri, 2021)

Nel 2021 la Sezione di Sociologia della salute e della medicina (SSM) dell’Associazione Italiana di Sociologia pubblicava un *Libro Bianco* di analisi e proposte per il rilancio del Ssn dopo la pandemia da Covid-19. I curatori

del volume, nel capitolo conclusivo (Giarelli e Vicarelli, 2021), delineavano una serie di linee orientative di riforma del Ssn per renderlo adeguato alle esigenze del futuro. Tra queste: lo spostamento del *focus* dalla malattia alla salute, superando quindi il modello della “medicina di attesa”, meramente reattivo al manifestarsi della malattia, verso modelli centrati sulla prevenzione e sulla “sanità d’iniziativa”, nonché sulla presa in carico globale del cittadino-paziente e, quindi, sulla personalizzazione delle cure (“*case management*”). Secondo gli autori, ciò è realizzabile attraverso una gestione sempre più multiprofessionale della presa in carico, resa possibile da un forte investimento nell’integrazione socio-sanitaria e dalla costruzione di un sistema reticolare, fondato sulla sinergia ospedale-territorio e dunque sull’integrazione di strumenti diversi (cure specialistiche e “intermedie”, assistenza infermieristica e sociale) nei diversi *setting* di cura (ospedaliero e comunitario e domiciliare).

In questa stessa linea, a livello di strumenti operativi e di governance, le riflessioni elaborate nella fase pandemica hanno consolidato un consenso diffuso su alcune proposte di rilancio del Ssn attraverso la diffusione capillare di nuovi servizi a livello territoriale. Lo stesso *Libro Bianco* ricordava l’importanza di dare effettiva istituzionalizzazione a strumenti e buone pratiche come case della salute/case della comunità, già ampiamente diffuse in Toscana e Emilia-Romagna, come *hub* locali per la programmazione e gestione integrata dei servizi, in cui collocare altri strumenti di più recente costituzione, previsti dal d.Lgs. 159/2021, se pur solo parzialmente attuati, come i Punti Unici di Accesso – Pua per la facilitazione dell’accesso da parte della cittadinanza, ma anche nuove forme organizzative territoriali, come le Unità Complesse di Cure Primarie – Uccp e le Aggregazioni Funzionali Territoriali – Aft dei medici di medicina generale – Mmg. Negli stessi mesi, anche altri appelli e documenti redatti da settori della società civile – ad es. un appello coordinato dall’associazione Salute Diritto Fondamentale e firmato da centinaia di organizzazioni⁴ – e da enti come ASviS (2020), ponevano enfasi sul rafforzamento dei servizi territoriali.

La finestra di opportunità attivata dalla pandemia, ovvero i fondi messi a disposizione con il Pnrr, sono stati l’occasione per invertire finalmente la rotta del defianziamento del Ssn dopo un decennio di austerità (Gimbe, 2025) e dare seguito alle riflessioni dei sociologi della salute, ma non solo, sulle necessità di riforma e potenziamento dell’assistenza territoriale, prevenendo una trasformazione organizzativa e tecnologica sostanziale, ma anche

⁴ Consultabile su: <https://www.saluteinternazionale.info/2020/10/piano-nazionale-per-lassistenza-socio-sanitaria-territoriale/>

molto complessa e articolata, di gran parte dei servizi di integrazione socio-sanitaria.

Nello specifico, il Pnrr ha destinato circa 20 miliardi di euro alla *Missione 6 – Salute* e ad interventi collegati (Upb, 2025). Sono stati assegnati 1,26 mld. per investimenti per la ricerca; circa 5,6 mld. per l’ammodernamento infrastrutturale, tecnologico e digitale delle strutture del Ssn; oltre 3 mld. complessivi per la sanità digitale (1,5 mld. per la telemedicina e circa 1,5 mld. per il potenziamento del Fascicolo Sanitario Elettronico) e 6,25 mld. per il rafforzamento dell’assistenza territoriale. Le risorse di quest’ultima voce sono state impegnate specificamente per riformare il sistema d’assistenza attraverso l’istituzione di nuove strutture e modelli organizzativi territoriali, delineati con il d.m. 77/2022. La nuova architettura è fondata sul Distretto sanitario (di ampiezza raccomandata di 100.000 abitanti) come livello territoriale ottimale per la programmazione e per il coordinamento dell’erogazione dei servizi di cure primarie, ambulatoriali e ospedaliere e per l’integrazione socio-sanitaria.

All’interno di ciascun Distretto devono essere istituite le nuove strutture e forme organizzative individuate dal d.m. Le prime sono le già citate Case della Comunità, che vanno distinte funzionalmente in centri *hub*, ogni 40-50.000 abitanti, da configurare come punto di accesso per tutti i servizi non emergenziali offerti dal Ssn, quali cure primarie, prevenzione, assistenza alla maternità, punti di prelievo per i campioni di laboratorio, servizi specialistici e diagnostici di base, Pua e servizi di coordinamento con i servizi sociali. Sono previsti poi centri più piccoli, *spoke*, come sedi d’erogazione delle cure primarie. In essi sono collocati i Pua locali, alcuni servizi specialistici di base, le aggregazioni dei Mmg (Aft), e le equipe d’assistenza infermieristica.

L’altra nuova struttura introdotta sono gli Ospedali di Comunità, che dovrebbero svolgere una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri impropri, garantire dimissioni protette e percorsi di stabilizzazione clinica, recupero funzionale e dell’autonomia. Devono garantire 20 posti letto ogni 100.000 abitanti, ed essere dotati di 7-9 infermieri, 4-6 operatori socio-sanitari, 1-2 professionisti della riabilitazione e un medico per almeno 4,5 ore 6 giorni a settimana.

Il d.m. istituzionalizza anche quattro nuove forme organizzative da prevedere sui territori. La prima sono le Unità di Continuità Assistenziale – Usca, già sperimentate durante la pandemia, e composte da un medico e un infermiere. Esse sono un’équipe mobile distrettuale che supporta i professionisti responsabili della presa in carico del paziente per la gestione e il supporto di casi con condizioni clinico-assistenziali e operative di particolare complessità. Un’altra sono gli Infermieri di Famiglia e di Comunità – IFeC.

Tale figura, istituzionalizzata dopo molti anni di sperimentazioni regionali/locali (Neri, 2025), è individuata come nodo chiave del nuovo modello di cure territoriali. Infatti, le sue funzioni superano la logica meramente prestazionale dell'assistenza domiciliare standard, assumendo anche compiti di educazione del paziente e della famiglia, identificazione precoce dei rischi socio-sanitari e coordinamento, in sinergia col Mmg curante, della rete di interventi mobilitati a favore dell'utente, per dare così vita ad un approccio di presa in carico continuativa e globale (sanitaria e sociale). Una terza forma organizzativa è costituita invece dalle Unità di Cure Palliative Domiciliari – Ucpd come équipe multiprofessionali, a valenza distrettuale, dedicate alla garanzia della continuità assistenziale del paziente in collaborazione con il Mmg curante. Infine, l'ultima novità è la Centrale Operativa Territoriale – Cot, almeno una per Distretto, e composta da almeno 3-5 infermieri e 1-2 unità di personale di supporto, oltre che, potenzialmente, anche da altre professionalità di ambito sociale. Le Cot hanno la funzione di facilitare il raccordo tra i vari attori dell'assistenza ospedaliera e territoriale, coordinare le transizioni dei pazienti tra i diversi setting assistenziali (es. ospedale-domicilio), tracciando e monitorando le transizioni e i percorsi di presa in carico.

Con le risorse Pnrr sono stati altresì rafforzati i servizi di cure domiciliari, nello specifico l'Assistenza Domiciliare Integrata – Adi erogata da personale sanitario e sociosanitario per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti. Il Pnrr ha destinato 2,7 mld. per accrescere il numero di assistiti fino a raggiungere il 10% degli ultrasessantacinquenni entro il 2025 (Upb, 2025). Tale intervento si inserisce nell'impegno di riforma complessiva del modello italiano di *Long-term Care* (Ltc) assunto dal Governo Draghi nell'ambito del Pnrr, e avviato con la Legge delega 33/2023. Come ricostruito da Ranci e colleghi (2024), la proposta di riforma ha il potenziale di rappresentare un cambiamento epocale per il Ltc italiano dopo anni di “inazione istituzionale”. Era prevista, infatti, la definizione di un modello di governance omogeneo nei territori e criteri standardizzati di valutazione del bisogno assistenziale, insieme a una profonda revisione dello strumento dell'Indennità di accompagnamento (L. 18/1980 e L. 508/1988). La riforma avrebbe istituito una nuova Prestazione Universale non più uguale per tutti, ma graduata in funzione dello stato di bisogno, nonché la possibilità per i beneficiari di scegliere tra sostegno monetario ed erogazione di servizi, inclusa la contrattualizzazione di un assistente familiare regolarmente assunto. Successivamente, però, i decreti attuativi del 2024 hanno sostanzialmente posticipato la definizione di una riforma organica del Ltc italiano (*ibid.*), in particolare la nuova Prestazione Universale, riconfigurata come *solo* integrativa dell'Indennità, e da sperimentarsi nel corso del 2025-2026 con un numero limitato di beneficiari.

Infine, va enfatizzato anche l'altro grande fronte di riforma e finanziamento avviato dal Pnrr, che va nella direzione dell'innovazione digitale. Il d.mds. 29 aprile 2022 delinea il nuovo "Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare" con cui, grazie ai 1,5 mld. stanziati dal Pnrr, si intende infrastrutturare una rete di servizi e pratiche di telemedicina (televista, telemonitoraggio, teleassistenza, ecc.) come componenti strutturali dei percorsi d'assistenza ospedaliera e territoriale insieme alle forme organizzative previste dal d.m. 77/2022 (Sena e Galligani, 2025b). Il modello si basa sulla costituzione di una Piattaforma Nazionale di Telemedicina deputata a garantire l'interoperabilità tra il fascicolo sanitario e le piattaforme ("Infrastrutture Regionali di Telemedicina") con cui gli enti regionali erogheranno i servizi di telemedicina sui territori.

Gli altri pilastri del modello italiano di sanità digitale sono il nuovo Fascicolo Sanitario Elettronico – Fse "2.0" (d.mds. 7 settembre 2023), finalmente unitario a livello nazionale e abilitato a raccogliere dati strutturati e interoperabili (non più solo *pdf*), integrato col nuovo Ecosistema dei Dati Sanitari (d.mds. 31 dicembre 2024), cioè una banca dati centralizzata progettata per raccogliere, organizzare ed elaborare i dati sanitari ed abilitare così nuovi modelli di programmazione e gestione sanitaria preventiva e predittiva, anche basata su strumenti di Intelligenza Artificiale⁵.

3. Le sfide per il futuro del Ssn

Il 2026 sarà un momento cruciale per la sanità italiana. Nel corso dell'anno dovranno diventare pienamente operative tutte le riforme avviate col Pnrr negli ultimi anni. Secondo le intenzioni delle istituzioni e le aspettative sui risultati dell'implementazione di tutte le riforme messe in atto, il Ssn dovrà apparire sostanzialmente trasformato: più presente sul territorio, rafforzato da una molteplicità di strutture e forme organizzative innovative, sempre più supportate dalle tecnologie digitali, e sempre più chiamate a lavorare in rete per garantire la multidimensionalità della presa in carico e la sua continuità tra i vari setting: ospedaliero, ambulatoriale e domiciliare.

Tuttavia, l'entità delle trasformazioni messe in atto e la probabile mancanza di nuove risorse ingenti per altri cambiamenti "epocali" nel futuro prossimo comporteranno inevitabilmente una stretta dipendenza della sostenibilità del Ssn, almeno nel breve-medio periodo, non solo dal successo delle

⁵ Si veda ad es. la piattaforma "MIA" in fase di sviluppo da parte di Agenas grazie ai fondi Pnrr (M6C1 sub-investimento 1.2.2.4: "Intelligenza Artificiale").

riforme avviate dal Pnrr, ma anche dalla loro capacità di abilitare un sistema sostenibilmente adeguato alle sfide sanitarie del futuro.

Il primo fronte critico sarà quello di reperire tutte le risorse necessarie per “popolare” le nuove strutture e forme organizzative previste dal d.m. 77/2022. Infatti, il Pnrr ha finanziato la costruzione delle infrastrutture “fisiche” e il primo avvio e/o rafforzamento dei servizi (es. Cot, Adi, ecc.) solo fino al 2026, per cui, per il futuro, sarà indispensabile un consistente piano di reclutamenti (Upb, 2025). Se pure durante e dopo la pandemia il personale sanitario in Italia sia tornato a crescere, dopo un decennio di contrazione provocato dalle politiche di austerità (Gimbe, 2025), in Italia, come nel resto dei Paesi sviluppati, esso risulta comunque insufficiente a gestire le sfide dell’invecchiamento della popolazione e dell’aumento delle cronicità (Oecd, 2025). Nello specifico dell’Italia, oltre che prevedere *più* personale, lo spostamento “dall’ospedale al territorio” comporterà anche la necessità di rivedere la *composizione* delle professionalità coinvolte, rafforzando sempre più quelle necessarie all’assistenza territoriale e alle cure primarie (Turati, 2023). La sfida risulta, quindi, particolarmente impegnativa per l’Italia, che ha un sistema storicamente sbilanciato sul personale medico e ospedaliero a scapito di quello territoriale e infermieristico (Oecd, 2025).

In questo scenario, il rafforzamento della dotazione di infermieri e Mmg appare abbastanza problematico, visto anche che, al di là dei necessari piani di reclutamento, queste professioni scontano una decrescente attrattività. Infatti, pesano retribuzioni consistentemente più basse in confronto ad altri paesi europei, sia per i medici che per gli infermieri (Oecd, 2025), la crescente svalutazione delle professioni di cura, l’aumento delle aggressioni da parte di pazienti e familiari, l’aumento dei carichi di lavoro (vista l’insufficienza della dotazione di personale) e, in particolare per i Mmg, il sempre maggiore carico “burocratico” assegnato (Neri, 2025; Vicarelli, 2025). Ciò si traduce in una fuga progressiva del personale già presente verso occupazioni più remunerate, in particolare verso il privato, e in una progressiva riduzione dei nuovi iscritti ai corsi di laurea in infermieristica e ai corsi regionali di formazione dei Mmg (Gimbe, 2025). Infine, la scarsa attrattività economica di tali professioni in Italia si traduce anche nel numero bassissimo di infermieri e medici immigrati dall’estero, con percentuali minime in rapporto agli altri paesi Oecd (2025), in cui invece tali risorse umane apportano un supporto strategico per la sostenibilità dei servizi sanitari nazionali.

In questa prospettiva, gli interventi governativi di avvio di riforma delle professioni sanitarie (D.l. 2700/2025), le revisioni dell’Accordo Collettivo Nazionale coi Mmg (l’ultimo il 2022-2024), e le proposte di superamento del rapporto convenzionale di quest’ultimi con passaggio alla dipendenza

diretta del Ssn (Vicarelli, 2025), appaiono, oltre che ancora del tutto dei *work in progress*, comunque parziali e insufficienti (Gimbe, 2025).

Inoltre, sarà difficile rafforzare la dotazione di personale senza un *deciso* rilancio della spesa sanitaria che, giova ricordare, in Italia è storicamente al di sotto della media dei paesi sviluppati (spesa in rapporto al Pil del 8,4% contro media Oecd del 9,3% e i valori ben oltre il 10% di Francia e Germania: Oecd, 2025), peraltro con un *gap* che si è progressivamente accresciuto dopo il 2012 (Gimbe, 2025). Purtroppo, nelle ultime leggi di bilancio seguite all'emergenza pandemica non sembra delinearsi un deciso cambio di marcia in tal senso.

D'altro canto, anche con le opportune risorse finanziarie, non è scontato che tutte le professioni siano ben disposte a partecipare *convintamente* alle riforme messe in atto in questi anni dalle disposizioni governative. Infatti, «a fronte di vantaggi collettivi evidenti per il cittadino-paziente, la ristrutturazione di ospedale e territorio comporta una redistribuzione dei vantaggi per le diverse categorie di operatori coinvolte perché qualcuno ci guadagna, qualcun altro inevitabilmente ci perde» (Turati, 2023, p. 4). La possibile redistribuzione delle risorse dall'ospedale verso i servizi di prossimità potrebbe incontrare resistenze da parte delle organizzazioni professionali lato ospedaliero ma, ancora una volta, è sul territorio che potrebbero manifestarsi le maggiori criticità (*ibid.*). Infatti, se le professioni infermieristiche e sanitarie appaiono essere beneficiarie di una prospettiva di maggiore investimento nell'assistenza territoriale e nella diffusione di modelli di presa in carico sempre più multidisciplinari, non è detto che anche le controparti mediche saranno dello stesso avviso. Ad esempio, in merito alla progressiva introduzione della figura dell'IFeC, già non mancano esempi di tensioni determinate dall'incertezza nella distribuzione delle competenze, tra IFeC e Adi e tra IFeC e personale medico, in particolare Mmg, con quest'ultimi che già in alcuni territori hanno attivato proteste rispetto a presunte "ingerenze indebite" e "interferenze professionali" da parte degli IFeC (Neri, 2025).

Peraltro, i Mmg sembrano costituire la categoria su cui vi sono più incertezze per la sostenibilità del nuovo sistema salute delineato dal Pnrr. Da un lato, l'atteso spostamento di rilevanza e risorse verso il territorio potrebbe costituirsi come opportunità per rafforzare la centralità della professione. Dall'altro lato, non mancano preoccupazioni riguardo alla possibile perdita di autonomia professionale e, soprattutto, resistenze diffuse rispetto agli obblighi (sanciti nel nuovo Acn) di prestare una quota significativa delle ore settimanali di lavoro nelle nuove Case della Comunità (Vicarelli, 2025).

Simili considerazioni valgono anche per gli ingenti investimenti nella sanità digitale (telemedicina, Fse, ecc.) rispetto a cui, una volta attivate

concretamente le infrastrutture tecnologiche, non sarà scontato mobilitare anche un'effettiva ed estesa partecipazione da parte dei professionisti, soprattutto nel contesto dell'assistenza territoriale, così come dei pazienti, in particolare gli anziani e i loro caregivers (Hashiguchi, 2020).

Inoltre, in merito alle aspettative sul potenziale dell'innovazione tecnologica come strumento di efficientamento dei processi di cura e, quindi, di maggiore sostenibilità dei sistemi sanitari grazie alla riduzione dei costi, le ricerche dimostrano piuttosto come, nel corso dei decenni, l'innovazione tecnologica sia stata sì un mezzo potente di miglioramento degli esiti di cura e delle patologie trattabili, ma al prezzo di un progressivo aumento della spesa sanitaria (Lehoux *et al.*, 2016).

Infine, una volta assicurata la sostenibilità sociale ed economica, resta da capire come i sistemi sanitari possano concretamente affrontare anche il tema della sostenibilità ambientale. Infatti, da un lato, essi dovranno sempre più essere in grado di prevenire e fronteggiare le nuove problematiche sanitarie e di salute emergenti dal cambiamento climatico (temperature estreme, eventi catastrofici, pandemie, ecc.) che, peraltro, colpiscono anch'esse in maniera maggiore gli strati più fragili della popolazione (The Lancet Countdown, 2025). Dall'altro lato, resta ancora molto lavoro da fare per individuare le strategie (economicamente e socialmente sostenibili) per ridurre l'impronta ecologica degli stessi sistemi sanitari, rappresentante ad oggi ancora il 4,2% delle emissioni globali (*ibid.*).

In definitiva, la sostenibilità del Ssn dipenderà non solo dalla transizione progressiva verso un nuovo modello di salute, più coerente di quello attuale alle sfide del futuro, e solo parzialmente già delineato dal Pnrr⁶, ma anche dalla previsione di adeguati presupposti economici e professionali, rispetto a cui conterà la dotazione (ad oggi insufficiente), ma anche l'adeguata capacità di *orchestrazione*, da parte delle istituzioni, di tutte le componenti professionali e socio-tecniche necessarie sui territori a realizzare le riforme *nella pratica*.

Peraltro, la persistenza delle criticità sopra rilevate e le sfide alla sostenibilità del Ssn saranno influenzate anche dalla stretta dipendenza dell'efficienza del Ssn da altre politiche di più ampio spettro, ma strettamente influenti sulle condizioni di salute della popolazione, quali le politiche del lavoro, del sostegno ai redditi, dell'istruzione, della riduzione delle disuguaglianze di genere, così come da altre riforme in atto, perlopiù ancora

⁶ Del cui modello è atteso ulteriore revisione e rilancio "post-2026" per mezzo dei provvedimenti attuativi della Legge delega in materia di "riorganizzazione e potenziamento dell'assistenza territoriale e ospedaliera e revisione del modello organizzativo del servizio sanitario nazionale" approvata in Consiglio dei ministri nel gennaio 2026 (consultabile su: <https://storagehub.homnaya.net/cmsimage/2026/01/Delega-assistenza-territoriale-.pdf>).

incompiute, come quella dell'autonomia differenziata (Legge 86/2024). Pertanto, il superamento delle criticità di lungo corso e, allo stesso tempo, la riconfigurazione del nostro Ssn in funzione dell'evoluzione dei bisogni sanitari emergenti, non potrà realizzarsi solo con l'implementazione delle riforme e delle politiche avviate dal Pnrr, ma necessiterà di un complesso, coevo e articolato cambiamento politico, organizzativo, professionale e culturale, che sia in grado di procedere in modo coerente nel garantire in futuro un efficiente e uguale accesso a cure e servizi sanitari alla popolazione italiana.

Per tali ragioni, il lavoro dei sociologi della salute nell'analizzare, evidenziare e rendere pubbliche criticità sottovalutate e opportunità e soluzioni trascurate diventerà sempre più rilevante e necessario per promuovere lo sviluppo di un Ssn più concretamente ed equamente sostenibile.

Riferimenti bibliografici

- Arlotti M., Neri S., Spina E. (2021), "Per una nuova politica ospedaliera al servizio della salute", in Giarelli G., Vicarelli G., a cura di, *Libro Bianco. Il Servizio Sanitario Nazionale e la pandemia da Covid-19: Problemi e proposte*, FrancoAngeli, Milano.
- ASviS (2020), *Salute e non solo sanità. Come orientare gli investimenti in sanità in un'ottica di sviluppo sostenibile*, Position Paper 2020 del Gruppo di lavoro sul Goal 3, Roma.
- Carrosio G., Osti G. (2020), *Il welfare nella trappola della marginalità territoriale*, «Sociologia urbana e rurale», 123: 14-28.
- Cergas (2023), *Il personale come fattore critico di qualità per il settore Long Term Care: 5° Rapporto Osservatorio Long Term Care*, Egea, Milano.
- Giarelli G., Vicarelli G. (2021), "Conclusioni. Una bussola per il rilancio del SSN", in Giarelli G., Vicarelli G., a cura di, *Libro Bianco. Il Servizio Sanitario Nazionale e la pandemia da Covid-19: Problemi e proposte*, FrancoAngeli, Milano.
- Gimbe (2025), *8° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale*, Fondazione GIMBE, Bologna.
- Hashiguchi O.T. (2020), *Bringing health care to the patient: An overview of the use of telemedicine in Oecd countries*, Oecd Health Working Papers, No. 116, Oecd Publishing, Paris.
- Istat (2025), *Rapporto annuale 2025. La situazione del Paese*, Istituto Nazionale di Statistica, Roma.
- Lehoux P., Roncarolo F., Rocha Oliveira R., Pacifico Silva H. (2016), *Medical innovation and the sustainability of health systems. A historical perspective on technological change in health*, «Health Services Management Research», 4: 115-123.
- Lispi L., Nuzzo A., Di Fonzo G., Gallo M., Giordani C., Ceccolini C., Rossi A., Campolongo A., De Vito T., Mennini F.S., Cicchetti A. (2025), *Monitoraggio*

- dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia. *Relazione 2023*, Ministero della Salute, Roma.
- Neri S. (2021), “Siamo andati troppo oltre? I processi di ristrutturazione dell’assistenza ospedaliera”, in Giarelli G., Vicarelli G., a cura di, *Libro Bianco Il Servizio Sanitario Nazionale e la pandemia da Covid-19: Problemi e proposte*, FrancoAngeli, Milano.
- Neri S. (2025), *Gli infermieri di famiglia e di comunità in Italia tra ambiguità e opportunità di sviluppo*, «La Rivista delle Politiche Sociali», 1: 45-68.
- Oecd (2025), *Health at a Glance 2025*, OECD Publishing, Parigi.
- Onu (2015), *Trasformare il nostro mondo: l’Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile*, Assemblea Generale delle Nazioni Unite, New York.
- Piazzoni C., Terraneo M. (2025), “Le disuguaglianze territoriali di salute in Italia”, in Perocco F., Pirina G., a cura di, *Le disuguaglianze territoriali in Italia Cause, forme, conseguenze*, Edizioni Ca’ Foscari, Venezia.
- Ranci C., Arlotti M., Garavaglia E. (2024), *Policy inaction. L’inerzia delle politiche LTC in Italia e le sue ragioni*, «Politiche Sociali/Social Policies», 3: 531-552.
- Sena B., Galligani I. (2025a), *Telemedicina e assistenza geriatrica agli anziani nelle aree interne: il caso dell’AULSS 1 Dolomiti di Belluno*, «Salute e Società», 3 suppl: 83-98.
- Sena B., Galligani I. (2025b), *Ostacoli e criticità nella implementazione della policy nazionale di telemedicina. Ruolo e persistenza della variabile regionale*, «Politiche Sociali/Social Policies», early access n.2: 1-20.
- Terraneo M. (2015), *Inequities in health care utilization by people aged 50+: evidence from 12 European countries*, «Social science & medicine», 126: 154-163.
- The Lancet Countdown (2025), *The 2025 report of the Lancet Countdown on health and climate change: climate change action offers a lifeline*, «Lancet», 406: 2804-2857.
- The Lancet Regional Health-Europe (2025), *The Italian health data system is broken*, «Lancet», 48: 101206.
- Turati G. (2023), *Che cosa blocca l’attuazione della riforma della sanità territoriale (e non solo)? Qualche spunto di riflessione*, «Corti Supreme e Salute», 2: 1-5.
- Ufficio Parlamentare di Bilancio (2025), *Il PNRR e la riorganizzazione del Servizio sanitario nazionale*, focus tematico n.3/2025, Roma.
- Vicarelli G. (2025), *I Medici di medicina generale: crisi o rinnovamento?*, «La Rivista delle Politiche Sociali», 1: 21-44.
- Vicarelli G., Spina E. (2020), *Disuguaglianze e Servizio Sanitario Nazionale: una contraddizione irrisolvibile?*, «Politiche Sociali/Social Policies», 1: 77-102.

6. *Tecnologie digitali e Intelligenza Artificiale nella nuova governance della salute*

di *Alberto Ardisson e Enrico Maria Piras¹*

Introduzione

Affrontare il tema della relazione tra tecnologie dell'informazione e salute richiede, in avvio, di confrontarsi con il portato di attese, speranze e timori che fanno da sfondo al discorso scientifico.

Alla medicina e alla tecnologia si legano immaginari diversi ma anche, per alcuni versi, sovrapponibili. Laddove alla medicina chiediamo di liberarci dal dolore, di rimandare la morte e mantenerci in salute e attivi più a lungo possibile, alla tecnologia domandiamo di rendere la nostra vita meno faticosa, di rendere più efficace e meno fallibile ogni attività umana. Se l'innovazione tecnologica è spesso rappresentata come la chiave principale per coniugare un generalizzato progresso della salute con il contenimento dei costi, al tempo stesso, per alcuni l'innovazione digitale genera l'incubo di una salute sempre meno affidata a calde mani umane e sempre più a fredde tecnologie, per usare l'immagine proposta da Jeannette Pols (2012). Non sorprenderà, quindi, di trovare riflessi della tensione tra l'euforia tecno-ottimista e le perplessità tecno-scettiche nella letteratura scientifica, soprattutto negli ultimi decenni, quando del tema si sono occupate anche le scienze sociali.

Tracciare una genealogia dell'innovazione digitale in sanità esula dagli scopi di questo saggio, ma alcuni brevi accenni sono necessari per collocare le linee di sviluppo più recenti del dibattito in una cornice storica. Il punto di partenza può essere collocato, convenzionalmente, con l'istituzionalizzazione dell'informatica medica, ambito scientifico-applicativo all'intersezione di computer science e medicina negli anni '70 del secolo scorso

¹ Il presente lavoro è il prodotto di un'elaborazione comune degli autori. In ogni caso, si devono attribuire ad Alberto Ardisson i §§ 1 e 2 e a Enrico Maria Piras l'Introduzione. Le Conclusioni sono state scritte insieme.

(Masic, 2020), dopo essere stato un ambito applicativo fin dagli albori della ricerca informatica a partire dagli anni '50.

A differenza di altri sviluppi settoriali, l'informatica medica si è sempre contraddistinta per essere il terreno di incontro di due discipline scientifiche con statuti e metodi distinti che si sono reciprocamente influenzate. Un tratto evidente di questa relazione di mutuo scambio è l'evoluzione della definizione degli ambiti di intervento, mutati nel tempo per accompagnare la sua trasformazione da strumento orientato a fornire prevalentemente un supporto alla gestione dei dati sanitari, in primis la loro archiviazione, a famiglia di tecnologie applicate a qualunque ambito della medicina, dalla ricerca alla pratica clinica quotidiana. L'estensione degli ambiti di applicazione ricorda l'analogo processo di informatizzazione e digitalizzazione di ogni aspetto della vita sociale. Nel caso specifico, tuttavia, uno sguardo più attento rivela come la relazione tra medicina e informatica sia qualcosa che, non avesse avuto un carattere distribuito e disperso, avrebbe le caratteristiche di una vera e propria alleanza strategica. Per la medicina, l'adozione di tecniche e strumenti della nascente disciplina informatica ha contribuito al processo di rafforzamento del proprio statuto scientifico e ha fornito strumenti di realizzazione di protocolli standardizzati nella pratica clinica (Timmermans e Berg, 2003). In questo senso, l'informatica ha contribuito sia alla nascita della *Evidence-Based Medicine* rendendo praticabile la ricerca sistematica di evidenze, sia alla sua diffusione, *Evidence-Based Practice*, fornendo infrastrutture per la sua implementazione (Bakken, 2001). Per converso, all'informatica, la medicina ha offerto, in primo luogo, un ambito sfidante sul quale testare i progressi ottenuti in altri ambiti applicativi. Oltre a questo, la medicina ha offerto un ambito sperimentale generoso e disposto a finanziare la ricerca durante i momenti nei quali l'informatica attraversava una crisi di credibilità e una conseguente difficoltà a sostenersi. Questo è particolarmente vero e rilevante per la ricerca nel campo dell'intelligenza artificiale, caratterizzata da un'alternanza di periodi di grandi attese seguite da altrettante fasi di disillusione (le "estati" e gli "inverni" della AI, secondo una metafora ampiamente utilizzata).

Sarebbe una forzatura affermare che i più recenti sviluppi nel campo dell'intelligenza artificiale abbiano una diretta derivazione dalla ricerca condotta in medicina. Tuttavia, come nota Cornelius Schubert:

la medicina fu un'area applicativa chiave che supportò la ricerca sull'intelligenza artificiale con opportunità di problem-solving e finanziamenti durante periodi di disillusione (il cosiddetto "inverno dell'intelligenza artificiale" tra la fine degli anni '70 e gli anni '80). Nel caso dell'intelligenza artificiale, la

medicina non ha funzionato semplicemente come un ambito applicativo tra tanti; anzi, è stata ed è anche un'importante forza trainante dietro questi sviluppi. (Schubert, 2022, p. 72, trad. nostra).

Riprendendo il lavoro di Izet Masic, l'informatica medica ha attraversato diverse fasi (albori, giovinezza, consolidamento, maturità) della durata di circa 10 anni ciascuna concentrandosi prima sulle applicazioni da laboratorio, per poi sviluppare le prime cartelle cliniche informatizzate e i primi sistemi esperti affidabili, passando poi ai sistemi informativi ospedalieri, le tecnologie per immagini e la telemedicina per arrivare, a partire dai primi anni 2000, all'implementazione diffusa affrontando i problemi legati all'interoperabilità (Masic, 2020). Solo a partire dagli anni '10 si assiste alla quinta fase, tuttora in corso, quella della piena integrazione nei servizi sanitari e ad una più diffusa estensione oltre i confini della clinica e al diretto servizio del paziente (*ibid.*), in seguito alla creazione di un mercato per i dispositivi sanitari personali ("*consumer health informatics*") (Eysenbach, 2020) quali parti integranti di infrastrutture per la cronicità (Langstrup, 2013).

Questa scansione storica, e altre se ne potrebbero proporre, evidenzia come per circa mezzo secolo gli studi e le ricerche siano stati prevalentemente confinati a laboratori e ambiti sperimentali, dispiegando effetti visibili e diffusi solo all'inizio del secolo. Non è un caso, quindi, che le altre discipline, le scienze sociali tra queste, si siano interessate della relazione tra tecnologie digitali e salute in maniera più consistente proprio a partire dalla loro implementazione che procede inarrestabile da circa un trentennio e culmina oggi con una prorompente esplosione dell'intelligenza artificiale considerata da molti come un potenziale momento di svolta nella erogazione della cura.

A voler individuare una tendenza, si osservano quantomeno tre fenomeni parzialmente interconnessi. Il primo è l'estensione del campo di applicazioni ad ogni ambito della cura e dell'assistenza. In tal senso, a titolo meramente esemplificativo, è sufficiente pensare all'evoluzione della telemedicina. Nata con lo scopo di garantire l'accesso alle cure in contesti geograficamente remoti, nel tempo è diventata una delle leve per ripensare l'offerta sanitaria con attenzione alla sostenibilità, nella convinzione che l'erogazione a distanza consenta risparmi ed economie di scala. Questo ha condotto ad una proliferazione delle forme di comunicazione e cura tecnologicamente mediate, dalla televisita al teleconsulto, dalla teleriabilitazione al telemonitoraggio al teleconsulto tra professionisti, fino alla telechirurgia andando a coprire virtualmente ogni ambito dell'offerta di cura.

Il secondo fenomeno, come indicato da Masic (2020), è la dimensione sistemica del cambiamento. Questo richiede uno sguardo alla complessa

ecologia dei sistemi sociotecnici più che al singolo applicativo. Facendo nostra la considerazione critica di Neil Pollock e Robin Williams (2009), le scienze sociali hanno spesso prestato una attenzione quasi esclusiva alle prime fasi implementative delle tecnologie, caratterizzate da frizioni e conflitti, trascurando l'analisi di lunga durata e i processi con i quali le tecnologie diventano componenti delle pratiche sociali quotidiane. Questa attenzione alla lunga durata è oggi quanto mai essenziale per cogliere processi che non si caratterizzano più come l'introduzione di una tecnologia all'interno di un contesto che ne è privo, ma piuttosto come la stratificazione di tecnologie in ambienti tecnologicamente densi (Bruni, Pinch e Schubert, 2013).

Un terzo fenomeno, questo più direttamente legato alle evoluzioni nel campo della intelligenza artificiale, è la prospettiva che le tecnologie digitali non consentirebbero solamente di ripensare singoli ambiti applicativi, ma piuttosto permetterebbero di offrire soluzioni a supporto di un cambiamento dei modelli di cura. A questo proposito, e sempre a titolo di esempio, si può pensare alla possibilità di supportare un cambiamento complessivo nell'offerta della cura passando da un modello reattivo ad uno preventivo, la cosiddetta medicina di iniziativa, intercettando le esigenze di salute di intere popolazioni tramite la stratificazione dei bisogni e la definizione di interventi preventivi mirati e personalizzati tramite l'adozione di tecniche di *machine learning*, capaci di costruire modelli a partire dai dati clinici.

In questa cornice, le applicazioni di intelligenza artificiale costituiscono sia il caso più emblematico sia il fattore propulsivo dei cambiamenti descritti. Come si avrà modo di osservare nei prossimi paragrafi, si assiste non solo alla proliferazione di sistemi per le più varie attività cliniche, ma anche alla loro integrazione con altri sistemi nella prospettiva di una parziale autonomia dei sistemi tecnici nell'erogazione di servizi di cura. Nelle pagine che seguono, dopo aver delineato alcune delle direttrici di sviluppo delle applicazioni in questione, identificheremo alcune sfide conoscitive che il nuovo scenario pone alle scienze sociali.

1. La pervasività dell'intelligenza artificiale in sanità: dal micro al macro

La drastica evoluzione dell'intelligenza artificiale (AI) in campo medico, avvenuta negli ultimi cinquant'anni (vd., Kaul *et al.*, 2020), sembra oramai aver investito e investire l'intero settore sanitario, intercettando e influenzando ciascun livello, dal micro al macro. La novità di questo complesso

tecnologico sembrerebbe, dunque, proprio quella di non limitarsi a una singola dimensione, come verificatosi con le precedenti innovazioni.

Ovviamente, occorre evidenziare come l'AI sia un termine-ombrello che comprende appunto un ventaglio di soluzioni diverse tra loro (es., Morley *et al.*, 2020; Petersson *et al.*, 2022), esattamente come lo erano/sono quelle afferenti all'e-Health. Da questo punto di vista è rilevante il perimetro definitorio: sebbene in assenza di una definizione univoca (Samoili *et al.*, 2021), l'AI rimanda a quei sistemi computerizzati capaci di compiere mansioni o ragionamenti normalmente associati all'intelligenza umana (es., Petersson *et al.*, 2022). In sostanza, l'AI consentirebbe di replicare le abilità proprie degli esseri umani attraverso hardware e software computazionali (de Zúñiga *et al.*, 2023). Data la vastità di strumenti inclusi in un simile contesto, non c'è convergenza nemmeno riguardo a una possibile tassonomia dell'AI (Samoili *et al.*, 2021). A livello tematico sono stati individuati vari sottoinsiemi, quali il machine learning, il computer vision, lo speech recognition, il natural language processing, la robotica e così via. Altri studi hanno usato come parametro quello delle funzioni svolte, individuando conseguentemente quelle di solving e optimising (es., algoritmi di profilazione o task allocation); di automazione (es., robot, droni); di percezione e comunicazione (processamento di testi, immagini, video, suoni, che confluiscono ad esempio in chatbot, voice assistant, riconoscimento facciale, sentiment analysis, ecc.); di attività creative (es., generazione dati) (Samoili *et al.*, 2021). In questo panorama è utile la proposta di de Zúñiga e colleghi (2023) atta a superare l'impostazione tematica e funzionale per operationalizzarla lungo i livelli di performance e di grado di autonomia, tra loro intimamente collegati. Con la prima dimensione, gli autori esaminano le potenziali azioni dell'AI partendo da tre sfere principali: eseguire compiti (tasks), prendere decisioni (decisions) e fare previsioni (predictions). Quindi, analizzano come le varie tecnologie afferenti all'AI si collocano rispetto ad esse, intercettandone solo una, o due, o tutte e tre, raggiungendo così diversi livelli di performance e inte(g)razioni tra i tre ambiti summenzionati. Ad esempio, a un primo livello troviamo ChatGPT, che si colloca nella sfera mansionale, Asana, software gestionale che si colloca nella sfera del prendere decisioni, e Google Trends per le previsioni; a un secondo livello, ad esempio, Siri di Apple intercetta gli ambiti di decision e tasks, mentre Google Maps e Alexa di Amazon tutte e tre. Con la seconda dimensione si va a verificare l'effettiva capacità della tecnologia AI di agire autonomamente, e quindi senza azione e controllo umano o addirittura aldilà

di essi (con ciò cogliendo l'immaginario forse prevalente e financo evocando scenari distopici immortalati dalla filmografia hollywoodiana²).

Sinteticamente, l'AI evoca e induce una serie di immaginari, aspettative ed attese, in linea con un atteggiamento diffuso nei vari strati della società che storicamente accompagna i progressi tecnologici coevi. Riferendosi al nostro campo specifico, quello della salute, anzitutto l'AI è stata identificata come parte rilevante della soluzione ai costi crescenti e al peggioramento degli esiti dei sistemi sanitari, consentendo altresì enormi opportunità di miglioramento dei servizi sanitari e della salute dei pazienti, perfezionando le capacità cliniche di diagnosi, scoperte farmaceutiche ed epidemiologiche, interventi medici personalizzati, nonché efficientando il sistema a livello operativo-organizzativo (Morley *et al.*, 2020; cfr. anche Mennella *et al.*, 2024). In particolare, e grazie allo sviluppo dal machine learning al deep learning, l'AI risulta già particolarmente avanzata e promettente nell'interpretazione delle immagini in varie specialità, come radiologia, cardiologia, gastroenterologia e oftalmologia (Rajpurkar *et al.*, 2022). Per esempio, l'AI è già in grado di analizzare le ecocardiografie al fine di individuare ischemie; attraverso l'analisi di immagini può già consentire l'individuazione precoce di malattie come il cancro alla mammella o alla pelle, malattie dell'occhio, ecc. Un ulteriore ruolo dell'AI è individuabile in sistemi assistivi della cura adoperabili in vari setting sanitari e socio-sanitari e finalizzati a monitoraggi e assistenza in tempo reale, così come nella gestione da remoto dei pazienti, grazie allo sviluppo di sensori indossabili e altri apparecchi che aumentano le opportunità di controllare a distanza la salute di una persona e ottenere molti più dati e più velocemente rispetto al passato, in ottica di profilazione dei rischi (Mennella *et al.*, 2024).

Tenuto conto che si stima che il 5% dei cittadini statunitensi sia soggetto a errori diagnostici con riflessi sulla loro salute, anche nefasti con decesso degli stessi (Mennella *et al.*, 2024), l'AI rappresenterebbe la miglior risposta per centrare l'accuratezza diagnostica, con annessa riduzione di errori medici e ottimizzazione dei trattamenti (Chusteki, 2024). In definitiva, l'AI consentirebbe di ottenere l'anelato traguardo di estendere la durata della vita umana, migliorandone al contempo la qualità (Bueno, 2024).

Come sopra affermato, l'AI nel suo complesso tende a interagire con tutti i livelli. Petersson e colleghi (2022) individuano tre sfide connesse all'AI che almeno in parte riecheggiano nella classificazione micro-macro; nel senso, che le autrici e gli autori svedesi consideravano le sfide esterne al sistema sanitario (ad esempio, la necessità di leggi a tutela del cittadino, o il tema

² Si pensi, tra i molti altri, a film quali *2001: Odissea nello spazio*, *Terminator*, o *Io, robot*.

della farraginosità connessa alla condivisione dei dati); sfide interne al sistema (inerenti all'organizzazione di servizi e reparti in ottica gestionale, con la necessità anche di prevedere nuove infrastrutture); infine, trasformazione del ruolo e delle pratiche professionali, con risvolti anche sulla relazione medico-paziente (potenziale cambiamento dei processi clinici e di cura e delle responsabilità). Secondo la nostra proposta, possiamo affermare che a livello:

- micro: l'AI può incidere su aspetti quali il rapporto medico-paziente, o il ruolo assegnato (esplicitamente, ma ancor più implicitamente) al paziente nell'ambito dei processi di cura; infatti, l'AI potrebbe modificare ulteriormente il modo in cui i pazienti gestiscono le proprie condizioni e le pratiche di auto-cura (si pensi anzitutto ai malati cronici); un esempio potrebbe essere lo sviluppo di chatbots³ medico-farmaceutici o assistenti virtuali, divenendo sostituti funzionali di medici o altri professionisti sanitari. Questo, tuttavia, potrebbe aumentare il peso e le responsabilità in capo a cittadini, pazienti o caregiver. Inoltre, la moltitudine di applicazioni esistenti può riplasmare il lavoro dei singoli professionisti sanitari: l'AI potrebbe aiutare a ridurre il tempo che i professionisti debbono attualmente dedicare a incombenze burocratiche, routinarie, potendosi concentrare maggiormente sul paziente e su questioni di competenza più strettamente medica (cfr. Mennella *et al.*, 2024);
- meso: l'AI, come già accennato, potrebbe migliorare il workflow delle strutture sanitarie (Mennella *et al.*, 2024); del resto, Cristofaro e Giardino (2025) ritengono che l'AI sia già divenuta componente integrata nelle organizzazioni e nel loro decision-making, considerato che, secondo il report del 2024 di McKinsey Global Survey, il 65% delle organizzazioni usa l'AI per almeno una delle proprie funzioni (es., assistenti virtuali); l'AI, inoltre, potrebbe attingere ai vari data system a patto dell'esistenza dei presupposti di interoperabilità tra i vari software usati e della volontà politica di condividere tali dati; l'AI potrebbe individuare la predisposizione di alcuni pazienti verso determinate malattie accedendo a dati sanitari e cartelle cliniche dei pazienti (presso ospedali, o presso studi medici, anche di medicina generale);
- macro: vi rientrano anzitutto le questioni di natura etica, nel cui ventaglio compaiono la perdita di privacy, i bias degli algoritmi, la

³ Nel 2015 fu sviluppato Pharmabot, una chatbot per aiutare nell'educazione alle medicazioni rivolto a pazienti pediatrici e loro parenti (Kaul *et al.*, 2020).

legislazione nazionale e internazionale in materia⁴, nonché, a monte, una concezione filosofica di più ampio respiro che interroga la società, e quindi tutti noi, su cosa costituisca una buona salute, un buon sistema di cura, quali servizi dovrebbero essere contemplati per ottemperare a tali standard qualitativi, e così via (cfr. Morley *et al.*, 2020). Se in proposito Thalia Bueno (2024) chiosava sostenendo che i vantaggi permessi dall'AI sarebbero tali da poter soprassedere sui connessi “pericoli” etici, non si può cionondimeno escludere la natura prettamente politica di questi temi e quindi il rimando a un proprio dibattito democratico. Un altro tema di livello macro, e in certo qual modo ancora etico, riguarda il rischio di costante sorveglianza o biosorveglianza connesso a un uso indiscriminato e continuativo di vari device (es., app, sensori, altri apparecchi indossabili) (es. Mennella *et al.*, 2024), che oggi proprio con l'AI pare raggiungere livelli che nemmeno l'eHealth concedeva. Infine, non ci si può non interrogare sul rapporto tra le istituzioni sanitarie e i grandi player, spesso multinazionali e plutocratici: quale tipo di controllo su hardware, software e output prodotti esse hanno? Qual è il livello di trasparenza anche rispetto alla produzione e all'utilizzo di dati sensibili di natura sanitaria?

Al termine di questa disamina su alcuni dei vari punti che stanno sollevando molto dibattito, non solo limitatamente all'ambito accademico, va a onor del vero detto che, ad onta delle aspettative mirifiche proiettate verso il sol dell'avvenire tecnologico, si registra ancora una scarsa diffusione a livello generale dell'AI. Sono necessarie ancora molte validazioni (Kaul *et al.*, 2020), data la prevalenza di ricerche in fase preclinica e la penuria di quelle nel mondo-reale, per non parlare del fatto che non si è riscontrata una sistematica superiorità dell'AI rispetto alle capacità diagnostiche umane (Chustecki, 2024), risultando in definitiva meno funzionale e utile di quanto suggerito da dati retrospettivi (Rajpurkar *et al.*, 2022).

2. Le sfide aperte tra novità e continuità

Volgendo alla conclusione delle nostre riflessioni, vogliamo attenzionare come dall'esame della letteratura esistente sembrano individuarsi alcune preoccupazioni principali. Queste, invero, sembrano ricorrenti ogni

⁴ Si possono menzionare il General Data Protection Regulation (GDPR) del 2018 e l'Artificial Intelligence Act (Regolamento UE 2024/1689) del Parlamento europeo e del Consiglio (Mennella *et al.*, 2024; <https://artificialintelligenceact.eu/the-act/>).

qualvolta si parli di tecnologia, risultando già ben presenti, ad esempio, nella letteratura sull'eHealth. Inoltre, tendono a sovrapporsi alle tre dimensioni sopra esaminate. Procediamo con ordine.

Un primo tema è quello delle disuguaglianze sociali, peraltro classico della sociologia della salute, che tende a sovrapporsi al livello macro. Ovviamente, si pone anzitutto un problema di equo accesso, concretizzabile nell'adozione di tali tecnologie in modo sistematico in tutte le regioni. Un secondo problema rilevante a livello macro riguarda il rischio già ben documentato di bias degli algoritmi, i quali anziché ridurre le disuguaglianze sociali rischierebbero di perpetuarle o persino amplificarle. È noto il caso di un algoritmo di risk-assessment adoperato negli Stati Uniti per guidare il decision-making clinico sulla base di un risk-score formalmente asettico, il quale tuttavia assegnava ai pazienti afroamericani un punteggio svantaggioso rispetto ai pazienti bianchi, con conseguenti ritardi o dinieghi nell'accesso alle cure per una larga fetta di bisognosi. L'esito infausto non fu dettato da decisioni razziali o xenofobe, ma dalle scelte operate nel costruire l'algoritmo. In particolare, fu inserita la spesa farmaceutica sostenuta dagli individui come dato per determinare la gravità della situazione clinica personale: il punto è che la spesa farmaceutica e medica degli afroamericani risultava inferiore in ragione dello stato di povertà economica degli stessi e non perché essi godessero di maggior salute. Ciò produsse un bias sistematico (cfr. Maturò, 2024; Rajpurkar *et al.*, 2024). Un ultimo elemento, già ampiamente analizzato in tecnologie precedenti riguarda l'importanza di e-literacy ed e-illiteracy quali fattori centrali di inclusione-esclusione dall'arena della medicina digitale (cfr. Wei-quan *et al.*, 2022).

Un secondo tema inerisce alla partecipazione dei cittadini in sanità, assunta, soprattutto in ottica di centralità del paziente, quale obiettivo politico prioritario, anche se spesso più su un piano retorico che concretamente attuato. Da questo punto di vista, la tecnologia è costantemente vissuta come quello strumento magico capace di agevolare sistematicamente l'implementazione della partecipazione, la quale peraltro attraversa tutti i livelli dal micro al macro. Christine Dedding e colleghi (2011), per esempio, valutavano come intorno al ruolo di internet in sanità fosse allettante cedere alla retorica romantica di ritenerlo grimaldello di empowerment; tuttavia, gli autori rilevavano come queste narrazioni si contrapponessero ad altre di segno opposto, e cioè in termini di responsabilità personale, o di "buon paziente", e come quindi l'affidamento alla tecnologia potesse anche alimentare nuove geografie di salute e cura (cfr. Williams, 2002), con conseguenti riallocazioni di oneri. Parimenti, altri autori hanno rilevato il ruolo emancipatorio dell'eHealth (ad es., Nielsen e Langstrup, 2018), con ciò dimostrando

dunque la ricorrenza di questo tema. Rajpurkar e colleghi (2022) suggeriscono che la diffusione di strumenti di AI possa aumentare le responsabilità e le aspettative sui pazienti, che sarebbero chiamati a comportarsi e ad agire coerentemente alle raccomandazioni profuse da tali strumenti stessi in una pervasività asfissiante. In questo ambito, è utile il lavoro sul co-design di Riccardo Pronzato (2025), il quale mostra l'evoluzione di questo approccio partecipatorio nato in Svezia negli anni '70 per costruire ambienti di lavoro in linea con le percezioni, i desideri e le motivazioni dei lavoratori stessi. L'autore sottolinea che l'originario spirito connesso al co-design, finalizzato a riconfigurare le relazioni sociali esistenti in ottica di riduzione delle disuguaglianze sociali, sia stato via via depoliticizzato e ridotto a una procedura atta meramente a fornire soluzioni tecnologiche ignorando totalmente tutte quelle dimensioni sociali implicate nella costruzione, prima, e nella fruizione, poi, di supporti tecnologici. L'istituzionalizzazione del co-design in ambito medico dunque condurrebbe a due concezioni accomunate sia dalla depoliticizzazione della salute e della sanità, che da una centratura delle responsabilità proprio sul paziente (altroché empowerment), in ottica o di salutismo o di tecno-soluzionismo, entrambi incapaci di cogliere i complessi risvolti socio-tecnici esistenti negli assemblaggi uomini-tecnologie (Pronzato, 2025).

Infine, l'ultima sfida connessa all'AI e alla tecnologia in senso lato è quella della dicotomia sostituzione/complementarietà. Già presente nei dibattiti sull'eHealth, laddove si prefigurava uno scenario in cui internet avrebbe potuto sostituire le consultazioni tradizionali faccia-a-faccia⁵ (cfr. Dedding *et al.*, 2011), diviene ancor più pressante l'applicazione di questa sfida all'AI. Tuttavia, se è vero che soprattutto in passato si ipotizzava la sostituzione e il rimpiazzo di personale sanitario tramite strumenti di AI, anche in ambito di decisioni mediche e terapeutiche, più recentemente si tende a escludere una simile prospettiva, quantomeno per un prossimo futuro, riorientandosi piuttosto lungo un'idea di un'AI complementare ai professionisti e funzionale a migliorarne alcune loro capacità (es., Mennella *et al.*, 2024). Da questo punto di vista, si è anche suggerito come l'AI non possa emulare pienamente la natura di una relazione tipicamente umana. Resta, tuttavia, un punto che collega macro e micro, e cioè la necessità di una copertura giuridica (nazionale) che tuteli l'atto del singolo medico; perché, seppure escludendo l'effetto sostituzione, non si può negare che l'adozione dell'AI (ad

⁵ Un recente studio condotto in Cina durante il Covid-19 ha in realtà mostrato come i sistemi online non riescano a sostituire in toto le forme tradizionali offline, ritagliandosi semmai un ruolo a quest'ultime complementare (Weiyan *et al.*, 2022).

esempio in un reparto radiologico) possa limitare la sfera decisionale del professionista, il quale potrebbe sentirsi vincolato dalla decisione di un software giudicato più capace e preciso di lui nell'individuare alcune patologie, oppure potrebbe, per le stesse ragioni, tendere ciecamente ad affidarsi all'AI, ricalibrando conseguentemente il proprio ruolo a quello di notaio di un processo decisionale a lui esterno ed estraneo e finendo così per depauperare sia le proprie competenze che il proprio ruolo.

Conclusioni

Nel consegnare queste brevi riflessioni ai lettori, intendiamo proporre un ultimo interrogativo circa la capacità dei vari contributi scientifici di cogliere le sfaccettature connesse alla tecnologia e in particolare oggi all'AI, e cioè la sua complessità non solo squisitamente tecnica (es. elaborazione di algoritmi sofisticati), ma soprattutto quella emergente nella/dalla relazione con altri attori (sia altre tecnologie che esseri umani). Un'interessante revisione sistematica di Milena Heinsch e colleghi (2021) ha mostrato come la maggior parte delle teorie adoperate finora sia classificabile come *agency-centered* e solo un quinto come relazionale (tra cui, ma non solo, gli approcci *actor-network theory*). Risulta come, nel complesso, il focus degli studiosi verta su attitudini, comportamenti e motivazioni individuali, eludendo conseguentemente quella complessità di fattori sociali e ambientali, che pur giocano un ruolo importante in questo fenomeno sociale.

Da questo punto di vista, possiamo pertanto affermare che l'interesse delle scienze sociali e degli studi sociali di scienza e tecnologia per la digitalizzazione in medicina ha la potenzialità di arricchire la conoscenza scientifica (e non solo). Anzitutto, portando all'interno del dibattito prospettive critiche che hanno messo in questione le relazioni tra sistemi tecnici e le condizioni sociali del loro sviluppo, gli effetti sul sistema delle professioni sanitarie e sui processi di coordinamento, sulle nuove forme di relazione tra medici e pazienti e, più in generale, hanno mostrato come le reti socio-tecniche della medicina moderna siano contesti d'azione distribuiti di cui gli strumenti tecnici diventano attori non più eludibili.

Infine, come evidenziato nelle pagine precedenti, la portata dei cambiamenti che l'introduzione di sistemi di intelligenza artificiale fa presagire attraversa trasversalmente temi tradizionalmente affrontati con diversi sguardi disciplinari. Così, accanto ai cambiamenti nelle professioni sanitarie o alle implicazioni in termini di disuguaglianze di salute (temi d'elezione della sociologia della medicina), si incontrano la riflessione sul design dei sistemi

(STS e Participatory Design), nonché le questioni legate alla privacy e alla gestione dei dati (diritto). Per quanto non si possa trascurare la ricchezza dello sguardo di ogni singola tradizione scientifica, e con il rischio che l'auspicio possa apparire rituale, la sfida conoscitiva che attende le scienze sociali di fronte al cambiamento che sembra prospettarsi beneficerebbe di un approccio multidisciplinare, se non interdisciplinare.

Riferimenti bibliografici

- Bakken S. (2001), *An informatics infrastructure is essential for evidence-based practice*, «Journal of the American Medical Informatics Association», 8, 3: 199-201.
- Bruni A., Pinch T., Schubert C. (2013), *Technologically dense environments: What for? What next?*, «Tecnoscienza–Italian Journal of Science & Technology Studies», 4, 2: 51-72.
- Bueno T. (2024), *A Critical Study of Artificial Intelligence in Healthcare: Prospects and Perils*, «Canadian Journal for the Academic Mind», 2, 1: 3-20.
- Chusteki M. (2024), *Benefits and Risks of AI in Health Care: Narrative Review*, «Interactive Journal of Medical Research», 13: e53616.
- Cristofaro M., Giardino P.L. (2025), *Surfing the AI waves: the historical evolution of artificial intelligence in management and organizational studies and practices*, «Journal of Management History», doi: 10.1108/JMH-01-2025-0002.
- de Zúñiga H.G., Goyanes M., Durotoye (2023), *A Scholarly Definition of Artificial Intelligence (AI): Advancing AI as a Conceptual Framework in Communication Research*, «Political Communication», 41, 2: 317-334.
- Dedding C., van Doorn R., Winkler L., Reis R. (2011), *How will e-health affect patient participation in the clinic? A review of e-health studies and the current evidence for changes in the relationship between medical professionals and patients*, «Social Science & Medicine», 72: 49-53.
- Eysenbach G. (2000), *Consumer health informatics*, «Bmj», 320, 7251: 1713-1716.
- Heinsch M., Wyllie J., Carlson J., Wells H., Tickner C., Kay-Lambkin F. (2021), *Theories Informing eHealth Implementation: Systematic Review and Typology Classification*, «Journal of Medical Internet Research», 23, 5: e18500.
- Kaul V., Enslin S., Gross S.A. (2020), *History of artificial intelligence in medicine*, «Gastrointestinal Endoscopy», 92, 4: 807-812.
- Langstrup H. (2013), *Chronic care infrastructures and the home*, «Sociology of health & illness», 35, 7: 1008-1022.
- Masic I. (2020), *The history of medical informatics development-an overview*, «International Journal of Biomedical Healthcare», 8,1: 37-52.
- Maturo A. (2024), *Il primo libro di sociologia della salute*, Piccola Biblioteca Einaudi, Torino.
- Mennella C., Maniscalco U., De Pietro G., Esposito M. (2024), *Ethical and regulatory challenges of AI technologies in healthcare: A narrative review*, «Heliyon», 10: e26297.

- Morley J., Machado C.C.V., Burr C., Cowls J., Joshi I., Taddeo M., Floridi, L. (2020), *The ethics of AI in health care: A mapping review*, «Social Science & Medicine», 260: 113172.
- Nielsen K.D., Langstrup H. (2018), *Tactics of material participation: How patients shape their engagement through e-health*, «Social Studies of Science», 48, 2: 259-282.
- Pollock N., Williams R. (2009), *Software and organisations: The biography of the enterprise-wide system or how SAP conquered the world*, Routledge, London.
- Pols J. (2012), *Care at a distance: On the closeness of technology*, Amsterdam University Press, Amsterdam.
- Pronzato R. (2025), *Enacting and re-politicising co-design: a critical perspective on eHealth interventions*, «Social Theory & Health», 23: 23.
- Rajpurkar P., Chen E., Banerjee O., Topol E.J. (2022), *AI in health and medicine*, «Nature Medicine», 28: 31-38.
- Samoili S., López Cobo M., Delipetrev B., Martínez-Plumed F., Gómez E., De Prato G. (2021), *AI Watch. Defining Artificial Intelligence 2.0. Towards an operational definition and taxonomy for the AI landscape*, EUR 30873 EN, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Schubert C. (2022), “Die langen Schatten der Digitalisierung in der Medizin. Zur Entwicklung und Nutzung digitaler Technologien aus sozialwissenschaftlicher Sicht”, in Manzei-Gorsky A., Schubert C., von Hayek J., eds., *Digitalisierung und Gesundheit*, Nomos, Baden-Baden.
- Timmermans S., Berg M. (2003), *The gold standard. The challenge of evidence-based medicine and standardization in health care*, Temple University Press, Philadelphia.
- Weiquan W., Li S., Tao L., Tian L. (2022), *The use of E-health during the COVID-19 pandemic: a case study in China’s Hubei province*, «Health Sociology Review», 31, 3: 215-231.
- Williams A. (2002), *Changing geographies of care: employing the concept of therapeutic landscapes as a framework in examining home space*, «Social Science & Medicine», 55: 141-154.

7. Salute come relazioni nell'ambiente: le sfide dell'approccio One Health

di Giacomo Balduzzi e Angela Genova¹

Introduzione

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce One Health (WHO, 2026) «un approccio integrato e unificante che mira a bilanciare e ottimizzare in modo sostenibile la salute delle persone, degli animali e degli ecosistemi». L'assioma di partenza è il riconoscimento che la salute degli esseri umani, degli animali domestici e selvatici, delle piante e dell'ambiente in senso lato (compresi gli ecosistemi) è strettamente collegata e interdipendente. Che cosa l'OMS intende per bilanciare e ottimizzare in modo sostenibile la salute delle persone, degli animali e degli eco-sistemi delinea un campo tanto vago quanto ambiguo. Ottimizzare per chi? Sostenibile in che senso? Che spazio c'è effettivamente per un ripensamento dei ruoli e dei valori tra essere umano, esseri animali e intero ecosistema? E ancora l'OMS dichiara che «la collaborazione tra settori e discipline si prospetta come indispensabile per contribuire a proteggere la salute, ad affrontare sfide sanitarie quali l'emergere di malattie infettive, la resistenza agli antimicrobici e la sicurezza alimentare, nonché a promuovere la salute e l'integrità dei nostri ecosistemi» (WHO, 2026). L'OMS pone l'accento sui vantaggi dell'approccio One Health per l'essere umano, nell'aiutare ad affrontare l'intero spettro del controllo delle malattie: prevenzione, individuazione, gestione.

Se l'essere umano nel suo comportamento tra agency, struttura e cultura è al centro degli studi sociologici, la salute degli animali e degli ecosistemi delinea uno spazio poco praticato dalla sociologia: uno spazio *altro* rispetto a quello dell'essere umano, che è stato spesso definito come ambiente. Il termine ambiente, nel contesto degli studi sociologici, si caratterizza per una

¹ Giacomo Balduzzi ha curato la stesura del paragrafo 2 e delle Conclusioni, Angela Genova dell'Introduzione e del paragrafo 1.

ricchezza semantica generata da concettualizzazioni teoriche stratificate e contrapposte, dai toni vaghi (Agustoni, 2024). Nel glossario sociologico sviluppato da Marilyn Mantineo, a conclusione del manuale “Sociologia della salute e della medicina” a cura di Cardano, Giarelli e Vicarelli (2020), si distinguono due ambienti: quello naturale e quello sociale, così definiti: «Per ‘ambiente naturale’ si intende l’insieme dei fattori fisici, chimici e biologici da cui dipende l’esistenza dell’uomo in quanto organismo terrestre. L’ambiente sociale è l’insieme delle condizioni esterne in cui si svolge la vita che influenza le forme del comportamento individuale e collettivo e su cui il soggetto agisce e retroagisce dialetticamente» (p. 411). Nel resto del volume, e quindi per il dibattito nell’ambito della sociologia della salute, l’ambiente è uno dei determinanti di salute centrali così come scoperto e teorizzato da epidemiologi ed esperti di salute pubblica.

Quale ruolo per le scienze sociali e in particolare per la sociologia della salute nel dibattito One Health? In questo contributo proponiamo alcune riflessioni ancorate agli studi sul tema nella letteratura internazionale, interrogandoci sulle possibili declinazioni a livello nazionale, per delineare le sfide e le opportunità che l’approccio One Health rappresenta per la sociologia della salute. Sofferriamo l’analisi su due delle principali riviste internazionali: *Sociology of Health and Illness* e *Social Science and Medicine*. L’analisi, che si caratterizza quindi per essere circoscritta solo a queste due riviste, è finalizzata a promuovere una riflessione sulle possibili traiettorie di ricerca che la ricerca sociale e, in particolare, la sociologia della salute e della medicina possono sviluppare sul tema One Health, oggi al centro dell’agenda di policy italiana.

1. La ricerca sociale nell’approccio One Health nella letteratura internazionale

La ricerca, nelle riviste internazionali più accreditate sul tema della salute in prospettiva sociologica, mostra un numero contenuto di pubblicazioni che in modo esplicito trattano il tema ‘One Health’. Per *Sociology of Health and Illness* si tratta di due articoli, entrambi pre-pandemici, con due prospettive diverse: una macro e l’altra micro.

La prima pubblicazione è del 2013 e riguarda l’articolo di Yu-Ju Chien dal titolo “How did international agencies perceive the avian influenza problem? The adoption and manufacture of the ‘One World, One Health’ framework”. In questo contributo la prospettiva sociologica smaschera le dinamiche di potere sottese alle organizzazioni mondiali che si occupano di salute,

tra processi di legittimazione e costruzione di orientamenti di policy. Il primo elemento che emerge è la consapevolezza che un approccio unitario e integrato tra salute degli esseri umani e salute degli animali è presente già dal 2008. Al centro dell'attenzione in quegli anni vi sono i focolai di influenza aviaria ad alta patogenicità (HPAI) nel pollame, che suscitano preoccupazioni a livello mondiale per una possibile pandemia. Il tema porta l'esigenza, per la prima volta così marcata, di una collaborazione e di un coordinamento tra tre agenzie internazionali: l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), l'Organizzazione delle Nazioni Unite per l'Alimentazione e l'Agricoltura (FAO) e l'Organizzazione Mondiale per la Salute Animale (OIE). Questa patologia mette alla prova le istituzioni e le professioni coinvolte, delineando uno spazio di interazione tra interessi che a prima vista sembrano non sempre coincidenti. Se da una parte l'OMS mira ad arginare la possibilità di contagio agli uomini, dall'altro l'impatto sugli animali è effettivo ed immediato. Alla fine del 2008 si verifica un significativo cambiamento politico, quando l'OMS, la FAO e l'OIE, insieme al Fondo delle Nazioni Unite per l'infanzia (UNICEF), al Sistema di coordinamento delle Nazioni Unite per l'influenza (UNSIC) e alla Banca mondiale, approvano congiuntamente un quadro politico denominato "One World, One Health" (OWOH). Riprendendo questo concetto dalla Wildlife Conservation Society (WCS), queste agenzie (ri)definiscono OWOH come un approccio intersettoriale e interdisciplinare che riconosce i rischi alle interfacce uomo-animale-ecosistema. L'analisi sociologica mostra che le tre agenzie hanno adottato un approccio inclusivo, seppur vago, per ridurre i conflitti, difendere la loro legittimità e facilitare l'impegno alla collaborazione. Questo nuovo quadro non solo ha ridotto le tensioni tra le agenzie, ma ha anche rimodellato gli interessi e le interazioni di altri attori globali. Il caso illustra, quindi, come questi attori organizzativi creino attivamente nuovi quadri cognitivi e regimi politici che promuovono la loro legittimità e influenza, senza apportare modifiche sostanziali alle loro azioni.

La seconda pubblicazione, del 2020, è scritta da Melanie J. Rock, Chris Degeling and Cindy L. Adams, dal titolo "From more-than-human solidarity to multi-species biographical value: insights from a veterinary school about ethical dilemmas in One Health promotion", sviluppata su un singolo caso studio nel contesto canadese. L'articolo descrive una collaborazione tra una facoltà di veterinaria e un ente di beneficenza che mira a migliorare il benessere delle persone a basso reddito.

La rivista «Social Science and Medicine» ha pubblicato 20 articoli che presentano One Health nel titolo o sono strettamente legati al tema perché pubblicati nel numero monografico dedicato del 2015. Solo uno dei

contributi è successivo alla pandemia Covid 19. Ci soffermiamo brevemente su alcuni di questi per il loro contributo non solo di ricerca, ma anche teorico. Gli articoli pubblicati nel numero monografico dedicato al tema One Health del 2015 sono 16, e ulteriori 3 contributi, di cui uno solo precedente al numero monografico. Iniziamo l'analisi proprio da questo primo contributo del 2009 dal titolo *Animal-human connections, 'one health', and the syndemic approach to prevention* (Rock *et al.*, 2009). Si tratta di un breve report sviluppato all'interno del contesto medico-veterinario canadese sul tema delle relazioni tra salute animale e dell'essere umano alla luce della rinnovata attenzione per una prospettiva integrata (come precedente analizzato). L'articolo evidenzia che la prospettiva One Health ha rivitalizzato la nozione di 'one medicine' sviluppata circa un secolo prima da William Osler e Rudolph Virchow, alla luce dell'emergenza posta dalle zoonosi (malattie trasmesse dagli animali agli esseri umani). Riconoscendo il ruolo che i fattori sociali hanno nell'influenzare le condizioni di morbilità e mortalità, l'articolo si pone l'intento di supportare la creazione di uno spazio in cui i professionisti che si occupano di salute degli esseri umani, veterinari e scienziati sociali possano imparare l'uno dall'altro, collaborare nella ricerca e cooperare per la promozione di strategie innovative nella prevenzione. Al centro dell'articolo c'è la proposta di adottare il concetto di sindemia, sviluppato da Singer (1994), nella costruzione di nuove politiche di prevenzione, consapevoli delle interazioni e dei confini sfumati tra specie nella trasmissione delle malattie, ma anche di una presenza molto limitata di ricerche capaci di integrare le prospettive delle scienze della salute umana, animale e ambientale con quelle delle scienze sociali, a causa di un ritardo di queste ultime nel riconoscere la connessione tra la salute dell'uomo e quella dell'animale (Rock, Mykhalovskiy e Schlich, 2007).

Nell'editoriale di apertura del numero monografico del 2015, Craddock e Hinchligge (2015) riconoscono quanto siano ancora molto limitate le opportunità per le scienze sociali di partecipare alle attività promosse dall'approccio One Health, evidenziando la sua flessibilità e generalizzazione. Il numero monografico si pone l'intento di proporre uno spazio di riflessione critico proprio sulle modalità di interazione e collaborazione tra i diversi approcci 'One Health', considerando questa interazione come indispensabile per evitarne il rischio di deragliamento. All'interno di questo contesto, One Health rischia di riprodurre una versione piuttosto verticistica della competenza scientifica, con il ruolo ancillare delle scienze sociali (se presente), a servizio dei saperi medici autorevoli e relegato ad agevolare la trasmissione e la diffusione di conoscenze prestabilite. Questa prospettiva sembra del tutto trascurare le dimensioni sociali, culturali ed economiche che sono centrali sul

tema salute e nella comprensione delle relazioni tra esseri umani ed animali. Craddock e Hinchliffe (2015), presentando i contributi del numero, identificano quattro principali funzioni delle scienze sociali rispetto al tema del One Health: 1) mettere in primo piano le disparità geografiche. Porre l'attenzione sui territori significa mettere in luce il ruolo che gli aspetti sociali (genere, età, condizione socio-economica) giocano sul tema salute e malattia, anche in termini di consumi alimentari e pratiche quotidiane; 2) riformulare la configurazione del problema, ponendo attenzione alla concettualizzazione stessa di malattia, superando una visione semplicistica, di fronte a contesti globalizzati, ma a specifiche dinamiche epidemiche, con la relativa costruzione e gestione dei rischi a livello locale, nazionale ed internazionale; 3) analizzare le relazioni, come prospettiva che operativizza il tema delle interconnessioni e della multidisciplinarietà; 4) ridistribuire le competenze, valorizzando il ruolo e i saperi delle comunità, dei saperi esperti per comprendere e per meglio rispondere ad eventi pandemici.

2. Quale contributo per la sociologia della salute nell'approccio One Health?

Utilizzando le categorie interpretative offerte da Michalon (2020), proveremo a ripercorrere gli spunti tratti dalla principale letteratura sociologica internazionale sulle interconnessioni tra salute, specie viventi e ambiente riportandoli alle diverse modalità per concettualizzare il rapporto tra One Health e scienze sociali. L'autore individua due modalità principali di concettualizzare il rapporto tra One Health (OH) e scienze sociali. La prima consiste in un approccio strumentale al raggiungimento degli obiettivi fissati da One Health e considera OH un'opportunità per le scienze sociali di valorizzare le proprie competenze nella produzione di una comprensione generale dei comportamenti umani e fornire approfondimenti sui processi sociali, politici, economici e giuridici che possono favorire o ostacolare la gestione della salute globale e trans-specifica, offrendo così un utile contributo a un dibattito sempre più incentrato sulle relazioni tra esseri umani e non umani, nonché sull'intersezione tra ambiti biologici e sociali. Inoltre, l'expertise delle scienze sociali può risultare cruciale per tenere conto delle specificità dei contesti locali entro cui sono incorporate pratiche, conoscenze e rappresentazioni relative alla salute umana, animale e alla cura degli ecosistemi (Lainé, 2023).

Inoltre, il ruolo delle scienze sociali è frequentemente enfatizzato nei progetti di ricerca e negli interventi OH, in quanto esse contribuiscono ad

allineare le politiche pubbliche e le innovazioni tecnologiche e/o organizzative in ambito di cura, trattamento e prevenzione con i bisogni, gli interessi, le abitudini e i background educativi e culturali delle popolazioni destinatarie, chiamate a riceverle, accettarle o co-costruirle. Il contributo strumentale delle scienze sociali al raggiungimento degli obiettivi di One Health è dunque di due tipi, *cognitivo* e *operativo*. Il primo consiste nella generazione di conoscenze e quadri interpretativi utili a comprendere dinamiche sociali, pratiche, rappresentazioni e determinanti rilevanti rispetto alle relazioni tra salute umana, animale e ambientale; il secondo nel mettere a disposizione conoscenze funzionali a facilitare il conseguimento degli obiettivi One Health. Il contributo operativo si applica anche al coordinamento degli attori (politici, scienziati, ONG) chiamati a collaborare nel quadro della One Health e al contributo delle scienze sociali nella comprensione delle diverse culture istituzionali e/o disciplinari e nell’ottica di superare la logica dei ‘silos’ (Michalon, 2020).

Gli studi pubblicati sull’argomento sottolineano frequentemente l’opportunità di includere le scienze sociali nella prospettiva One Health, evidenziando i potenziali benefici e il valore aggiunto sia in termini cognitivi sia operativi. Tuttavia, il panorama disciplinare è differenziato e diseguale, non favorendo una piena inclusione in un quadro organico e coerente. In questo contesto, le scienze sociali tendono a occupare una posizione di marginalità istituzionale e il loro contributo rischia di essere inquadrato come ausiliario rispetto ad altre discipline considerate più “centrali” o “dominanti”. Si conferma quanto osservavano i già citati Craddock e Hincliffe (2015) a proposito di un ruolo delle scienze sociali nella OH che rischia di essere malinteso, relegato alla comunicazione e alla facilitazione della disseminazione di conoscenza già costruita ed elaborata. Al contrario, come sottolineato anche da Balduzzi e Favretto (2023), il successo delle politiche OH può dipendere dalla qualità dei processi di trasformazione della conoscenza (Carlile, 2004) all’interno di setting che devono essere attrezzati, preparati e gestiti in maniera adeguata e consapevole. Su questo punto le scienze sociali possono esercitare un ruolo importante, che si gioca al tempo stesso sul piano cognitivo e su quello operativo, a condizione che l’approccio integrato sia adottato con consapevolezza delle implicazioni che esso comporta sul piano teorico ed epistemico.

Quest’ultima suggestione ci porta direttamente alla seconda modalità attraverso cui le scienze sociali possono rapportarsi a OH, che consiste nel tentativo di comprendere quando e come l’approccio è nato, quali attori lo promuovono e quali fattori ne hanno favorito l’emergere nel contesto dei cambiamenti nella gestione della salute pubblica. Questa seconda opzione

implica l'analisi e l'interpretazione di OH come fenomeno sociale a sé stante. Tale approccio consente di fare luce sull'emergere di OH, includendo aspetti talvolta trascurati dai suoi promotori. A questa angolazione di ricerca e studi sociologici può essere ricondotto il già citato articolo di Chien (2013) sulle dinamiche politico-istituzionali che hanno favorito il successo e la diffusione della prospettiva tra le agenzie internazionali della cosiddetta "Tripartita". In questa interpretazione l'idea della One Health appare come un *boundary object*, un oggetto di confine, al tempo stesso concreto e vago, adatto a esprimere idee condivise, ma anche a essere piegato a esigenze molto specifiche e a interessi particolari. La "produttiva vaghezza" (Leboeuf, 2011) del concetto di OH è stata di aiuto affinché le organizzazioni internazionali della Tripartita potessero rilanciare i propri interessi istituzionali e superare le conflittualità e le tensioni, sia al loro interno, sia tra le diverse agenzie. Un altro studio sociologico che indaga OH come fenomeno in sé è quello di Angela Cassidy (2016), secondo la quale la funzione di *boundary object* si può applicare a meccanismi politici e dinamiche istituzionali e interistituzionali specifiche, ma non spiega nulla, come osserva Cassidy, «al di là di questo particolare contesto» (p. 216), né è in grado di fare luce su come e perché la OH «è entrata in relazione con la pratica scientifica e medica più in generale» (*ibid.*). Per questo, sulla base di un'analisi testuale su articoli e pubblicazioni scientifiche che usano l'espressione "One Health" o altri termini assimilabili, la studiosa ipotizza che attorno a questo approccio si sia generato un effetto di traino interdisciplinare (*interdisciplinary bandwagon*) e, nello stesso tempo, il consolidamento di una posizione dominante delle scienze veterinarie all'interno del campo della ricerca sui problemi di salute pubblica: l'autrice segnala che ben il 61% delle pubblicazioni analizzate sono state pubblicate in riviste scientifiche di area veterinaria.

Una prospettiva su OH che rifletta sul suo impianto epistemico, così come sulla sua storia e sulle sue ramificazioni, risulta particolarmente preziosa, poiché favorisce lo sviluppo di una meta-conoscenza auto-riflessiva e di una riflessione critica, capacità che dovrebbero essere sempre più integrate nel discorso scientifico. Come sostiene Edgar Morin (2005), infatti, un simile esercizio rende possibile sia cogliere pienamente gli elementi che costituiscono e organizzano una teoria, sia andare oltre quest'ultima.

Nonostante le diverse conclusioni alle quali giungono, gli studi sembrano essere concordi nel non considerare il fenomeno OH come frutto, esclusivamente, di un "naturale" sviluppo delle conoscenze scientifiche. Esso, infatti, ha a che fare con una trasformazione complessiva della società e con quell'inedito e intricato intreccio tra scienza, politica ed economia che compone l'attuale mappa dei vari pericoli che minacciano la salute globale. In

questo contesto, come hanno notato Balduzzi e Favretto (2023) riferendosi alla lezione di Pierre Bourdieu, la sociologia ci aiuta a interpretare One Health non soltanto come un oggetto di confine, ma come un vero e proprio “campo” di attori e pratiche. In tale campo vengono mobilitate risorse, conoscenze e relazioni con l’esito di costruire e ricostruire i rapporti di forza e le posizioni di diverse definizioni, discipline, competenze professionali, ruoli istituzionali, idee, problemi e soluzioni. Sul campo vari tipi di attori si muovono, interagiscono, realizzano i propri obiettivi strategici. La complessità delle problematiche e degli interventi OH abbraccia almeno tre dimensioni: 1) politica; 2) economica; 3) scientifica. In particolare, il successo dell’intervento si basa sulla possibilità di innescare un cambiamento al fine di introdurre una trasformazione che coinvolga tutte e tre le dimensioni, producendo uno squilibrio rispetto allo status quo e, al tempo stesso, tentando un nuovo riequilibrio tra le diverse componenti. Il “campo” della OH è il luogo nel quale tale processo di trasformazione è attivato, regolato, negoziato. Nel campo, i diversi attori coinvolti si scambiano risorse e negoziano le reciproche posizioni, determinandone così il “se” e il “come”. In questo senso, assumono importanza le variabili territoriali, sia con riferimento alla varietà dei sistemi locali rispetto alle specifiche condizioni che riguardano la salute delle diverse specie viventi e delle relazioni tra esse, sia con riferimento alle differenti modalità dei processi di implementazione degli interventi e alle condizioni che li possono ostacolare oppure favorire. I “campi” che attivano, sviluppano e regolano gli interventi OH sono dunque locali, situati. Ciò conferma l’idea secondo la quale dobbiamo considerare che vi siano «More than one world, more than One Health» (Hinchliffe, 2015).

Tale natura dei “campi” della OH ha implicazioni sulla natura delle conoscenze mobilitate e attivate, nonché degli ambiti disciplinari coinvolti. Talvolta i termini “multidisciplinarietà”, “interdisciplinarietà”, “transdisciplinarietà” sono usati come sinonimi. Essi, invece, rimandano a schemi di interazione e a modalità di intendere i rapporti tra le discipline differenti, che possono influenzare notevolmente la costituzione del “campo” di attori e pratiche OH. Seguendo Rosenfield (1992), si distinguono tre modalità principali di ricerca che coinvolgono più discipline:

- nella *multidisciplinarietà* i ricercatori affrontano problemi comuni lavorando in parallelo o in sequenza, ciascuno nella propria prospettiva disciplinare;
- nell’*interdisciplinarietà* lavorano congiuntamente su problemi comuni, pur mantenendo i rispettivi punti di vista disciplinari;

- nella *transdisciplinarietà* collaborano all'interno di un quadro concettuale condiviso che integra teorie, concetti e approcci provenienti da diverse discipline.

Queste modalità possono essere declinate in modi diversi a seconda dei soggetti, dei contesti e degli obiettivi di ricerca, ma rispondono comunque a logiche specifiche che regolano la cooperazione tra discipline.

Secondo molti studiosi (Zinsstag *et al.*, 2023; Berger-Gonzalez *et al.*, 2020; Min *et al.*, 2013), la complessità delle questioni legate alla OH richiede di superare approcci multidisciplinari o solo interdisciplinari per adottare un metodo transdisciplinare. A differenza dell'interdisciplinarietà – che tende a coordinare e armonizzare le discipline – la transdisciplinarietà mira a trascendere i confini disciplinari, concentrandosi sulle interazioni tra, attraverso e oltre le discipline mediante un quadro concettuale condiviso (Choi e Pak, 2006; Alvargonzález, 2011). Inoltre, una visione transdisciplinare della One Health richiede il coinvolgimento non solo di scienziati ma anche di attori non accademici e istituzionali, integrando la ricerca con esperienze empiriche e conoscenze pratiche provenienti da amministratori pubblici, organizzazioni sociali e di volontariato, professionisti, imprese, rappresentanti sindacali, agricoltori, allevatori e cittadini (Zinsstag *et al.*, 2023).

Conclusioni

Il quadro finora tracciato consente di trarre qualche iniziale conclusione.

La circolazione delle malattie tra le specie, così come le trasformazioni degli ecosistemi e i cambiamenti climatici, provocano crisi sociali ed economiche ed enormi rischi per la salute e il benessere delle società. Pertanto la OH rappresenta una sfida rilevante anche per le scienze sociali e per la sociologia in particolare. Tale sfida ha a che vedere, essenzialmente, con la complessità. Come insegna Morin (2005), la complessità non riguarda principalmente la realtà in sé, bensì lo sguardo attraverso il quale diamo senso a quest'ultima. In questo quadro OH è una prospettiva – un framework per comprendere l'interconnessione del nostro mondo – ma anche integrare nel lavoro scientifico diversi approcci teorici e metodologici.

Le scienze sociali e la sociologia della salute offrono preziosi strumenti nella direzione appena tracciata. Tali strumenti si inseriscono in un “campo” nel quale troviamo attori (anche non umani), risorse di vario tipo, regole, definizioni e rapporti di forza tra tutti questi elementi, in continuo cambiamento. Proprio questo continuo lavoro e rimescolamento rendono l'arena della One Health un framework potenzialmente trasformativo, nel quale gli

equilibri dati dagli attuali rapporti di forza, con i relativi rischi sistemici, possono essere rimessi in gioco.

In tale contesto emergono soprattutto tre dimensioni rilevanti nel delineare i possibili contributi delle scienze sociali e della sociologia della salute nell'ambito One Health.

La prima dimensione è quella della transdisciplinarietà. I campi della One Health coinvolgono diverse discipline e tipi di sapere, allo scopo di promuovere varie forme di comprensione del problema e una serie di possibili soluzioni, avvalendosi di tutti i punti di vista e di tutte le esperienze. Tra le forme di conoscenza che un approccio transdisciplinare coinvolge e valorizza c'è quella del sapere pratico-esperienziale e del dialogo tra quest'ultimo e altri tipi di sapere. Gli interventi One Health spesso richiedono che i saperi laici e i saperi accademici siano entrambi mobilitati e messi in circolo. In alcuni casi i processi di combinazione e trasformazione della conoscenza sono indispensabili al successo dell'intervento. Nelle ricerche e negli interventi OH, uno dei possibili ruoli dei ricercatori e dei professionisti con un *background* nelle scienze sociali è proprio quello di progettare, implementare, condurre e facilitare processi partecipativi basati sulla circolazione e trasformazione di diversi tipi di conoscenza.

La seconda dimensione è quella legata alla territorialità. Come ha insegnato Beck (2000), i rischi sistemici si caratterizzano proprio per poter originare in ogni parte del mondo e avere conseguenze ovunque, non circoscrivibili a un solo luogo. Tuttavia, i processi di strutturazione del campo della OH sono situati e dipendono molto dal contesto. Anche l'esperienza della pandemia ha messo in evidenza il carattere *glocale*, globale e locale in un tempo, dei fenomeni di salute. Da un lato abbiamo la rapida diffusione in tutto il mondo del contagio, lo stesso virus che mette in crisi molti paesi del mondo, più o meno nello stesso periodo. D'altro lato, gli effetti del contagio sono molto diversificati a seconda del luogo, così come le strategie e le modalità di risposta. Le variabili legate alla dimensione fisica, sociale, economica, culturale, istituzionale e relazionale dei diversi territori sono fondamentali e determinano i "campi" della One Health, sia rispetto agli assetti iniziali, sia con riferimento alle forme e agli esiti dei processi di strutturazione di ciascun campo. Nel pensare alla salute come relazioni tra diverse specie in un ambiente territorialmente connotato può essere molto fruttuoso, pensando nello specifico all'ambito disciplinare della sociologia, integrare maggiormente, in chiave sia teorica sia empirica, le ricerche nel settore della sociologia del territorio e dell'ambiente con quelle nel settore della sociologia della salute e della medicina.

Infine, vi è una terza dimensione rilevante, quella della partecipazione. I vari campi della OH, come abbiamo visto, sono formati da attori a vario titolo coinvolti, i quali sono portatori di diversi interessi, risorse, conoscenze e differenziali di potere tra gli attori coinvolti, nonché il quadro di risorse e vincoli entro cui i nuovi oggetti di conoscenza prendono forma. Una strategia partecipativa prevede percorsi discorsivi e/o negoziali nel processo di costruzione delle ricerche e degli interventi One Health, attraverso i quali poter intercettare interessi, percezioni, obiettivi dei singoli attori. Per intervenire efficacemente e incidere in maniera integrata sull'insieme di fattori e concause che influenzano la salute umana, animale e ambientale, è necessario attivare processi di cambiamento complessi, che coinvolgono diversi attori, interessi e rapporti di forza all'interno di un campo nel quale molteplici fattori ostacolano la cooperazione. Le azioni One Health, nella prospettiva di rimuovere tali ostacoli, dovranno mettere in campo processi che non si limitino a promuovere il dialogo e il confronto tra attori diversi, ma che mobilitino risorse in chiave trasformativa e consentano la negoziazione tra interessi diversi. Una simile mobilitazione e integrazione tra diversi attori – portatori di conoscenze teoriche e saperi esperti – e settori di intervento dovrà necessariamente considerare le asimmetrie di potere tra gli attori coinvolti, nonché il quadro di risorse e vincoli entro cui prendono forma i nuovi oggetti di conoscenza.

Riferimenti bibliografici

- Agustoni A. (2024), “Ambiente”, in Ricucci R., Sannella A., a cura di, *Dizionario di sociologia per la persona. Scenari*, FrancoAngeli, Milano.
- Alvargonzález D. (2011), *Multidisciplinarity, Interdisciplinarity, Transdisciplinarity, and the Sciences*, «International Studies in the Philosophy of Science», 25, 4: 387-403.
- Balduzzi G., Favretto A.R. (2023), *Giving Meaning to Action and Research: Notes on the 'One Health' Approach from a Sociological Perspective*, «Development», 66, 3: 226-232.
- Beck U. (2000), *La società del rischio: verso una seconda modernità*, Carocci, Milano (ed. or., *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne*, Suhrkamp, Frankfurt am Main, 1986).
- Berger-González M., Pelikan K., Zinsstag J., Ali S.M., Schelling E. (2020), *Transdisciplinary Research and One Health*, in Zinsstag J., Schelling E., Crump L., Whittaker M., Tanner M., Stephen C., eds., *One Health: the theory and practice of integrated health approaches*, CABI Publishing.
- Cardano M., Giarelli G., Vicarelli G., a cura di (2020), *Sociologia della salute e della medicina*, il Mulino, Bologna.

- Carlile P.R. (2004), *Transferring, Translating, and Transforming: An Integrative Framework for Managing Knowledge Across Boundaries*, «Organization Science», 15, 5: 555-568.
- Cassidy A. (2016), “One Medicine? Advocating (Inter)disciplinarity at the Interfaces of Animal Health, Human Health, and the Environment”, in Frickel S., Albert M., Prainsack B., eds., *Investigating interdisciplinary collaboration. Theory and practice across disciplines*, Rutgers University Press, New Brunswick.
- Chien Y.J. (2013), *How did international agencies perceive the avian influenza problem? The adoption and manufacture of the ‘One World, One Health’ framework*, «Pandemics and Emerging Infectious Diseases»: 46-58.
- Choi B.C.K., Pak A.W.P. (2006), *Multidisciplinarity, interdisciplinarity and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness*, «Clinical and Investigative Medicine», 29, 6: 351-364.
- Craddock S, Hinchliffe S. (2015), *One world, one health? Social science engagements with the one health agenda*, «Social Science & Medicine», 129: 1-4.
- Davis A., Sharp J. (2020), *Rethinking one health: emergent human, animal and environmental assemblages*, «Social Science & Medicine», 258: 113093.
- Degeling C., Brookes V., Lea T., Ward M. (2018), *Rabies response, One Health and more-than-human considerations in Indigenous communities in northern Australia*, «Social Science & Medicine», 212: 60-67.
- Hinchliffe S. (2015), *More than one world, more than one health: re-configuring interspecies health*, «Social Science & Medicine», 129: 28-35.
- Johnson J., Howard K., Wilson A., Ward M., Gilbert G.L., Degeling C. (2019), *Public preferences for One Health approaches to emerging infectious diseases: a discrete choice experiment*, «Social Science & Medicine», 228: 164-171.
- Lainé N. (2023), *The challenges of One Health. Accessing and networking with different forms of knowledge and epistemologies*, «CABI One Health», doi: 10.1079/cabionehealth.2023.0016.
- Leboeuf A. (2011), *Making Sense of One Health Cooperating at the Human-Animal-Ecosystem Health Interface*, IFRI Health and Environment Reports 7, Institut français des Relations Internationales (IfRI).
- Michalon J. (2020), “Accounting for One Health: Insights from the social sciences”, «Parasite», 27, 56.
- Min B., Allen-Scott L.K., Buntain B. (2013), *Transdisciplinary research for complex One Health issues: a scoping review of key concepts*, «Preventive Veterinary Medicine», 112, 3-4: 222-229.
- Morin E. (2005), *Introduction à la pensée complexe*, Éditions du Seuil.
- Pacheco-Zapata M., Pérez-Lombardini F., Roche B., Arnal A., Marcé E., Suzán, G. (2024), *One health and social research in disease ecology: A social contextual study of vector-borne diseases in the Yucatan Peninsula, Mexico*, «Social Science & Medicine», 362: 117415.
- Rock M.J., Buntain B.J., Hatfield J.M., Hallgrímsson B. (2009), *Animal-human connections, “one health,” and the syndemic approach to prevention*, «Social Science & Medicine», 68, 6: 991-995.
- Rock M.J., Degeling C., Adams C.L. (2020), *From more-than-human solidarity to multi-species biographical value: Insights from a veterinary school about ethical*

- dilemmas in One Health promotion*, «Sociology of Health & Illness», 42, 4: 789-808.
- Rock M.J., Mykhalovskiy E., Schlich T. (2007), *People, other animals and health knowledges: towards a research agenda*, «Social Science & Medicine», 64, 9: 1970-1976.
- Rosenfield P.L. (1992), *The potential of transdisciplinary research for sustaining and extending linkages between the health and social sciences*, «Social Science & Medicine», 35, 11: 1343-1357.
- Schwabe C. (1984), *Veterinary Medicine and Human Health*, Williams and Wilkins, Baltimore.
- Singer M. (1994), *AIDS and the health crisis of the U.S. urban poor; the perspective of critical medical anthropology*, «Social Science & Medicine», 39, 7: 931-948.
- WHO (2026), *One Health*. Available at: https://www.who.int/health-topics/one-health#tab=tab_1
- Zinsstag J., Pelikan K., Berger Gonzalez M., Kaiser-Grolimund A., Crump L., Mauti S., Heitz Tokpa K., Bonfoh B., Mohammed S., Abtidon R., Tschopp R. (2023), “Value-added transdisciplinary One Health research and problem solving”, in Lawrence R.J., ed., *Handbook of Transdisciplinarity: Global Perspectives*, Edward Elgar Publishing.

8. Dalla sicurezza alla salute negli ambienti di lavoro. Un lungo e complesso percorso

di Mara Tognetti Bordogna

Introduzione

I 3 morti sul lavoro al giorno, per quanto riguarda l'Italia, e i 40.538 casi di tumori professionali riconosciuti nell'Unione Europea nell'ultimo decennio, alla data in cui scriviamo questo capitolo, ci raffigurano ciò che un tempo era definita “malattia istantanea”, costituita dagli infortuni sul lavoro, e le malattie multifattoriali cronico degenerative (tumori, malattie cardiovascolari, neurologiche, ecc.), che si manifestavano e si manifestano spesso solo al termine della carriera lavorativa. Nel primo caso, gli organismi preposti al controllo delle condizioni di lavoro a partire da quelle igieniche sono orientati a verificare la presenza di “tecnopatie professionali”, ossia quelle malattie previste in apposite leggi e quindi coperte da assicurazione; nel secondo caso, poiché non rientrano negli interventi degli ispettori, non sempre vengono riconosciute come causate dal lavoro, oppure se riconosciute questo si verifica solo dopo un lungo contenzioso fra lavoratori e datori di lavoro (Baldasseroni *et al.*, 2024).

È da quarant'anni che oltre ai 3 morti quotidiani sul lavoro vanno aggiunti i decessi per malattie professionali e i circa 1.600 infortuni denunciati giornalmente. Dati che non comprendono gli incidenti e le malattie che quotidianamente avvengono negli ambienti di lavoro, ma che non sono denunciati. Essi evidenziano la diffusa nocività lavorativa e la non adeguata attenzione da parte dei diversi attori coinvolti, a partire dal decisore pubblico, poiché le dinamiche della più parte degli infortuni, in particolare quelli mortali, si ripetono sempre uguali nei secoli.

Secondo alcuni esperti del settore (Baldasseroni *et al.*, 2024, p. 112), «si tratta di dinamiche elementari e prevedibili che, per diventare “efficaci”, necessitano di uno o più fattori concomitanti spesso correlati alla ridotta autonomia dei lavoratori nell'autotutelarsi in quanto inseriti in una

organizzazione del lavoro “malata”, talvolta criminale». Gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali sono due “forme di malattia” che hanno cause e modalità di trattamento e di riconoscimento molto differenziate, rappresentative dell’evoluzione dell’organizzazione del lavoro e della idea di salute e di malattia nei contesti lavorativi, ma anche dei differenti modi di intervenire per proteggere tale salute nel corso dei secoli ed in particolare nell’ultima parte del secolo scorso. Il tema degli incidenti, della mortalità, dell’infortunistica e delle malattie da lavoro è questione assai composita che ci consente di comprendere i cambiamenti nel mondo del lavoro ma anche come la conquista del diritto alla salute dei lavoratori sia stato un percorso lungo e complesso, non scontato e dato per sempre.

In questo capitolo ripercorreremo, seppur sinteticamente, come e perché il tema della salute sia diventato una questione rilevante e sempre più centrale nella vita degli individui che lavorano o hanno avuto un’occupazione, che però non corrisponde ad una equivalente centralità nelle forme di protezione e/o di prevenzione. Non infrequentemente gli interventi legislativi in tal senso sono arrivati in ritardo o sono stati disattesi a conferma che il diritto alla salute è un diritto assai fragile, la cui esigibilità è spesso legata al peso dei diversi attori in campo. Seguiremo un percorso storico seguendo le (tre) fasi “alte” descritte da G. Berlinguer (1977), ossia quella caratterizzata da Bernardino Ramazzini, collocata temporalmente alle origini del secolo dei Lumi; quella compresa fra la fine del XIX secolo e il primo decennio del secolo successivo, che ha fra i protagonisti alcuni studiosi, pubblici amministratori e anche lavoratori e organizzazioni sindacali; infine, quella fase i cui prodromi risalgono agli anni sessanta, ma che assumono carattere forte con i movimenti e le realizzazioni degli anni ’70. A questa periodizzazione ne aggiungiamo una quarta, che chiamiamo della restaurazione, compresa tra gli anni ’90 del secolo scorso fino ai giorni nostri, che si caratterizza per la perdita della centralità della partecipazione dei lavoratori e della vera prevenzione.

Il pensiero di Berlinguer ben sintetizza il processo evolutivo nel momento in cui evidenzia che l’avanzamento delle condizioni di salute, della sicurezza e della longevità fra le classi lavoratrici è da ricondurre almeno a quattro fattori: il progresso delle scienze mediche, lo sviluppo della produzione industriale e agricola, l’azione dello Stato, le lotte sociali e le organizzazioni dei lavoratori.

1. L'apparire sulla scena del lavoro del tema salute: un lungo percorso non ancora concluso

1.1 Bernardino Ramazzini

La letteratura relativa alle condizioni di salute dei lavoratori (Cosmacini, 2022) segnala fra i primi studiosi Bernardino Ramazzini (1633-1714) e il suo testo *De morbis artificum diatriba*, pubblicato a Modena nel 1700, che avrà un'attenzione internazionale. Il testo innanzitutto analizza il lavoro nelle miniere e le relative malattie, evidenziando che non sempre è possibile mettere in atto "rimedi", ossia terapie, ma sono necessarie "precauzioni", ossia azioni preventive. Il Nostro analizza poi differenti situazioni lavorative, non ultima quella degli svuota cessi o latrinari, che spesso a causa delle sostanze emanate diventano ciechi. Interessante, almeno per la sociologia, il fatto che tali annotazioni partono da un'osservazione che Ramazzini fa direttamente su di un addetto che opera presso il suo domicilio, il quale si muoveva con molta fretta e ad alla domanda "perché tanta fretta?", il lavoratore risponde che un tempo prolungato "è lo stesso che divenire cieco" e, infatti, il medico Ramazzini rileva che gli occhi di costui erano arrossati ed offuscati. Analizza poi le malattie dei doratori, dei chimici. Ed è proprio osservando la realtà di questi ultimi che anticipa un tema, che sarà ripreso in modo ampio e approfondito, divenendo un campo di battaglia dei movimenti collettivi per la salute degli anni '70, ossia che tali malattie erano sia a carico dei singoli che della collettività. Tale constatazione gli deriva da un'esperienza di un laboratorio chimico nel modenese poiché, nel momento in cui gli operai calcinavano il vetriolo nel forno per la fabbricazione del sublimato, veniva contaminata anche l'area intorno. Fenomeno provato sia dalla testimonianza del medico locale, ma anche dal registro dei morti della parrocchia. L'imprenditore in questione fu chiamato a giudizio da un abitante locale, e fu sollecitato a portare fuori dalla città l'officina stessa. Primo caso di denuncia di un inquinamento ambientale causato da assenza di regole e controlli. Situazione e prassi che ritroveremo appunto di nuovo negli anni '70 del secolo scorso, con il caso diossina a Seveso (MB).

Tra le molte altre le malattie studiate da Ramazzini vi è quella dei letterati, ma anche quella delle tessitrici. In precedenza, vi erano stati altri medici che avevano analizzato le malattie da lavoro: ricordiamo già all'inizio del Cinquecento lo studio del lavoro artigianale da parte di Theophrastus von Hohenheim (Paracelso). Ciò nonostante, sono gli studi di Ramazzini che aprono ad una medicina e relative terapie, della collettività oltre che del singolo lavoratore. Mediante i suoi sopralluoghi nelle botteghe e nei laboratori, nonché

le visite dirette ai lavoratori, egli ha potuto passare da una mera visione clinica delle patologie ad una visione ambientale ed epidemiologica, ponendo la questione della prevenzione per tutti e dell'ambiente di vita a cui il lavoratore appartiene. Il padre della medicina del lavoro osserva un periodo storico particolarmente rilevante, quello del passaggio da un'economia artigianale alla prima rivoluzione industriale, evidenziando la necessità di un riconoscimento dei lavoratori e del lavoro con i conseguenti diritti, perché solo così sarà possibile modificare l'economia e l'intera società (Berlinguer, 1997). Uno studioso dunque che apre a nuove visioni e a nuovi temi.

1.2 La fine del XIX secolo e il primo decennio del secolo successivo

I contributi allo sviluppo della medicina del lavoro e alla salute dei lavoratori in questa fase storica si connotano per la presenza e le rivendicazioni di medici impegnati politicamente, che studiano e praticano anche la tutela della salute dei lavoratori. Siamo ancora in una fase in cui i lavoratori erano prevalentemente occupati in agricoltura e si affacciavano le prime industrie tessili concentrate nei territori del Nord dove vi era abbondanza d'acqua e disponibilità di mano d'opera di provenienza agricola. Condizioni queste che richiameranno numerosi imprenditori stranieri (Falck, Saint Gobain, De Lardereel, ecc.), i quali contribuiranno a creare le prime forme di industrializzazione e i conseguenti incidenti sul lavoro. In parallelo continuano a verificarsi anche quelli in agricoltura. Le fonti da cui si traggono informazioni in quel periodo, in mancanza di statistiche attendibili, sono gli ex voto a ricordo dei "miracoli" accaduti, oppure la cronaca locale dei quotidiani dell'epoca (Baldasseroni *et al.*, 2024). Da tali "strumenti" di analisi si desume che i gravi infortuni sono a carico dei mestieri tradizionali, dell'edilizia e dei trasporti.

L'indagine ministeriale del 1872 evidenzia che le prime industrie, a causa delle scarse o nulle misure di protezione, l'inavvertenza degli operai e la scarsa sorveglianza da parte dei responsabili, sono alla base dei traumatismi, delle amputazioni, delle morti dei lavoratori. Il tutto aggravato da un forte analfabetismo (Rizzetti, 1873). Il tema della negligenza e della responsabilità negli infortuni era altresì favorito da una debolezza normativa poiché era il colpito che doveva fornire la prova della colpa altrui, in quanto vigevano gli articoli 1151 e seguenti del Codice Civile sulle responsabilità in generale.

Sarà il provvedimento legislativo del 1898 sulla prevenzione e assicurazione contro gli infortuni sul lavoro ad introdurre forme di protezione che riguarderanno una parte rilevante di lavoratori, pur escludendo la responsabilità dei datori di lavoro se non in caso di dolo (Baldasseroni *et al.*, 2024).

Fra i limiti del provvedimento vi è anche il fatto che la prevenzione degli infortuni nei diversi ambiti è rimandata a Regolamenti specifici alla cui definizione avrebbero dovuto partecipare i capi delle imprese in forma singola o associata, i Consigli tecnici governativi, mentre erano assenti, perché non previste, le organizzazioni dei lavoratori. Situazione che si protrarrà per alcuni anni fino all'istituzione del Consiglio Superiore del Lavoro.

La numerosità degli infortuni e degli incidenti mortali sul lavoro è altresì appesantita dall'impiego di mano d'opera femminile e dei fanciulli, i quali erano impegnati in turni massacranti, poiché l'orario di lavoro era determinato dalle condizioni climatiche e meteorologiche e, di conseguenza, le ore lavorate crescevano in funzione della disponibilità della luce solare. Le condizioni igieniche e ambientali delle fabbriche erano assai degradate e in non pochi opifici si diffuse il colera. Così come per i dipendenti delle ferrovie che operavano al sud in zone malariche e fra le mondine era frequente la diffusione della malaria. Emblematico è il caso degli scavatori del traforo del San Bernardo, che furono colpiti dal parassita intestinale dell'anchilostoma duodenale, con la relativa elevata mortalità a causa delle condizioni ambientali delle gallerie. La messa a punto di un'efficace terapia e l'adozione di misure volte a impedire la trasmissione del parassita consentirono, invece, ai lavoratori impegnati nello scavo del Sempione di non contrarre tale patologia (Volante, 2012).

L'approvazione della legge sulla prevenzione e assicurazione dei lavoratori del 1898, assieme alla legge sul lavoro delle donne e dei fanciulli del 1902¹, furono conquiste che videro l'impegno di politici mazziniani e socialisti, nonostante le resistenze di parte del parlamento in cui sedevano alcuni degli industriali più influenti. Sono proprio i "socialisti riformisti" o "rivoluzionari" che sollevarono la questione della difesa dei lavoratori nel corso della prima industrializzazione italiana. Fra i primi ricordiamo Giovanni Petrini (? - 1914), medico socialista rivoluzionario, il quale viene ricordato da Luigi Devoto (1922, p. 69) «per la sua fede nella prevenzione igienica sul lavoro». Petrini, nel suo testo *Per un controllo operaio della applicazione della Legge sugli infortuni del lavoro nelle sue attinenze medico-legali* del 1901, sostiene la necessità di creare uffici di controllo operaio alla legge per gli infortuni e di istituire uffici di consulenza medico-legale presso le Camere del Lavoro. Il medico degli operai contribuisce anche al dibattito scientifico, partecipando a numerosi congressi nazionali e internazionali di medicina del lavoro, presentandosi sempre come medico di fiducia delle organizzazioni di

¹ Anche nota come "legge Carcano", fu presentata da Filippo Turati, ma elaborata da Anna Kuliscioff (1855-1925), medico delle donne povere e attivista.

mestiere. Importanti i suoi studi sul tremore mercuriale dei lavoratori dell'Amiata, lo studio dedicato all'igiene nella produzione delle bottiglie in vetro "nero".

Petrini (1902) nel corso del dibattito fra socialisti propone fra i compiti principali del partito socialista quello di «sviluppo della sociologia medica; evoluzione degli organi di controllo operai alle leggi vigenti, l'educazione del proletariato nella lotta contro le malattie. Per sociologia medica egli intendeva lo sviluppo di inchieste sanitarie che avrebbero dovuto tenere conto del punto di vista operaio, non essendo sufficienti quelle ufficiali fino ad allora svolte» (Baldasseroni *et al.*, 2024, p. 73). Anche in un successivo intervento nel corso del Congresso Nazionale delle malattie del lavoro che si tenne a Firenze (1909), Petrinì riconosce l'importanza nella definizione della legislazione sociale, della presenza oltre che degli uomini di Stato, di sociologi, di industriali intelligenti e di igienisti. Il coinvolgimento di altri attori ed in particolare gli operai e le loro organizzazioni, assieme alla prevenzione, costituiscono i cardini del pensiero del Nostro.

Fra i socialisti riformisti citiamo Tullio Rossi Doria (1864-1937), medico ginecologo, che oltre a dedicarsi alla salute delle donne, si occupa di medicina sociale e riveste anche la carica di Assessore all'igiene del Comune di Roma nel periodo 1907-1911. In tale veste si impegnò per migliorare le condizioni igieniche e sanitarie delle classi lavoratrici della Capitale, oltre a partecipare al dibattito scientifico sia in ambito ginecologico che di medicina sociale, per rivendicare l'importanza di leggi protettive delle classi lavoratrici, sostenendo in contrapposizione a Petrinì che si disponevano dati sufficienti per impostare una politica sanitaria.

Nel frattempo nel 1905, anche sotto la spinta di un medico illuminato come Luigi Mangiagalli (1850-1928), titolare dell'insegnamento di medicina sociale, e su delibera dell'amministrazione comunale milanese, presieduta dal sindaco Mussi, viene fondata la Clinica del Lavoro che sarà inaugurata il 10 marzo del 1910, la prima in Europa, con la finalità di «Studiare scientificamente le cause delle malattie professionali, diffonderne la conoscenza clinica fra i medici, ospitare a scopo diagnostico e terapeutico i lavoratori sospetti, iniziati o inoltrati, controllare periodicamente lo stato di salute degli operai addetti alle industrie e ai lavori insalubri in modo speciale»². La direzione sarà affidata a Luigi Devoto (1864-1936), che aveva attivato un corso libero sulle malattie professionali presso l'Ateneo di Pavia; egli è altresì studioso delle malattie a carico delle mondine. Nonostante le competenze e la fama internazionale di questo studioso, non sono poche le

² Ex lapide apposta sulla facciata della clinica del Lavoro poi rimossa (Cosmacini, 2022).

polemiche che si sviluppano circa le modalità operative d'intervento a protezione della salute dei lavoratori. Ed è proprio in concomitanza con l'inaugurazione della Clinica del lavoro che Paolo Pini (1875-1945), psichiatra, "medico dei poveri", rinfaccia a Devoto che «per studiare le malattie del lavoro bisogna recarsi sui luoghi di lavoro» (cit. in Cosmacini, 2022, p. 85). Negli anni successivi sono diversi i provvedimenti legislativi approvati grazie all'impegno in prima persona di altri medici illuminati. Ricordiamo G. Loriga (1861-1950), che predispose il Regolamento Generale d'igiene del lavoro, già a partire dal 1919, ma che sarà approvato solo nel 1927. Fra le molte innovazioni che il documento introduce, solleva l'importanza del supporto alle organizzazioni dei lavoratori poiché solo mediante la diretta esperienza possono essere adottate misure efficaci. Un pensiero che anche Pettrini aveva sviluppato quando evidenziava l'importanza di creare stabili rapporti fra operai e studiosi della medicina sociale.

È a partire dal primo dopoguerra che comincia a prendere voce la classe operaia, in particolare quella impegnata nei lavori edili e che scontava non solo i rischi lavorativi, ma anche l'uso di materiali scadenti ed inadeguati che, secondo la stampa del periodo, erano dovuti ad un risparmio sui materiali di costruzione in maniera delittuosa da parte dei costruttori, oltre che da una scarsa vigilanza della commissione edilizia del Comune di Milano.

Oltre ai molti incidenti e morti in edilizia, una vera e propria strage, che nel 1924 registra 23 morti e 76 feriti fra i soli edili di Milano (Baldasseroni *et al.*, 2024), ricordiamo i casi di intossicazione acuta da benzolo che portarono a decidere di svolgere un'inchiesta direttamente fra le maestranze da parte della Federazione Italiana Operai Chimici. Un'azione importante poiché per la prima volta si raccoglie il punto di vista dei diretti interessati sui problemi di sicurezza e di igiene nel loro luogo di lavoro (Meda, 1922).

Durante il periodo fascista più che alla prevenzione dei rischi di lavoro è posta attenzione sulla "previdenza dei danni". Nel 1929 fu approvata la legge sul riconoscimento di sei malattie professionali, che entrerà in vigore solo nel 1934 quando se ne approva il regolamento. Nel 1933 è istituito l'INAIL, allora denominato Istituto Nazionale Fascista per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro, con finalità risarcitorie e che nel tempo modificò la denominazione, ma non le finalità (Tognetti Bordogna, 1998, 2013). Si costituirono altresì dei nuovi organismi quale l'Ente Nazionale per la Propaganda contro gli Infortuni (ENPI), affidato alle organizzazioni datoriali. Nel 1943 fu introdotto il riconoscimento assicurativo che sollevò i datori di lavoro dalle cause civili di indennizzo intentate dai lavoratori colpiti da malattie lavorative, mentre ai lavoratori venne assegnata un'indennità non legata alle aleatorie sentenze dei tribunali (legge n. 445 del 12 aprile 1943). Si

riformò poi l'Ispettorato del Lavoro il quale, però, non modificò il proprio approccio operativo.

1.3 I movimenti collettivi e le conquiste degli anni '70

Il terzo periodo costituisce una fase straordinariamente importante per lo sviluppo e la relativa operatività sia della medicina del lavoro che della salute nei luoghi di lavoro. In questi anni, estremamente innovativi sia sul piano culturale che per le conquiste di diritti sociali e di cittadinanza, così come per la strutturazione di nuovi servizi per la salute, oltre che di grande cambiamento della società italiana che diviene a tutti gli effetti un paese ad economia prevalentemente industriale, si concretizzano le rivendicazioni che medici e politici illuminati avevano da tempo rivendicato: il coinvolgimento degli operai nella questione salute negli ambienti di lavoro e la prevenzione degli infortuni (Tognetti Bordogna e Greco, 2015).

L'incremento dell'industrializzazione e della relativa produzione andava di pari passo con l'incremento degli incidenti. Nel periodo 1961-64 furono circa 2.000 i morti indennizzati nel settore industriale e 700 nel settore agricolo a cui vanno aggiunti i decessi a causa di infortuni sul lavoro, non indennizzati per mancanza di eredi, che recenti stime calcolano in un quarto del totale, per raggiungere complessivamente il numero di 3.354 casi (Ariani *et al.*, 2020). Un quadro preceduto da due tragedie che scossero l'opinione pubblica, quella delle miniere di Ribolla, del 1954 con 42 morti, e quella di Marcinelle del 1956 con i 262 morti, di cui 136 italiani. Mentre il lavoro nocivo o disagiato veniva semplicemente remunerato di più.

Furono però alcune vertenze sulla nocività che aprirono ad una nuova fase. Nel 1961 alla Farmitalia i sindacati chimici posero al centro delle loro rivendicazioni la nocività delle lavorazioni e delle sostanze usate per la produzione di farmaci basandosi sul "metodo della inchiesta operaia", raccogliendo cioè le opinioni dei diretti interessati sulle condizioni di rischio (soggettività operaia) a cui erano sottoposti. Furono organizzate assemblee di gruppi di operai addetti al medesimo segmento di produzione, quindi omogenei per i rischi a cui andavano incontro (gruppi omogenei di salute). Tale esperienza pionieristica diventerà il metodo che sarà adottato dai sindacati nelle lotte e rivendicazioni successive (Modello sindacale di lotta alla nocività). Così rilevava un noto sociologo del lavoro:

Si ha avuta in Italia, [con la linea sindacale per la salute] una attività conoscitiva adeguata, scientifica, sul lavoro, l'organizzazione industriale e sugli effetti relativi alla salute dei lavoratori; si è trattato di una attività conoscitiva

(ricerca irrituale) e di interventi conseguenti (con veri risultati preventivi) condotti con modalità diverse e da soggetti inconsueti rispetto al mondo classico della ricerca di scienze sociali ed al riconoscimento del diritto alla prevenzione dovuto dallo stato e dalle istituzioni. (Butera, 1980, p. 10).

Esperienza che, assieme alle lotte della Federazione dei Metallurgici, apre alle rivendicazioni e alle lotte anche per la salute da parte del movimento operaio e al cosiddetto “Autunno caldo” del 1969, che si incroceranno e si amalgameranno nei movimenti collettivi di donne e studenti di quel periodo.

Nel 1970 si approva lo Statuto dei lavoratori (legge n. 300 del 20 maggio), straordinaria legge che all’articolo 9 recitava:

Tutela della salute e dell’integrità fisica. I lavoratori, mediante loro rappresentanze, hanno diritto di controllare l’applicazione delle norme per la prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali e di promuovere la ricerca, l’elaborazione e l’attuazione di tutte le misure idonee a tutelare la loro salute e la loro integrità fisica.

Prevenzione, partecipazione dei diretti interessati, infortuni e tutela della salute sui luoghi di lavoro diventano un unico modo di concepire la protezione dei lavoratori secondo metodologie ben definite e agite in prima persona dagli operai. Pur in un periodo di lotte generalizzate e di movimenti collettivi, anche in questa fase dobbiamo fare riferimento, fra gli altri, ad alcune figure di medici illuminati, sostenuti da avanguardie sindacali, che il caso vuole che avessero preso parte in gioventù alle lotte partigiane, e che si sono impegnate in modo straordinario per la salute individuale e collettiva dei lavoratori: I. Oddone (1923-2011) e G. Maccacaro (1924-1977).

Il primo contribuisce proprio allo sviluppo della così detta linea sindacale della lotta alla nocività. Egli matura la sua esperienza a Torino ed è autore, assieme ad un gruppo di operai della FIAT e del sindacalista Emilio Pugno (1922-1995), di un opuscolo metodologico: “Dispensa sull’ambiente di lavoro” della Federazione Operai Metallurgici, pubblicata a Torino nel 1969.

Dispensa che sarà ripubblicata nel 1971 dalla Federazione Lavoratori Metalmeccanici (FML), che la trasformerà nel “manuale” della formazione degli operai e dei sindacalisti. Tale strumento consente sostanzialmente di comprendere da parte di tutti che «le condizioni di lavoro non sono “oggettive”, date una volta per tutte, ma possono essere cambiate con effetti apprezzabili anche a breve distanza» (Baldasseroni *et al.*, 2024, p. 13). Con quelle lotte e in quella fase saranno modificati i cicli produttivi e molte industrie saranno trasferite in contesti specifici meno prossimi alle abitazioni.

Il secondo studioso è molto caro ai sociologi della salute perché, assieme ad Alberto Martinelli, edita la prima antologia della sociologia della medicina in Italia per i tipi di Feltrinelli. Maccacaro, pur essendo medico, ha una consolidata formazione economica e sociologica, ma anche una profonda conoscenza degli avvenimenti storici. È autore di molti scritti fondativi, tra cui “Classe e salute”, che diverrà un manifesto per le lotte per la salute³, fonda riviste (Sapere, Scienza e Esperienza SE, Epidemiologia e Prevenzione, ecc.), collane editoriali come *Medicina democratica* e molto altro. L’appellativo “esperto e rosso” ben si addice alle azioni culturali e operative di questo medico scienziato, fortemente impegnato a fianco e con la classe operaia, ma anche con gli esperti della salute. Nelle sue riflessioni e nelle sue lotte egli valorizza innanzitutto la soggettività degli individui, la metodologia delle mappe di rischio negli ambienti di lavoro, il rapporto fra fabbrica e territorio, ma cosa ancora più rilevante fa chiarezza fra vera e falsa prevenzione, dove la prima è data dalla rimozione dei fattori di rischio delle malattie, mentre la seconda si tratta della cura o della riabilitazione conseguente ad una malattia. Memorabili i suoi contributi su quotidiani e settimanali dedicati alla tragedia di Seveso, in cui dalla fabbrica ICMESA fuoriesce diossina, contaminando individui e ambienti di diversi comuni limitrofi alla fabbrica stessa e che il Nostro definisce, titolando i suoi scritti, “Questo qui è un eccidio volontario”, “E non ditemi che questo è un incidente”, denunciando l’inerzia delle autorità preposte ai controlli e le “responsabilità” dei proprietari dell’impresa. A tale “incidente” sarà dedicata una monografia dal titolo “Seveso. Un crimine di pace”⁴. I lavori di G. Maccacaro cambiano non solo la storia della salute e della sicurezza dei lavoratori, ma anche il modo e le metodologie di approccio al tema, ma ciò che appare chiaro al Nostro studioso è che la lotta per la salute dei lavoratori non si concluderà mai, ma è destinata ad evolversi. Una conferma di ciò si avrà anche con gli studi sul “quarto gruppo” di fattori di nocività che investono la sfera psichica con relative forme di cronicità che non potranno essere riparate con farmaci o “riparazioni assicurative”.

Nel frattempo presso la Clinica del Lavoro di Milano si studiano i temi delle posture di lavoro e dei carichi muscolo scheletrici. Alcuni Enti Locali attivano dei servizi territoriali di medicina del lavoro. Si strutturano Servizi Territoriali di Prevenzione. Questa terza fase storica, che vede lotte

³ Il testo sarà poi pubblicato nel volume AA.VV. (1974), *La salute in fabbrica*, Savelli, Roma, ora anche nel volume a cura di G. Berlinguer et al. (1979) *Per una medicina da rinnovare. Scritti 1966-1967*, Feltrinelli, Milano. Testo quest’ultimo a cui si rimanda per un approfondimento sulla vita e le opere di G.A. Maccacaro.

⁴ «Sapere», n. 796, novembre- dicembre 1976.

generalizzate su tutto il territorio italiano, si conclude con l'approvazione della legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (legge 833 del 1978), ma anche con gli effetti sull'economia delle crisi petrolifere a partire da quella del 1973.

1.4 La restaurazione: dagli anni '90 del secolo scorso fino ai giorni nostri

Il periodo storico successivo, che noi definiamo “quarta fase e della restaurazione”, vede sempre la media di tre morti al giorno per incidenti sul lavoro, ma si connota per un cambiamento nel mercato del lavoro legato al processo di globalizzazione e alla delocalizzazione di molte produzioni. Inoltre, il datore di lavoro risulta essere un'entità sempre più astratta e distante, specialmente nelle grandi imprese. Nuovi lavoratori provenienti da contesti geoculturali differenti entrano nelle aziende, cresce la precarizzazione del lavoro. Cambia anche il quadro nosologico, si riducono le classiche malattie professionali da sostanze. Crescono le segnalazioni di malattie osteoarticolari, le patologie a carico della colonna vertebrale legate all'invecchiamento della forza lavoro e all'allungamento della vita lavorativa, crescono i disturbi correlati con “lo stress da lavoro”, le forme di cancro dovute ad esposizione a cancerogeni. La medicina del lavoro segue piste differenti, spesso aziendalistiche. Si radicalizzano le posizioni circa l'applicazione del principio di precauzione, senza entrare nel merito di singoli fattori di rischio, così come in una logica di costi-benefici si dà risalto al fatto che siano state eliminate le patologie classiche. Le ulteriori trasformazioni del lavoro e la relativa digitalizzazione, i suoi effetti sulla salute e sulla sicurezza dei lavoratori è una questione ancora tutta da studiare. Così come poco si è riflettuto sugli effetti del passaggio da un tipo di lavoro fondato sulle abilità pratico-manipolative a lavori con un'alta componente tecnico-scientifica. Condizioni lavorative che non vedono più quella forza e compattezza fra sindacato e lavoratori, ma piuttosto un rafforzamento di organismi di vigilanza e una delega su questa questione ai datori di lavoro. La dimensione corale delle rivendicazioni per la salute individuale e ambientale si è decisamente affievolita.

Il recepimento della normativa europea di fatto contribuisce a spegnere quella via italiana della partecipazione e della relativa prevenzione che tanti risultati aveva prodotto a partire dal forte impegno diretto dei lavoratori. I decreti-legge dei primi anni '90, che complessivamente riempiono un migliaio di pagine e che si applicano di fatto a tutte le imprese, oltre a non tenere in considerazione le specificità del tessuto produttivo italiano, non recepiscono il modello partecipativo che era stato ampiamente utilizzato nel nostro

paese. È sostanzialmente una normativa ispettiva, gli stessi servizi pubblici preposti alla tutela della salute svolgono ora una funzione di organi di vigilanza (Baldasseroni *et al.*, 2024). I datori di lavoro vengono fortemente responsabilizzati, ma ciò trova grandi difficoltà nel contesto italiano, dove il sistema produttivo prevalente è rappresentato da piccole e medie imprese, in cui è difficile inserire tale processo nelle linee organizzative aziendali, cosa possibile per le grandi aziende, pertanto prevale un'applicazione sostanzialmente formale.

La stessa partecipazione dei lavoratori è delegata ai rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, che nel modello italiano ha più carattere sindacale che di appartenenza ad un gruppo omogeneo; mentre nel modello europeo è un soggetto incardinato nel sistema aziendale e informato delle scelte che in esso vengono fatte. Sempre nella normativa italiana, il ricorso ai servizi di prevenzione pubblici da parte dei rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza è previsto solo in caso di contenzioso con il datore di lavoro. Inoltre, la forza dei servizi di prevenzione pubblici è andata via via declinando anche perché a causa delle posizioni assunte si sono trovati in contrasto a volte anche con gli enti locali di riferimento e non pochi sono stati gli attacchi da parte di Confindustria. Il quadro è poi appesantito dal fatto che coloro che avevano condotto e implementato pratiche di prevenzione innovative con il nuovo millennio giungono al termine della loro carriera lavorativa. Lo stesso modello organizzativo delle aziende sanitarie e la rigida organizzazione dei dipartimenti di prevenzione hanno aggravato la dicotomia fra attività di prevenzione e attività di polizia giudiziaria. La funzione di vigilanza e di controllo è una funzione importante, in particolare per quanto riguarda incidenti e infortuni sul lavoro, ma come è stato ricordato:

Ogni infortunato racchiude una storia e un vissuto a sé stante, l'uomo lavoratore ha una sua vita, una sua famiglia, un suo ambiente. Le cause dell'infortunio non si limitano alla dinamica di accadimento interpretata in maniera meccanicistica; la violazione delle più elementari misure di prevenzione è da correlare ad altri fattori come, ad esempio, lo sfruttamento della mano d'opera, la precarietà, la perdita di potere contrattuale del lavoratore come tale e come appartenente a un gruppo, la flessibilità della produzione e lo stato di crisi nel contesto globale. (Baldasseroni *et al.*, 2024, pp. 136-137).

Anche il recente decreto-legge (nov. 2025) approvato dal Consiglio dei Ministri relativo a “Misure urgenti per la tutela della salute, sicurezza e politiche sociali”, finalizzato a ridurre il fenomeno dei morti sul lavoro, introduce norme volte a rafforzare ulteriormente i controlli, aggiorna le regole esistenti e potenzia la formazione, con un incremento degli ispettori e del

personale incaricato della vigilanza, introduce l'obbligo di un badge identificativo nei cantieri al fine di monitorare la presenza degli operai e le modalità di utilizzo dei dispositivi di protezione individuale, ponendo la prevenzione già a partire dalla scuola. Misure tutte importanti, ma per la sicurezza e la tutela della salute, come abbiamo visto in questo breve contributo, è fondamentale l'attività di prevenzione, quella vera, come ricordava G. Macca-carò, e quella nei luoghi di lavoro, ed è altresì importante il modo di pensare il lavoro e il ruolo dei lavoratori, i quali fanno la differenza nella protezione e promozione della propria salute e di tutti gli altri.

Molte, dunque, le questioni a cui rimanda il tema della salute nei contesti lavorativi, sia di ordine istituzionale ma dal nostro punto di vista molto importanti per chi si occupa di sociologia della salute. Per brevità di spazio qui ne indichiamo solo alcune, sottolineando che fino ad ora tale disciplina si è scarsamente o per nulla occupata della questione, non raccogliendo i suggerimenti di studiosi di salute e ambiente di lavoro, come Petrini e Maccaccaro. Innanzitutto, quando parliamo di ambienti di lavoro, non possiamo e non dobbiamo riferirci ai soli incidenti, ma è necessario comprendere l'idea e i vissuti di salute e di malattia che hanno i lavoratori e i datori di lavoro di un certo settore produttivo, perché da ciò bisogna partire sia per introdurre misure preventive adeguate ma anche per comprendere gli stessi comportamenti dei lavoratori.

Lo studio della salute, della malattia, degli incidenti in un dato contesto lavorativo consente poi di comprendere in pratica come è cambiato e come cambia il lavoro e il suo contesto operativo. Un'ulteriore questione scarsamente tematizzata è quella della prevenzione negli ambienti di lavoro così come la questione della promozione della salute che coniuga mondo del lavoro e mondo di vita dei lavoratori.

In questa fase storica di grandi cambiamenti e di vere e proprie transizioni ricordiamo l'importanza dello studio del mondo del lavoro e del suo ambiente, interno ed esterno, tema ancora più importante in fase di transizione climatica come quella attuale. Infine, altre due transizioni interrogano la questione generale della salute lavorativa: quella digitale, i suoi effetti e le sue implicanze anche in tema di salute; quella demografica, ossia quali sono e quali saranno gli effetti in termini di salute lavorativa su una popolazione che permane per un periodo sempre più lungo nel mercato del lavoro, non solo perché più longeva ma anche a causa di sempre più frequenti periodi di disoccupazione o di lavoro intermittente.

Molti altri i temi che i sociologi della salute potrebbero e dovrebbero indagare come appare da quanto scritto in questo capitolo.

Riferimenti bibliografici

- AA.VV. (2018), *Educare alla salute e all'assistenza. Manuale per operatori*, Pearson, Milano.
- Ariani F., Baldasseroni A., Biffino M., Romeo M., Levi M. (2020), *Rivalutazione del carico di danni dovuti agli infortuni mortali sul lavoro in Italia. 1951-2017*, «Epidemiologia e Prevenzione», 44: 263-270.
- Baldasseroni A., Capacci F., Carnevale F. (2024), *La salute e la sicurezza dei lavoratori in Italia*, Pacini, Ospedaletto (Pisa).
- Berlinguer G. (1997), "La medicina del lavoro all'inizio del secolo XX. Riflessioni sul primo congresso nazionale (1907) per le malattie del lavoro", in Grieco A., Bertazzi P.A., a cura di, *Per una storiografia italiana della prevenzione occupazionale ed ambientale*, FrancoAngeli, Milano, pp.107-124.
- Bigatti G., a cura di (2024), *Lavoro sicurezza e salute nell'Italia delle fabbriche*, Mimesis, Sesto San Giovanni (MI).
- Butera F. (1980), *Le ricerche per la trasformazione del lavoro industriale in Italia: 1969-1979*, «Sociologia del Lavoro», 10-11: 9-49.
- Cosmacini G. (2022), *Storia della medicina del lavoro da Bernardino Ramazzini a Salvatore Maugeri*, UTET, Milano.
- Devoto L. (1922), *Atti del V congresso nazionale di medicina del lavoro (Firenze 11-14 giugno 1922)*, Stabilimento Lito Tipografico M. Martini, Milano.
- Giordano B., Patucchi M. (2025), *Operaicidio, perché e per chi il lavoro uccide. Le storie, le responsabilità, le riforme*, Marlin, Cava de' Tirreni.
- Luzzi S. (2004), *Salute e sanità nell'Italia repubblicana*, Donzelli, Roma.
- Meda G. (1922), *Il benzolismo professionale*, «Il Lavoro», 13: 264-270.
- Petrini G. (1901), *Per un controllo operaio all'applicazione della legge sugli infortuni del lavoro nelle sue attinenze medico-legali*, Tipografia milanese, Milano.
- Petrini G. (1902), *La politica sanitaria del partito socialista*, «Il Socialismo», 25 luglio: 164-167.
- Riva M.A., Mazzagatti R. a cura di (2024), *Il Lavoro nel sistema globale della salute*, Carocci, Roma.
- Rizzetti G. (1873), *Notizie statistiche sul lavoro nei principali stabilimenti industriali di Torino, considerato sotto il rapporto della salute degli operai, Raccolte dal civico Ufficio d'igiene a tenore della circolare del Ministero degli Interni del 1 Ottobre 1872*, Tipografia Eredi Botta, Roma.
- Tognetti Bordogna M. (1992), *I servizi alla persona e la problematica dello stress negli operatori socioassistenziali: il possibile contributo della sociologia della salute*, «Sociologia del Lavoro», 44: 230-244.
- Tognetti Bordogna M. (1998, 2013), *Lineamenti di Politica Sociale*, FrancoAngeli, Milano.
- Tognetti Bordogna M. (2008), "Salute e ambiente, il contributo della sociologia della salute", in Nuvolati G., Tognetti Bordogna G., a cura di, *Salute, ambiente e qualità della vita nel contesto urbano*, FrancoAngeli, Milano, pp. 30-44.
- Tognetti Bordogna M. (2019), *Nuovi scenari di salute*, FrancoAngeli, Milano.
- Tognetti Bordogna M., Greco S. (2015), "Milano: percorsi della sociologia della salute e della medicina nell'area milanese dagli anni '70 agli anni '90", in

Ingrosso M., a cura di, *La salute per tutti. Un'indagine sulle origini della sociologia della salute in Italia*, FrancoAngeli, Milano, pp.57-66.
Volante G. (2012), *Condizioni igieniche e sanitarie del Sempione*, Lampi di stampa, Milano.

9. Who wants to live forever? *Immortalità, Ozempic e altre medicalizzazioni*

di Antonio Maturo

Introduzione

Questo contributo si colloca in un volume che celebra i 20 anni della Sezione di Sociologia della Salute e della Medicina. Ho sempre fatto parte della sezione, sin dalla sua nascita. Fui anche eletto nel 2005 nel primo Direttivo della sezione, guidato da Giovanna Vicarelli, e mi trovai a collaborare con docenti e colleghi che non conoscevo: un'esperienza certamente formativa. Visto che in fondo questo volume parla della sezione, mi prendo la libertà di raccontare anche una parte autobiografica, ovviamente si tratta di aspetti legati alla sezione, non parlerò quindi dei miei amori giovanili.

Fu proprio nella sezione, in uno dei primi convegni, che un collega senior mi disse: “Ma perché sei interessato alla medicalizzazione? È un tema ormai superato: se ne parlava nella sociologia degli anni Settanta”. Essendo stato abituato alle gerarchie, lì per lì non fui in grado di ribattere. Ma dopo pochi minuti pensai cosa avrei dovuto rispondere: “Anche le diseguaglianze di salute si studiavano negli anni Settanta, ma non per questo bisogna accantonarle”. *Esprit d'escalier*.

Confesso che per me la medicalizzazione è croce e delizia. È probabilmente la tematica che più mi ha appassionato nei miei anni dentro la sociologia della salute e credo di averla raccontata e descritta in modo chiaro e, spero, intrigante a vari pubblici. Sono infatti abbastanza bravo a divulgare concetti, meno a crearne di nuovi. Per parlare della medicalizzazione devo fare un passo indietro nel tempo. Da molto giovane mi appassionai di semiotica, sebbene in modo dilettesco. Diedi infatti Semiotica “fuori facoltà”, facevo Scienze Politiche, con Umberto Eco e Giampaolo Proni, al Dams/Filosofia, nel 1990, all'Università di Bologna. Anni scoppiettanti. Feci poi la tesi con Costantino Cipolla sugli aspetti comunicativi in Bateson e Habermas. Tanto tempo fa, quando ero da poco un ricercatore di sociologia della

salute, una sera, prima di addormentarmi, pensai che il fenomeno della medicalizzazione potesse in effetti essere letto come l'istituzione di un discorso medico sulla realtà, e quindi come la produzione, anzi la costruzione sociale, di una realtà fondata sullo sguardo medico. Vedere la medicalizzazione come codice e linguaggio permette di cogliere le conseguenze dell'espansione della medicina nella vita quotidiana. Ecco allora, ad esempio, che le categorie psichiatriche contenute nel *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders*, lette in modalità semiotica, diventano dei sistemi di segni che istituiscono porzioni di realtà patologiche attraverso dispositivi inferenziali (se x sintomi per y settimane allora depressione) all'opera in ogni fenomeno comunicativo. Mi sembrò quindi di avere trovato un'ovvia e inaspettata continuità con il mio primo amore disciplinare (dunque, in effetti, qui parlo proprio di amori giovanili).

Ecco, appunto, a proposito di "discipline", la mattina successiva, appena dopo il caffè, mi venne in mente che una cosa del genere la aveva già detta un tal Michel Foucault e quindi la "mia" scoperta forse non era proprio innovativa, o comunque qualcuno ci aveva già scritto con un certo successo (evidentemente avevo pensato una cosa che avevo letto e poi avevo creduto di averla inventata io, tipica abitudine dei docenti universitari). La cosa, comunque, non mi amareggiò più di tanto. Anzi, la vidi come la conferma di un ragionamento giusto.

Ora, si sarà capito che con la medicalizzazione mi diverto molto e questa è la parte "meraviglia". La croce, invece, è che da oltre un decennio, o forse due, laddove ci sia da scrivere un testo divulgativo collettaneo, sempre mi capita di essere "quello della medicalizzazione". E quindi ho scritto molto sul tema, ma, confesso, con frequenti cadute di autoplagio (e certe volte in disaccordo con il me stesso del passato – ma su questo sto lavorando con la mia psicologa).

Di qui il mio tentativo, in questo volume, di approcciare alcune tematiche vagamente più innovative, per me almeno, e spero anche per chi legge. La mia proposta è di guardare a quattro ambiti di medicalizzazione relativamente nuovi. Scrivo "relativamente" perché due in realtà sono piuttosto classici (invecchiamento e obesità) ma presentano negli ultimi anni elementi di novità. Dopo l'illustrazione di questi quattro casi, cerco di trarne delle implicazioni teoriche. In altri termini, mi domando se ci diano stimoli nuovi per la teoria della medicalizzazione. In sintesi, i casi di cui parlo sono l'invecchiamento (ma declinato in termini di longevity o addirittura di immortalità); l'obesità (con particolare riferimento all'Ozempic e a medicinali simili); i farmaci per alimentare comportamenti pro-sociali e "moralì"; i medicinali per accrescere o diminuire l'amore.

1. Longevity e medicalizzazione della vita (eterna)

Settembre 2025, Pechino, parata militare per la celebrazione dell'80° anniversario della fine della Seconda Guerra Mondiale. Il presidente russo Vladimir Putin cammina insieme al presidente cinese Xi Jinping verso il podio di Tienanmen. Un microfono acceso cattura una conversazione tra i due: parlano di immortalità. La traduttrice di Putin dice in cinese: «La biotecnologia si sta sviluppando, gli organi umani possono essere trapiantati incessantemente. Più a lungo si vive, più si diventa giovani, e si può persino raggiungere l'immortalità». A questo punto si sente Xi rispondere in cinese: «Alcuni prevedono che in questo secolo gli esseri umani potranno vivere fino a 150 anni. In passato le persone raramente arrivavano a 70 anni, ma oggi a 70 sei ancora un bambino»¹. Il dialogo ebbe ovviamente un'eco mediatica elevata, ci furono molte interviste a medici, parecchi interventi di filosofi/e e qualche podcast con persone solitamente piene di opinioni.

Tuttavia, la medicalizzazione dell'invecchiamento non è un tema nuovo. E neppure è una tematica semplice da definire, visto che comprende una serie di casi molto differenti tra loro che vanno dall'utilizzo del botox per sembrare più giovani al fatto che sempre più moriamo in ospedale piuttosto che a casa nostra. Qui però non dobbiamo fare una rassegna articolata dei campi in cui si articola questa area di studio. Lo scopo di questo contributo è mostrare aspetti innovativi legati alla medicalizzazione e questo ci semplifica le cose. Infatti, da questa prospettiva, la novità è l'enfasi sulla longevity a cui assistiamo in questi anni.

Inutile tentare di dare una chiara definizione di essa perché siamo soprattutto in ambito commerciale e giornalistico. L'obiettivo degli studi sulla longevity è quello di perseguire insieme all'allungamento della vita, anche l'accrescimento della qualità della vita. E ciò può essere fatto con modalità estremamente differenti tra loro, non limitate al miglioramento degli stili di vita, che invece era la cifra dell'healthism degli anni Ottanta. Gli investimenti più cospicui sono fatti nel campo del ringiovanimento cellulare, ovvero la biologia dell'invecchiamento.

In questo contesto, a livello epistemologico, è l'invecchiamento stesso che viene considerato come una patologia. Se noi riusciamo a rallentare l'invecchiamento allora impediamo o rallentiamo l'arrivo delle disabilità: è consequenziale. Si tratta di una coupure, una svolta, dirimente. La vecchiaia non

¹ Tratto da «la Repubblica» del 5 settembre, 2025: https://www.repubblica.it/tecnologia/2025/09/05/news/putin_xi_e_il_sogno_dell_immortalita_cosa_dice_la_scienza_non_corpi_eterni_ma_vite_piu_sane-424829184/

è più vista come un fenomeno naturale da accettare (sebbene si possa cercare di renderla serena e di qualità), bensì un processo che può essere neutralizzato, ridotto o persino riportato indietro. Addirittura, come abbiamo visto nel dialogo iniziale, qualcuno parla di immortalità, con la morte che da evento inevitabile e certo diviene un problema da risolvere. Oltre a Putin e Xi chi sono questi “qualcuno”? La risposta è abbastanza scontata: i ricchi, anzi, i super-ricchi. Jeff Bezos per studiare il ringiovanimento cellulare ha investito pesantemente in una start up chiamata Altos Labs; Google già nel 2013 aveva creato Calico Labs, che soprattutto si concentra sulle cure per il cancro e sulla biologia dell’invecchiamento; il miliardario inglese Jim Mellon finanziò la nascita di AgeX Therapeutics che si focalizza su telomeri e medicina rigenerativa; Elon Musk ha fondato Neuralink che lavora nel campo delle interfacce cervello/macchina per estendere la durata della vita (Wohns, 2025). Si stima che dal 2020 al 2030 il mercato globale della anti-ageing medicine passerà da un valore di 191,5 miliardi di dollari a 421 miliardi di dollari². Prendiamo adesso un esempio molto pertinente di ricerca della longevity. Abbiamo a che fare con un altro ricco, giusto per rimanere in famiglia.

Il tempo passa per tutti, ma a velocità differenti. Per qualcuno passa velocissimo, per altri più lentamente. Una persona addirittura vorrebbe fermarlo: il miliardario Bryan Johnson. Questo signore persegue un sogno piuttosto ambizioso: eliminare la morte, la sua specificatamente. La giornata-tipo di Johnson si può seguire su Netflix, nel documentario su di lui intitolato: *Don't die: l'uomo che vuole vivere per sempre*.

Johnson va a letto alle 20.30 e si sveglia intorno alle 5. L'ideale, dice lui, sarebbe dormire 8 ore e 34 minuti, ma a volte non ci riesce e ci sono delle oscillazioni. Lui la chiama sleep performance, che per altri potrebbe essere un controsenso, visto che la performance di solito ha a che fare con le prestazioni (in teoria uno dorme per prepararsi ad una performance, che di solito è una cosa faticosa). La mattina, quando si sveglia, beve un frullato, poi fa una trentina di esercizi in un'ora, compresa la stimolazione elettromagnetica ad alta frequenza che gli consente, dice sempre Johnson, di fare l'equivalente di 20 mila addominali in 30 minuti. Il pranzo, tipo insalata con patate dolci o barbabietole, è alle 11,30, poi niente più cibo fino al giorno dopo. La sua ricerca dell'immortalità è supervisionata da uno staff di 30 professionisti che gli costa 2 milioni di dollari l'anno. Dice di avere un numero di erezioni notturne elevato, ma dorme rigorosamente solo e fa pochissimo sesso. È

² Riportato da *PR Newswire* March 21, 2025: <https://www.prnewswire.com/news-releases/anti-aging-market-revenue-worth-421-4-billion-by-2030-ps-intelligence-301247104.html>

tuttavia contento delle erezioni perché sono un segno di buona salute. Fa anche cose poco comprensibili che hanno a che fare con elettrodi e altri dispositivi tecnologici, che comunque nel documentario fanno parecchia scena. Ha anche un suo sito nel quale viene riportata ogni cosa che ingerisce (oltre al poco cibo, un centinaio di pillole al giorno) e i suoi impressionanti biomarker aggiornati quotidianamente. Si possono inoltre comprare con un click decine dei prodotti che lui utilizza, ma non sono molto economici. Ad esempio, uno stock di antiossidanti, proteine e alcuni succhi per 397 dollari. La linea di prodotti è sua e si chiama come il suo progetto: *Blueprint/Longevity*. Del resto, se è un miliardario ci sarà una ragione. Ad ogni modo, dicono i suoi medici, la sua velocità di invecchiamento biologico è scesa allo 0,69, in pratica, Johnson invecchia 8 mesi all'anno. Per questo è ringiovanito di quasi 5 anni e mezzo, viene detto nel documentario. Dimostra in effetti meno dei suoi 47 anni e in fondo è un tipo simpatico. Nel documentario comincia dicendo: “So che molti di voi vorrebbero che dopo tutta questa fatica io uscissi di casa e venissi travolto da un tir”. Non è un caso che un tempo si dicesse: vivere da malati per morire sani.

Ecco, il tempo. Tutto nasce dalla distinzione tra età cronologica e età biologica. L'età cronologica è l'età anagrafica, ovvero il numero di anni in cui siamo “esistenti”: quello che c'è scritto sulla nostra carta di identità, insomma. L'età biologica (o fisiologica) è invece la nostra età “effettiva” e coincide con l'età delle nostre cellule. In pratica, ci sono persone che magari sono nate lo stesso giorno, e quindi hanno la stessa età cronologica, ma hanno differenti età biologiche. Cosa diversa invece è la “functional age”, che riguarda la capacità fisica di una persona di svolgere le attività quotidiane necessarie al mantenimento del proprio benessere. Quindi, nonostante tutti invecchino, nessuno invecchia allo stesso modo. A complicare le cose poi c'è il fatto che una stessa persona invecchia a diverse velocità lungo il corso della propria vita. Inoltre, dentro di noi, i nostri organi invecchiano, a loro volta, con velocità differenti tra loro. Ci sono quindi almeno tre tipi di invecchiamento.

Per misurare l'invecchiamento biologico, il biostatistico e biogerontologo Steve Horvath ha proposto la nozione di “orologio epigenetico”, basata sulla misurazione della metilazione del DNA (Horvath, 2013). In modo grossolano potremmo dire che l'espressione dei nostri geni cambia per effetto degli stili di vita e dell'ambiente e che l'orologio di Horvath misura questi cambiamenti (che possono avvenire però anche per altri motivi). Ad esempio, attraverso i biomarcatori di Horvath, si è scoperto che le persone depresse hanno spesso un'età biologica più alta di quella cronologica. Inoltre, sembra che nelle donne che hanno un'età biologica superiore di 5 anni a quella

cronologica la possibilità di avere un tumore al seno aumenti del 15%. L'età biologica è un predittore migliore per tutte le cause di morte rispetto all'età cronologica. Questa nuova forma di misurazione è divenuta la base per gran parte delle ricerche e degli interventi tesi al miglioramento della nostra "longevity". Ci sarebbe chiaramente molto da dire, epistemologicamente, sulla costruzione sociale dell'età biologica e sulle sue pretese di "verità" (Bronzini, 2021).

2. Il peso della medicalizzazione: obesità come malattia e Ozempic

La crescita dell'obesità è un problema di salute globale, non passa giorno che le statistiche ce lo ricordino. L'obesità è un fattore di rischio determinante per lo sviluppo di patologie come il diabete, l'ipertensione, le malattie cardiovascolari (ictus, infarto) nonché vari tipi di cancro. L'aumento dell'obesità nel mondo è dovuto a vari fattori: stili di vita e pratiche lavorative sedentarie, diminuzione dell'attività fisica, cibi ipercalorici e marketing aggressivo da parte dell'industria alimentare (Maturò e Setiffi, 2016). Per i biologi un ruolo importante lo gioca anche il "gene risparmiatore". Nel corso dei millenni, infatti, l'evoluzione umana avrebbe premiato gli individui con un patrimonio genetico in grado di incamerare facilmente grassi per fare fronte alle carestie (un tempo frequenti). Oggi, tuttavia, questo vantaggio evolutivo, visto il mutamento "repentino" della vita sociale (rispetto a un arco di decine di migliaia di anni, è da qualche decennio che i lavori sono per lo più sedentari), è divenuto un fattore di svantaggio: selezionati dalla Natura per risparmiare grasso, veniamo condannati dalla Cultura ad averne in eccesso. Anche l'aumento della solitudine nella nostra società è correlato, tramite il mangiare "emozionale" e una vita isolata, all'obesità (Maturò, 2024). In Italia, le persone obese sono oltre l'11% della popolazione, mentre un altro 30% circa è in sovrappeso; l'obesità tra i giovani adulti (18-34 anni) negli ultimi due decenni è triplicata nelle donne e raddoppiata negli uomini³. Nelle regioni meridionali i tassi di obesità e sovrappeso sono decisamente più alti che al Nord.

Sovrappeso e obesità sono correlati allo status sociale. Più basso è lo status sociale e più cresce il peso. I motivi sono diversi. Il cibo sano è costoso, inoltre le persone con difficoltà economiche spesso non hanno tempo e possibilità di fare sport. Mangiare molto può essere gratificante e consolatorio

³ Si veda il resoconto predisposto da Italian Obesity Barometer e le pubblicazioni su <https://healthcityinstitute.com/presentati-i-dati-dellitalian-barometr-obesity-report-2024/>

in situazioni difficili. Tra le persone affluenti vi sono inoltre rappresentazioni sociali di benessere e di status che premiano la magrezza. Di qui lo stigma verso le persone obese e persino per quelle sovrappeso. Le persone obese sono viste come pigre, poco ambiziose, deboli di carattere (Puhl *et al.*, 2010). Questo ha prodotto, e produce, discriminazioni e stereotipi. Gli stereotipi funzionano socialmente perché riducono la complessità. È molto economico pensare per stereotipi, anzi gli stereotipi sono il contrario del pensiero e quindi permettono di riposare. Prendendo come esempio la società statunitense, un sillogismo discriminatorio basato sullo stigma e lo stereotipo potrebbe essere questo:

- visto che tra le donne afroamericane la percentuale di obese è alta,
- e considerato che l'obesità dipende dalla forza di volontà,
- ne deriva che le donne afroamericane sono pigre.

Alla base dello stigma sull'obesità, c'è la convinzione che il peso corporeo sia quindi una questione di scelta individuale. Non è casuale che lo stigma verso le persone obese sia considerato come moralmente accettabile in fondo: è certamente meno grave rispetto alla discriminazione fatta sulla base del colore della pelle (Puhl *et al.*, 2010). L'assunto è che una piccola dose di stigma e discriminazione possa servire come motivatore di cambiamento.

La medicalizzazione dell'obesità principalmente si attua attraverso la considerazione dell'obesità come patologia. Considerare l'obesità come una patologia immediatamente colloca questa condizione all'interno di un discorso medico fondato sulla biomedicina e quindi sui pilastri parametrici dell'indice di massa corporea e del consumo calorico. Le cause vengono cercate nella fisiologia individuale e quindi anche nella genetica. In questa cornice, l'enfasi è posta sulla terapia, che ovviamente non può che essere individuale e fondarsi sulla motivazione, con centralità della psicologia. Sebbene possa sembrare in contraddizione con quanto detto finora, considerare l'obesità come una malattia può, in un certo senso, "assolvere" il malato. Se il problema nasce a livello genetico, non vi è responsabilità della persona. Questo punto può agire come un fattore anti-stigmatizzazione.

Per contro, un discorso sociologico guarda ai determinanti sociali della salute, alle disuguaglianze sociali, al gruppo dei pari e al contesto socio-ambientale di vita. Come sappiamo molte evidenze sono, appunto, evidenze. Certamente, è difficile contestare che vi sia una correlazione tra status-socioeconomico e peso corporeo. Le disuguaglianze si incarnano sotto la pelle e, appunto, pesano. Quindi ovviamente la fisiologia conta (e anche la genetica), ma spesso è un effetto di qualcosa che sta a monte.

Oggi, a queste considerazioni, certamente non nuove, va aggiunto un fatto, o meglio un vero proprio fenomeno sociale, che è il successo del farmaco anti-obesità Ozempic.

Ora, è il caso di correggersi subito: l'Ozempic è noto per la sua capacità dimagrante, quindi serve a ridurre l'obesità, ma nasce per la cura del diabete 2 poi, serendipicamente, nel 2023, se ne scoprono i poteri, al limite del tauturgico per l'opinione pubblica, per l'obesità. Il successo è clamoroso e noto. In Italia, i costi del trattamento sono di 300-400 euro al mese. Viene utilizzato off-label perché per essere rimborsato deve essere prescritto per la cura del diabete. Quindi le persone che lo usano per dimagrire pagano di tasca propria (in alcuni casi quasi 5000 euro in un anno). Negli Stati Uniti, il trattamento mensile costa circa 1300 dollari. Come detto, l'Ozempic è oltre a tutto questo un fenomeno sociale. Se negli anni Ottanta si parlava di *Prozac Nation*, riferendosi al consumo di questo psicofarmaco negli Stati Uniti e ai suoi effetti sociali, oggi non sarebbe riduttivo parlare di *Ozempic World*.

L'Ozempic agisce come fattore iper-medicalizzante. Infatti, ancora di più, con l'Ozempic, l'obesità appare come una scelta individuale. Vi è quindi il rischio che la possibilità di dimagrire incrementi ulteriormente la stigmatizzazione di chi è sovrappeso o obeso. Ovviamente, visti i costi, la relazione con lo status socio-economico diviene ancora più consistente. Di conseguenza, potrebbero facilmente riemergere ideali sociali di elevata (ed eccessiva) magrezza, con i rischi tristemente conosciuti di sviluppare disturbi alimentari. Su vari siti e riviste di costume si leggono espressioni come la "Ozempic face" o lo "Ozempic butt" (fondoschiena) che indicano parti del corpo dimagrite in modo consistente in poco tempo.

Inoltre, nel campo della sociologia dei consumi è interessante notare come vi siano dei mutamenti nelle occasioni di incontro legate al consumo di cibo. Molti ristoratori di Manhattan lamentano diminuzioni di fatturato proprio per l'Ozempic. Non è un caso che il ristorante britannico, con tre stelle Michelin, *The Fat Duck*, proponga un "menù Ozempic" – porzioni ridotte del 20-30% ma "con lo stesso sapore e la stessa spettacolarità del menù normale", a detta dello chef Heston Blumental, come si legge in un articolo su *Vanity Fair* del 22 novembre 2025⁴.

Oltre al fenomeno Ozempic, va inoltre segnalato un altro evento di una certa rilevanza, anche perché è accaduto in Italia. Infatti, l'Italia è stato il primo paese al mondo a riconoscere legalmente l'obesità come malattia con la Legge Pella n. 741, in vigore dal 1° ottobre 2025. Si tratta di una misura

⁴ <https://www.vanityfair.it/article/menu-ozempic-italia>

su cui si potranno fare considerazioni sociologiche appena avrà dispiegato i suoi effetti.

3. Pillole per diventare buoni e spray per dimenticare amori sbagliati

Oltre che da aspetti psicosociali, l'amore è profondamente influenzato da processi chimici che avvengono nel nostro cervello. Il neurobiologo Larry Young scriveva nel 2009 che l'amore romantico può essere definito «come una proprietà emergente di un cocktail di neuropeptidi e neurotrasmettitori» (p. 148). Di conseguenza, aggiungeva, presto ci saranno farmaci che «manipoleranno i nostri sistemi cerebrali a piacimento, per aumentare o diminuire il nostro amore per qualcuno» (*ibid.*). In effetti, sebbene non perfetti, questi farmaci cominciano a essere potenzialmente disponibili (Ocwenna, 2023). Certo non sono farmaci “per l'amore” in senso stretto, ma medicinali (spray nasali) a base di ossitocina che aumentano la socialità e l'attaccamento affettivo delle persone, così come è possibile agire attraverso dei farmaci per aumentare il desiderio sessuale e anche il senso di attaccamento.

Agire sui sentimenti equivale a una medicalizzazione dell'amore. I tre transumanisti Brian Earp, Anders Sandberg e Julian Savulescu da anni si interrogano sui pro e sui contro di questa sempre più vicina possibilità (Earp, Anders e Savulescu, 2012; 2015). L'amore dunque, per i tre transumanisti, non sarebbe una questione di cuore, ma di cervello. I tre si pongono due domande. La prima è se sia eticamente accettabile accrescere l'amore che una persona prova per un'altra attraverso la biomedicina.

I tre convengono che promuovere e sostenere l'amore all'interno di una coppia può assolvere a un'importante funzione nell'ambito della salute. Ci sono molte evidenze epidemiologiche che le persone in coppia abbiano una salute migliore delle persone separate. Tra le persone sole ci sono più depressione, obesità e dipendenze rispetto a quelle che troviamo tra le persone con un rapporto stabile e duraturo. Sembra quindi che si possa sostenere che sia eticamente preferibile la stabilità affettiva piuttosto che l'incertezza, almeno secondo la prospettiva della qualità della vita e della sua lunghezza.

Ma, del resto, le persone sposate che vanno dallo psicologo non stanno già medicalizzando l'amore? Per non parlare della terapia di coppia. Perché non potremmo prendere dei farmaci per ottenere lo stesso effetto? Collegata a questo, proseguono i tre, c'è la critica dell'inautenticità. Infatti, c'è l'idea che questi farmaci creino un “falso sé” diverso da ciò (o da chi) saremmo altrimenti, al “naturale”. Il problema è che ogni cosa ci cambia. Probabilmente anche una cena sontuosa col nostro partner e delle coccole innescano

la secrezione di ossitocina. Perché, dicono i tre transumanisti, una produzione endogena di ossitocina dovrebbe essere accettabile, mentre l'ossitocina indotta da un farmaco dovrebbe essere vista come artificiale e quindi di minor valore etico? E poi il dibattito sull'autenticità è capzioso: se noi facciamo dei progetti ma le nostre capacità sono troppo limitate, o sono indebolite per qualche motivo, perché non possiamo potenziarci? I nostri progetti fanno parte della nostra autenticità, si potrebbe sostenere.

Si tratta come è evidente di domande retoriche, che celano una precisa argomentazione a favore dell'utilizzo di questi potenziali farmaci (sempre che così si possano definire).

Earp, Anders e Savulescu si pongono inoltre una seconda domanda, come anticipato. Ci sono dei casi in cui è eticamente auspicabile agire sull'amore per diminuirlo?

E qui la loro argomentazione è principalmente sostenuta da esempi di donne maltrattate dal partner che nonostante tutto "lo amano". In questo caso, sarebbe auspicabile diminuire il loro amore per aiutarle a liberarsene. Altri casi sono gli amori non corrisposti che danno luogo a pensieri suicidi. Oppure gli amori per personaggi *cult*, inarrivabili, amori impossibili quindi.

Ora, queste interessanti speculazioni, da parte sociologica debbono essere tenute in considerazione, tuttavia, non è propriamente compito della sociologia analizzare la dimensione etica. La sociologia deve analizzare gli effetti sociali di un fenomeno. Al limite, può soffermarsi sugli aspetti legati alla giustizia sociale.

Abbiamo parlato di amore, vediamo ora un altro tipo di intervento biomedico di tipo farmaceutico che ha promosso un dibattito piuttosto acceso nella bioetica. Si tratta della pillola "che fa diventare più buoni"⁵.

Da molti anni sono disponibili farmaci che agiscono sull'umore e quindi sui comportamenti. In tempi recenti, tuttavia, ci si è accorti che alcune delle molecole che compongono alcuni di questi farmaci rendono le persone più aperte nei confronti degli altri e quindi più generose e disposte ad atteggiamenti e scelte pro-sociali. In sintesi, le persone con questi farmaci diventano "più morali". Questi farmaci principalmente agiscono sulla produzione di serotonina o di ossitocina. Oltre ai farmaci, questi comportamenti possono essere incoraggiati da modificazioni genetiche e da stimolazione magnetica transcranica (Galletti, 2022).

Alla base dell'interesse di alcuni bioetici (sì, sono ancora i transumanisti...), vi è un assunto piuttosto drastico. Premesso che il mondo sia dominato

⁵ Riprendo il titolo del volume di Matteo Galletti (2022).

da malvagità, cinismo e spietatezza⁶: «le prospettive per eliminare il male sono destinate a essere disilluse se si fa affidamento a mezzi tradizionali come l'educazione e la socializzazione. Quello che serve è l'alterazione della natura *biologica* umana» (Galletti, 2022, p. 38). Solo attraverso il potenziamento morale su larga scala appare possibile modificare il corso della Storia.

La critica tradizionale al potenziamento, nel caso del miglioramento morale non sembra avere presa. Infatti, si dice che se le persone normali si potenziano (diventano più intelligenti coi farmaci cognitivi, ad esempio) allora chi non si potenzia soffre di un deficit e scende nella scala della normalità scivolando verso il patologico. Chi si potenzia acquisisce un vantaggio immeritato sugli altri e contribuisce inoltre a legittimare la tendenza alla competitività a discapito di altre modalità di relazione. Questo invece non sembra il caso del potenziamento morale: «l'esistenza nelle future società di individui che hanno motivi più morali grazie a interventi genetici o farmacologici non potrà che beneficiare il resto della popolazione» (Galletti, 2022, p. 39). In altri termini, l'aumento del numero di persone buone (o drogate, a seconda dei punti di vista) non lederebbe tutte le altre persone che presentano solo un tasso medio di bontà.

Gli esperimenti mentali dei transumanisti appaiono spesso eclatanti nei loro possibili effetti sociali. La bioetica fornisce alla sociologia delle occasioni molto intriganti per allenare e (sic) potenziare i suoi concetti. Attraverso la tecnica del *What if...* siamo invitati a raccogliere le nostre competenze e applicarle a possibilità non distanti dalla realtà attuale. Dobbiamo quindi trasporre casi bioetici da laboratorio in contesti sociali fatti di corpi e vari livelli di complessità, sebbene la dimensione della giustizia sociale appaia meno intrigante dal lato speculativo essendo composta da vari elementi, talvolta incommensurabili e difficili da modellizzare. Ma la partita va giocata. (anche se certamente i bioetici usano i miglioratori cognitivi e quindi sono dopati).

4. Medicalizzazione: né con te né senza di te

Questa breve cronaca delle nuove medicalizzazioni è stata condotta con intenti descrittivi e divulgativi, ma forse si può tentare qualche generalizzazione teorica. Per questo propongo di giocare un po' con questi nostri concetti, senza preoccuparci di arrivare a grandi scoperte. Con le parole si

⁶ Sarà l'effetto Blue Monday, ma oggi 19 gennaio 2026 mi sento piuttosto in linea con questa premessa.

possono *fare* le cose giuste senza necessariamente *dire* la verità – come racconta qualche filosofo analitico. I tre giochini che seguono contengono incongruenze e scorrettezze retoriche, ma spero che il carattere celebrativo e festoso di questo volume mi permetta qualche forzatura. Solitamente, a ogni festa c'è qualcuno che ha bevuto un po' troppo e fa qualche gaffe, ma questo, come ci ha insegnato Goffman, rafforza la coesione del gruppo, pardon, della Sezione.

Ben prima di ChatGPT ho subito la vertigine delle liste e dei punti-elenco quindi procederò così.

- *Medicalizzazione senza patologizzazione.* Un aspetto che sembra emergere, almeno nel caso dei trattamenti contro l'invecchiamento e nei medicinali per il potenziamento morale e per/contro l'amore, è una forma di medicalizzazione senza patologizzazione. O forse potremmo parlare di farmacologizzazione senza medicalizzazione (ma questo dipende da come si definisce la medicalizzazione). Difficile infatti pensare alla crisi amorosa come patologia, sebbene in effetti si potrebbe discutere dell'innamoramento "patologico". Anche l'aderenza a stili di vita estremamente sani e l'assunzione ossessiva di integratori per rincorrere l'eterna giovinezza, possono essere visti come medicalizzazione senza patologizzazione – a meno che non si consideri l'intera esistenza come una patologia, ma Bryan Johnson non mi sembra un tipo così speculativo. Probabilmente, Conrad direbbe che abbiamo invece a che fare con la healthization piuttosto che con medicalizzazione, ma a mio avviso questo primo termine è piuttosto sfumato e quindi non molto preciso. Interessante anche la repressione sessuale a scopo migliorativo. Qui potremmo parlare di una forma di azione terapeutica attraverso l'astinenza. Lo scopo è collegato alla salute (vivere di più) ma non vi è patologia.
- *Farmacologizzazione senza medicalizzazione.* Una costante dei nuovi casi di medicalizzazione è la onnipresenza di medicinali: Ozempic, farmaci per il potenziamento morale, ossitocina per accrescere o diminuire l'amore, integratori e pillole varie per vivere tantissimo. Nel caso della "pillola per l'amore", se assumiamo una definizione ristretta di medicalizzazione come *disease mongering*, allora, come detto sopra, non vi è patologia e neppure una nuova malattia. E a essere pignoli neppure il linguaggio è propriamente medico, c'è biologizzazione – che è il presupposto di tanti fenomeni di medicalizzazione – ma ci si arresta alla soglia della medicalizzazione.
- *Ottimizzazione senza medicalizzazione.* A seconda del punto di osservazione, e ancora assumendo un'accezione ristretta di

medicalizzazione (retoricamente un'azione scorretta), possiamo notare che tutti gli esempi, almeno in alcuni aspetti, si collocano maggiormente nel campo del potenziamento della normalità che in quello della cura di una nuova patologia. È vero che l'obesità per la medicina è una patologia, ma l'Ozempic, è dimostrato, viene assunto anche per motivi estetici da molte persone e quindi per migliorare l'apparenza. Senza scomodare Ivan Illich, questa modalità di assunzione di farmaci potrebbe dare vita a patologie iatrogeniche. E certamente il potenziamento morale, lo dice proprio l'espressione, è distante da qualsiasi campo semantico legato ad aspetti patologici.

Potrà sembrare contraddittorio, del resto parliamo di nuove medicalizzazioni, ma parte della forza di un concetto consiste anche nel farci individuare un fenomeno, seppure possano esserci nuovi concetti più pertinenti e precisi per analizzarlo. Quindi, proprio quando vogliamo decretare la morte della medicalizzazione ci rendiamo conto della sua fertilità. Proprio quando capiamo quanto sia impreciso questo concetto, ci rendiamo conto della sua capacità generativa di altri subconcetti. Vogliamo liberarcene ma non possiamo farne a meno. Ci vorrebbe una pillola...

Riferimenti bibliografici

- Bronzini M. (2021), *Scientific research, clinical practice, and societal concerns on aging processes. The challenges of biological age*, «Rassegna Italiana di Sociologia», 62, 2: 293-316.
- Earp B.D., Sandberg A., Savulescu J. (2012), *Natural selection, childrearing, and the ethics of marriage (and divorce): Building a case for the neuroenhancement of human relationships*, «Philosophy & Technology», 25, 4: 561-587.
- Earp B.D., Sandberg A., Savulescu J. (2015), *The medicalization of love*, «Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics», 24, 3: 323-336.
- Galletti M. (2022), *La pillola per diventare buoni*, Fandango, Roma.
- Horvath S. (2013), *DNA methylation age of human tissues and cell types*, «Genome Biology», 14, 10: R115.
- Jimenez D. (2021), *Billionaires are betting on anti-ageing research, but can ageing really be cured?*, «Pharmaceutical Technology». September 16. Testo disponibile al sito: <https://www.pharmaceutical-technology.com/features/billionaires-anti-ageing-research/?cf-view>
- Maturo A. (2024), *Il primo libro di sociologia della salute*, Einaudi, Torino.
- Maturo A., Setiffi F. (2016), *The Gamification of Risk: How Health Apps Foster Self-Confidence and Why this Is not Enough*, «Health, Risk & Society», 17, 7-8: 477-494.
- Okwenna C. (2023), *Love and romantic relationship in the domain of medicine Medicine*, «Health Care and Philosophy», 26: 111-118.

- Puhl R.M., Heuer C.A. (2010), *Obesity stigma: important considerations for public health*, «American Journal of Public Health», 100, 6: 1019-1028.
- Williams S.J., Martin P., Gabe J. (2011), *The pharmaceuticalisation of society? A framework for analysis*, «Sociology of Health & Illness», 33, 5: 710-725.
- Wohns N. (2025), *Should age be treated?*, «AMA Journal of Ethics», 27, 12: E825-827.
- Young L.J (2009), *Love: Neuroscience reveals all*, «Nature», 457, 7226: 148.

10. Corsi di vita e stili d'invecchiamento

di Guido Giarelli

1. Perché l'invecchiamento non è la vecchiaia

L'emergere di un nuovo campo di studi è spesso il risultato del superamento di consolidati stereotipi sociali che, nel momento in cui venga meno la loro funzione "economica" di rappresentazioni sintetiche della realtà, di semplificazione della complessità del mondo (Tajfel, 1981), cominciano a disgregarsi per lasciare il posto al bisogno di problematizzazione, di tematizzazione di ambiti della realtà in precedenza dati per scontati. È così che emergono nuovi campi di studi, nuovi concetti e nuovi paradigmi per reinterpretare in maniera più adeguata tali ambiti di realtà (Kuhn, 1962).

È il caso del concetto di "invecchiamento", a lungo identificato con quello di "vecchiaia": uno stereotipo duro a morire anche fra i sociologi se, come affermano Higgs e colleghi (2010, p. 187), «current academic concern with aging have tended to focus on the 'problem of old age'». In realtà, è importante distinguere i due concetti, in quanto attengono a due fenomeni diversi: che potremmo identificare l'uno con una specifica età della vita ("vecchiaia") e l'altro, l'"invecchiamento", con un "processo multifattoriale complesso" (Ferrara *et al.*, 2005, p. 57). È altresì vero che la vecchiaia rappresenta il culmine di tale processo, ma non è sempre stato così.

La "costruzione sociale della vecchiaia" (Gilleard, 2023) è il processo attraverso il quale ogni società crea e modella questa età della vita, sia a livello culturale in termini di percezione e di atteggiamenti prevalenti, sia a livello sociale relativamente alla posizione e allo status di cui essa gode nella struttura sociale. Alla base e a fondamento di tale costruzione vi è la struttura demografica di una società: ecco perché nelle piccole società comunitarie di caccia e raccolta, orticole e pastorali nomadi, in cui solo una piccolissima frazione della popolazione sopravviveva oltre i trent'anni, la vecchiaia semplicemente non esisteva come problema sociale. Per i pochi la cui longevità

era eccezionalmente maggiore, la società riservava ruoli di tipo politico-giuridico, di responsabilità decisionale collettiva, come nel sistema di classi d'età tipico delle popolazioni pastorali nomadi (Jacobs, 1965); oppure di tipo sacro, come la figura del Mugwe, profeta e divinatore, fra i Meru del Kenya (Bernardi, 1959).

Nelle grandi civiltà agricole africane, mediorientali, asiatiche e precolombiane, grazie alla residenzialità e alla maggiore disponibilità di risorse, una parte di esse era generalmente destinata di diritto, in virtù delle leggi e dei costumi, agli anziani, assieme alle vedove, agli orfani e ai malati (Victor, 1987, pp. 71-86). Anche perché erano spesso gli anziani ad esercitare ruoli specializzati di tipo politico-giuridico, religioso e curativo in queste società stratificate, nelle quali l'aspettativa di vita, specie della classe dominante, risultava significativamente più elevata rispetto al resto della popolazione spesso decimata da guerre, epidemie, lavori gravosi e carestie.

L'esistenza di queste oligarchie gerontocratiche dominanti nelle società agrarie è probabilmente all'origine del mito di una sorta di "età dell'oro" degli anziani nelle società preindustriali, che in realtà non è mai esistita. Quel che invece è certo è la decadenza dell'anziano nelle società industriali, nelle quali i processi di meccanizzazione della produzione, di urbanizzazione e di modernizzazione culturale, alterando profondamente l'organizzazione sociale tradizionale fondata sulla famiglia estesa, hanno comportato anche una significativa perdita di ruolo e di status degli anziani che ne erano a capo (Quadagno, 1982). Al contempo, dato l'esponenziale contemporaneo aumento dell'aspettativa di vita nel corso degli ultimi due secoli, si è generato il problema dell'anziano come gruppo sociale significativo, della "condizione anziana" (Breveglieri, 2003) quale questione sociale e specifica età della vita prima non considerata in quanto tale. È così che sorge il welfare state con il suo sistema di servizi e di risorse destinato agli anziani, a cominciare dalla pensione quale specifico diritto del lavoratore e, poi, anche del cittadino non in grado di lavorare.

Nelle società tardoindustriali attuali, caratterizzate dalla rivoluzione digitale, una nuova fase nella costruzione sociale della vecchiaia si va delineando, caratterizzata da una ulteriormente accresciuta longevità e dal fenomeno dei "baby boomers" (Leach *et al.*, 2008): ovvero, della generazione nata nel secondo dopoguerra che oggi ha raggiunto l'età anziana con un livello generalizzato di salute senza precedenti, tale da rimettere in discussione la concezione convenzionale di vecchiaia come periodo di decadenza bollata

come “ageismo”¹. Se da una parte ciò ne ha fatto il target principale dell’industria dell’*anti-ageing*, pronta a sfruttare commercialmente con creme, palestre, centri di benessere e chirurgia estetica (Cesareo e Giarelli, 2007), dall’altra ha rappresentato l’occasione per ripensare non soltanto la vecchiaia quale età della vita, ma anche l’invecchiamento stesso come processo multifattoriale i cui meccanismi complessi restano ancora in buona parte inesplorati.

2. Dalla sociologia dell’invecchiamento alla gerontologia sociale

Se cerchiamo ora di ricostruire l’evoluzione della riflessione sociologica applicata al processo d’invecchiamento, non possiamo che rivolgerci al contesto accademico anglofono, data l’estrema scarsità di contributi in ambito italiano². Quando emerge l’invecchiamento come nuovo problema sociale e la vecchiaia come “fardello” per la società (Victor, 1987, pp. 30-34) la prima teorizzazione sociologica ad affermarsi a partire dagli anni ’60 all’Università di Chicago è la teoria del ‘disimpegno’ (*disengagement*) di Cumming e Henry (1961), che cerca di spiegare la necessità del ‘ritiro sociale’ dell’anziano come qualcosa di inevitabile e socialmente necessario in quanto dovuta alla progressiva diminuzione della capacità funzionale fisica e psichica dovuta all’età. Il ritiro dal contesto lavorativo e dalle interazioni sociali che questo comporta costituisce quindi una sorta di ‘preparazione’ all’ultimo ed estremo atto di disimpegno dalla vita stessa che l’individuo dovrà prima o poi affrontare. Il ‘disimpegno’ comporta dunque una triplice perdita per il soggetto: di ruolo (lavorativo, familiare), una conseguente restrizione dei contatti e delle interazioni sociali, e un ridotto impegno verso i costumi e i valori sociali. La matrice struttural-funzionalistica (Parsons, 1942) appare evidente nella assunzione del sacrificio dell’individuo a tutto vantaggio del sistema sociale, per consentire alle giovani generazioni di subentrare nei ruoli lavorativi e sociali lasciati liberi dagli anziani. Il ‘disimpegno’ costituirebbe quindi un meccanismo sociale di trasferimento ordinato del potere da una generazione all’altra; e una condizione necessaria per una vecchiaia liberata dallo stress della produttività e della competizione; nonché per una ordinata continuità e un equilibrio della società. La pretesa di costituire una teoria normativa universale senza tener conto della variabilità soggettiva e interculturale, nonché la carenza di dati empirici sufficienti a supportarne la

¹ In realtà, il significato originale di ageismo è quella di una forma di discriminazione in base all’età, qualunque essa sia.

² Fra le poche eccezioni, si veda l’antologia curata da Danilo Giori (1984).

validità possono spiegare la precoce perdita di credibilità di questa teoria (Achenbaum e Bengston, 1994).

Una risposta antitetica al problema sociale dell'invecchiamento è quella offerta dalla teoria "dell'attività" di Havighurst (1963), coeva alla precedente. Nella consapevolezza che la teoria del "disimpegno" non ha prestato sufficiente attenzione alle strategie di sostituzione e compensazione che gli anziani mettono in atto per controbilanciare la perdita di ruoli sociali (rispondendosi se vedovi, facendo altre attività di natura volontaria, dedicandosi a qualche hobby, ecc.), la teoria dell'attività ha contestato la reale natura funzionale in quanto socialmente adattiva del ritiro dell'anziano. Al contrario, il venir meno di lavoratori anziani esperti, sostituiti da giovani meno competenti, può costituire una perdita significativa di *expertise* per la società. Anche la presunta inevitabilità del declino psicofisico dell'anziano giustificata su basi biomediche è stata contestata in virtù degli sviluppi della gerontologia biologica. Ma, soprattutto, ad essere oggetto di critica è stata la principale conseguenza politica della teoria del "disimpegno": ovvero, la legittimazione di politiche sociali di segregazione fondate sull'età, sulla base di interventi di isolamento dell'anziano dal contesto sociale attraverso la sua istituzionalizzazione in case protette e residenze sanitarie assistite. Fisk (1986) sostiene che è grazie a tale teoria che i professionisti educativi, sociali e sanitari hanno potuto razionalizzare "scientificamente" i loro stereotipi negativi sugli anziani.

Sulla base delle precedenti critiche, la teoria "dell'attività" sostiene invece che un invecchiamento "di successo" implichi la preservazione, il più a lungo possibile, delle attitudini e delle attività della mezza età: la relazione tra individuo anziano e sistema sociale viene considerata infatti come stabile, dal momento che norme e valori non mutano nel passaggio dalla mezza età all'età anziana. Né è da darsi per scontato un presunto desiderio di disimpegno da parte dell'anziano, data la natura complessa e variegata del comportamento umano. L'invecchiamento viene sostanzialmente considerato, da questa prospettiva, come una continua lotta da parte del soggetto per rimanere di mezza età: ogni comportamento che andasse in una diversa direzione viene perciò ritenuto disadattivo. Le due assunzioni centrali della teoria "dell'attività" (Lemon *et al.*, 1972) consistono infatti nell'idea che una piena integrazione sociale e un alto coinvolgimento nelle reti sociali sono fortemente correlati ad alti livelli di stati d'animo e di soddisfazione per la vita; mentre la perdita di ruoli (pensionamento, vedovanza, ecc.) sono inversamente correlati ad essi.

Se molte delle ricerche successive hanno confermato empiricamente la validità di tali assunzioni radicate epistemologicamente nell'interazionismo simbolico (Blumer, 1969), il limite principale di questo approccio teorico

consiste in una omissione fondamentale: non prende in considerazione tutti coloro che perdono la battaglia per rimanere di mezza età, in quanto il presupposto dell'intrinseco valore positivo dell'attività non può valere per malati cronici e disabili. Anche se ciò non implica, come nel caso precedente, alcuna politica di segregazione dell'anziano dalla società: ma, anzi, la sua piena integrazione per quanto possibile.

La teoria "dell'attività" ha avuto comunque un duplice merito: da una parte, ha cominciato a spostare il focus dell'attenzione dalla vecchiaia all'"invecchiare bene" quale risultato desiderabile del processo d'invecchiamento; e, in secondo luogo e conseguentemente, ha costituito la base di riferimento per lo sviluppo di nuovi approcci teorici e applicativi a tale problema elaborati successivamente. Possiamo schematicamente distinguere tali approcci con Foster e Walker (2014, p. 84) sulla base dei due concetti fondamentali e delle aree geografiche in cui essi sono stati adottati: «the most prevalent terms employed over recent decades have been successful ageing in the United States and active ageing in Europe». I due concetti di "invecchiamento di successo" e di "invecchiamento attivo", spesso considerati intercambiabili e confusamente sovrapposti da molti autori, poggiano in realtà su differenti prospettive epistemologiche.

L'invecchiamento di successo (Butler, 1974; Rowe e Kahn, 1987) ha contribuito a superare l'idea diffusa che l'invecchiamento sia inevitabilmente legato alla malattia e a una serie inevitabile di perdite. Al contrario, i tre criteri fondamentali di questo approccio sono «low probability of disease and disease-related disability, high cognitive and physical functional capacity, and active engagement with life» (Foster e Walker, 2021, p. 3). Questa narrazione positiva dell'invecchiamento enfatizza la responsabilità personale del soggetto nell'invecchiare e rigetta l'aspettativa convenzionale di decadenza nella vecchiaia. Tuttavia, come sottolineano sempre Foster e Walker (2021, pp. 3-4), non è stato esente da critiche.

In primo luogo, dà priorità alle capacità fisiche e mentali rispetto agli aspetti sociali e comportamentali, puntando a un invecchiamento di successo secondo criteri spesso irraggiungibili per molti anziani. Soprattutto gli anziani più vecchi che non soddisfano questi rigorosi criteri possono presentare comunque ancora livelli considerevoli di benessere; e non possono essere etichettati come "non di successo" a causa di qualche disabilità o problema di salute. In secondo luogo, e di conseguenza, poiché l'invecchiamento di successo riguarda essenzialmente come gli anziani dovrebbero invecchiare, e non come le persone stesse ritengono di invecchiare con successo, c'è il rischio di una semplificazione normativa eccessiva, che riduce l'invecchiamento di successo a una prospettiva escludente e persino discriminatoria. In

terzo luogo, l'invecchiamento di successo è considerato un concetto individualistico che non tiene conto dell'interdipendenza tra *agency* e sistema sociale, di come i cambiamenti nella vita delle persone interagiscono con la loro posizione nella struttura sociale: presupponendo invece che, attraverso scelte e impegno individuali, le persone possano invecchiare automaticamente con successo e rimanere fisicamente e socialmente attive. Non riconoscendo l'impatto dei fattori strutturali (sia come facilitatori che come barriere) lungo tutto il corso della vita, questa prospettiva si presta a rafforzare i tentativi di limitare la responsabilità dello Stato negli interventi di welfare per affrontare le disuguaglianze sociali e strutturali, in linea con il presupposto neoliberista di esclusiva autonomia e responsabilità personale. Infine, concentrandosi principalmente sulla vecchiaia, questo approccio persegue sostanzialmente una valutazione statica dell'invecchiamento di successo, senza considerare una prospettiva che si estenda lungo tutto il suo corso della vita, i processi di sviluppo e le traiettorie di continuità e cambiamento nel tempo.

La teoria dell'“invecchiamento attivo” è una prospettiva alternativa, sviluppata a partire dagli anni '90, che mira a superare tutti questi limiti. Si basa sulla definizione più completa di “invecchiamento attivo” proposta dall'OMS (WHO, 2002, p. 12) come «the process of optimizing opportunities for health, participation and security in order to enhance quality of life as people age». Implica quindi una concezione di “attivo” non semplicemente riferita alle capacità fisiche e cognitive dell'individuo, ma anche alla partecipazione continuativa alle attività sociali, economiche, culturali, spirituali e civiche. Ciò sottende una visione che enfatizza l'autonomia e la partecipazione nella vecchiaia, piuttosto che la dipendenza e la passività, non solo in termini economici, ponendo l'accento su produttività e performance, ma in una prospettiva più olistica che includa attività e relazioni sociali. Inoltre, questo approccio rifiuta un'enfasi esclusiva sulle attività fisiche “giovanilistiche”, «an overflow of mid-life values» (Tornstam, 1992, p. 322), che potrebbe risultare discriminatoria per molte persone anziane affette da malattie croniche e/o disabilità, «but promotes the notion of being active as involving living by one's own rules rather than those 'normalized' by others» (Foster e Walker, 2021, p. 4).

In terzo luogo, il rischio che persino l'invecchiamento attivo possa trasformarsi in una strategia coercitiva è chiaro ai promotori di questa strategia, contribuendo «to the exclusion of the oldest-old, and those most vulnerable and dependent, who fail to meet inappropriate active ageing criteria» (Foster e Walker, 2021, p. 4). Per questo motivo, essi sottolineano la necessità di un coinvolgimento attivo delle persone anziane nella definizione del significato

di “invecchiamento attivo” nelle loro vite e nella “cittadinanza attiva” per la coproduzione delle politiche che li riguardano (Del Barrio *et al.*, 2018). Altrimenti, se l’invecchiamento attivo viene operazionalizzato in modo da enfatizzare solo la responsabilità personale, analogamente all’invecchiamento di successo, «it actually functions as a mere alibi for dismantling the welfare state and shifting risks and costs to the single individual» (Pfaller e Schweda, 2019, p. 47). L’eliminazione delle barriere strutturali legate all’età o alla dipendenza rimane un dovere fondamentale dello Stato sociale se si vuole che i gruppi particolarmente vulnerabili – coloro che soffrono di gravi limitazioni fisiche, mentali, sensoriali o marginalità sociale – non siano esclusi dall’invecchiamento attivo e che l’invecchiamento attivo non si riduca a «little more than empty rhetoric» (Clark e Warren, 2007, p. 466).

Tuttavia, se questa strategia non escludente potesse essere adeguatamente perseguita, dovrebbe evitare il classico modello paternalistico e standardizzato applicato nella maggior parte dei paesi industrializzati: e per farlo, dovrebbe basarsi sul principio del primato dell’*agency* (Boudiny, 2013, p. 1090-1093), che riconosce la capacità di una persona di agire e di fare le proprie scelte agendo di conseguenza anche in caso di malattia o disabilità. Ciò significa che persone diverse possono concepire e perseguire modalità alternative di invecchiamento attivo a seconda della loro soggettività.

Infine, una strategia comprensiva di invecchiamento attivo implica una prospettiva del corso della vita che riconosca che il percorso di una persona verso la vecchiaia non è predeterminato, ma dipende principalmente dalle esperienze di vita precedenti e dalla loro influenza: il processo di invecchiamento riguarda quindi le persone di tutte le età, non solo gli anziani. Riconoscere questa natura temporale dinamica dell’invecchiamento significa ammettere che i corsi di vita influenzano profondamente il processo di invecchiamento. Il che ci porta oltre la stessa sociologia dell’invecchiamento, per immergerci in quella che in ambito anglofono viene definita “*Social Gerontology*”, ovvero lo studio degli aspetti sociali dell’invecchiamento secondo una molteplicità di prospettive disciplinari che ne fanno un campo interdisciplinare che coinvolge diverse scienze sociali (sociologia, psicologia sociale, antropologia culturale, demografia, scienza della politica, economia), ma anche nursing, servizio sociale e sanità pubblica (Szatur-Jaworska, 2020, p. 108). Un campo di studio dunque estremamente ampio, che considera l’esperienza individuale di invecchiamento nelle sue intersezioni con le reti sociali di riferimento, le istituzioni pubbliche e private erogatrici di assistenza sociale e sanitaria, la costruzione sociale e culturale della vecchiaia, le politiche per l’invecchiamento sano e attivo, nonché le disuguaglianze di

salute e i fattori sociali su cui si fondano (classe sociale, età, genere, etnia, residenza).

3. Dal ciclo della vita ai corsi di vita

Una delle assunzioni fondamentali della gerontologia sociale consiste nell'osservazione del processo d'invecchiamento nel contesto dell'arco dell'intera vita umana dalla nascita alla morte. La sua osservazione ha rivelato una significativa evoluzione di tale processo dal punto di vista sociologico avvenuta nel corso dell'ultimo secolo nelle società tardoindustriali, sintetizzabile nel passaggio dal ciclo della vita ai corsi di vita.

Il concetto di "ciclo della vita" considera l'arco della vita umana come una progressione ordinata di fasi dall'infanzia alla vecchiaia costruita socialmente e governata dai ritmi biologici, nonché fondata sull'evoluzione psicologica individuale e sulle norme socioculturali del contesto sociale. La vita è qui concepita come una sequenza lineare unidirezionale irreversibile di fasi del ciclo ripetute dalle diverse generazioni (coorti) e composto da vari sottocicli intersecantesi: familiare, lavorativo, di autonomia/dipendenza sociale (Giori, 1984). I mutamenti nel ciclo della vita del soggetto secondo i diversi stadi sono ricorrenti e in sequenza costante: ogni individuo attraversa le stesse fasi del ciclo (salvo morte prematura) seguendo una sequenza che si ripete ad ogni generazione.

Nelle società tardoindustriali contemporanee si è assistito ad un progressivo processo di de-istituzionalizzazione e de-standardizzazione dei cicli della vita, sempre più elastici e individualizzati nel loro *timing* e nelle loro caratteristiche soggettive, che ha reso sempre più sfocati i confini tradizionali tra le fasi di vita e le loro diverse caratteristiche specifiche (Kohli, 1986).

È così che è emerso in ambito socio-gerontologico il concetto di 'corso di vita' per caratterizzare la crescente variabilità storica delle traiettorie di vita individuali in assenza di cicli della vita uniformi, nonché la diversità dei periodi di transizione tra le fasi della vita (Green, 2017, p. 22). Rispetto al 'ciclo della vita' quale categoria normativa, esso consente di render conto del variegato *range* di opzioni individuali nel modellare i propri destini individuali, dal momento che considera la concreta sequenza di esperienze che ciascun individuo attraversa dalla nascita alla morte. Certamente, scelte e azioni individuali non sono poi da ritenersi pura espressione della libertà soggettiva, ma vanno considerate nello specifico contesto socioculturale di riferimento da cui risultano condizionate, insieme alle modificazioni psicofisiche proprie degli organismi umani.

Anche le diverse fasi dei corsi di vita sono da considerarsi individualizzate, dal momento che, mentre gli stadi del ciclo di vita sono irreversibili, uniformi e predefiniti, le sequenze del corso di vita possono essere diverse e contestualmente situate, oltre che almeno parzialmente reversibili (educazione permanente, università della terza età, matrimoni tra anziani, famiglie ricostruite, rientri al lavoro dopo una maternità, ecc.) in quanto esperienze umane dalla nascita alla morte condizionate da processi biologici, trasformazioni psichiche e contesti socioculturali. Il risultato è un intreccio di modellamenti oggettivi delle vite individuali (ruoli) e di percezioni e identità soggettive (“mappe mentali” dei corsi di vita) che ben delinea la doppia natura del concetto di “corso di vita”: come costruzione sociale (norme) e come modellamento delle vite e delle personalità individuali nei processi di socializzazione (Guillame, Lalive d’Epinay e Thomsin, 2005).

Le teorie del corso di vita, consentendo di cogliere la soggettivizzazione delle traiettorie esperienziali individuali pur nel condizionamento dei fattori biologici e sociali, nonché i vantaggi/svantaggi cumulativi che esitano poi in una determinata condizione di vecchiaia, restano probabilmente l’approccio più promettente per il futuro della ricerca socio-gerontologica se praticato in équipe di ricerca interdisciplinari operanti con un’ottica multidimensionale per cercare di dipanare la complessità del fenomeno dell’invecchiamento. E il fulcro per l’analisi della pluralizzazione dei corsi di vita, se mettiamo in discussione la nozione statica di “stadi naturali della vita” (Kohli, 1986), sono gli stili di vita.

4. Dagli stili di vita agli stili d’invecchiamento

Se le dimensioni oggettive del corso di vita sono il risultato del potere condizionante della struttura sociale, le dimensioni soggettive sono invece l’espressione del potere di *agency* del soggetto. L’interazione tra queste due componenti oggettiva e soggettiva dei corsi di vita, tra struttura e *agency* è all’origine degli stili di vita (Cockerham, 2005). Il concetto di stile di vita è stato discusso nella teoria sociologica classica a partire da Max Weber (1922), il quale definiva già tali due componenti degli stili di vita come “scelte di vita” (*agency*) e “*chance* di vita” (la probabilità strutturale di realizzare le proprie scelte). Il contributo di Weber alla teoria degli stili di vita è quindi fondamentale e molto attuale: in particolare lo è la sua visione «of the dialectical interplay of choice and chance in lifestyle determination», cosicché «it can be said that individuals have a range of freedom, yet not complete freedom, in choosing a lifestyle, that is they have the freedom to

choose within the social constraints that apply to their situation in life» (Cockerham, 2017, p. 1).

Anche il contributo di Bourdieu con il concetto di “habitus” (Bourdieu, 1979) costituisce un altro contributo rilevante alla teoria degli stili di vita, in quanto indica il repertorio di disposizioni all’azione che guida le scelte comportamentali quale complesso di atteggiamenti risultanti sia dal processo di socializzazione nel contesto sociale di appartenenza sia dall’esperienza di vita del soggetto (Cockerham, 2017, pp. 2-3).

Più recentemente, Willian Cockerham (2005; 2017) ha formulato la sua “*health lifestyle theory*”, che definisce gli stili di vita in relazione alla salute come «collective patterns of health-related behavior based on choices from options available to people according to their life chances» (2005, p. 55). Nel modello di Cockerham, le scelte di vita operate dal soggetto nell’ambito del range di *chance* di vita disponibili costituiscono l’*habitus*, la serie di disposizioni cognitive all’azione che producono le pratiche e azioni di diverso tipo (uso di alcol, fumo, abitudini alimentari, esercizio fisico, ecc.) relative alla salute. Gli stili di vita sono quindi il risultato di questa catena causale culminante in pratiche più o meno salutari, che possono riprodurre o modificare l’*habitus* attraverso i feedback che gli rimandano.

Come Cockerham e colleghi (2020, p. 34) fanno notare, mentre vi è un numero crescente di ricerche che esaminano gli stili di vita in relazione alla salute per l’infanzia, l’adolescenza e i giovani adulti, pochi sono gli studi relativi a adulti di mezza età e anziani. Quello da essi condotto sugli stili di vita relativi alla salute degli adulti ultra50enni statunitensi sulla base dell’analisi dei dati rilevati da una survey nazionale longitudinale realizzata dal US Bureau of Statistics è uno di questi: l’obiettivo era di valutare i fattori predittivi strutturali dei diversi stili di vita ed esplorare le loro relazioni con patologie croniche precedentemente diagnosticate e lo stato di salute fisica in corso. I risultati hanno confermato una solida relazione tra variabili strutturali e, in particolare, la classe sociale (stato socioeconomico), il genere, la razza/etnia e gli stili di vita salutari, già osservata in studi precedenti. Tuttavia, ciò che emerge è che l’insorgere di una malattia grave o cronica in età adulta risulta costituire un’eccezione in grado di modificare *habitus* e stile di vita verso pratiche maggiormente salutari. Ciò solleva seri dubbi sulla totale determinazione degli stili di vita da parte delle variabili strutturali: esse potranno anche giocare un ruolo importante nel definire chi è in grado di cambiare stile di vita e chi no, grazie, ad esempio, al capitale umano e alle risorse culturali disponibili, ma anziché *determinare* totalmente potranno soltanto *condizionare* il cambiamento dello stile di vita. Il che significa che vi è

maggior spazio per l'*agency* dei soggetti, sia pure a sua volta condizionata dai fattori biologici e psicologici.

Per cercare di ovviare a questi rischi di determinismo della teoria elaborata da Cockerham, il modello proposto dallo scrivente (Giarelli, 2026, p. 15), relativo a quelli che preferisco definire “stili di invecchiamento” per evidenziare maggiormente la focalizzazione su tale processo anziché sulla salute in generale, si fonda sulla dualità ontologica persona-sistema sociale costitutiva dell'ambivalenza sociologica della realtà (Merton 1976; Hillcoat-Nallétamby e Phillips, 2011). Una dualità che implica che la persona non è semplicemente una marionetta del sistema sociale e che la sua *agency* non è determinata, ma solo *condizionata* da esso. Pertanto, variabili come età, genere, etnia e stato civile, che erano incluse tra le variabili strutturali nel modello di Cockerham, ritengo siano invece da considerarsi quali componenti dell'*agency* come parte dell'identità sociale personale, insieme alla salute fisica e mentale, che non erano incluse in tale modello. Inoltre, la socializzazione e l'esperienza di vita non credo siano da ritenersi il risultato esclusivo delle variabili strutturali come Cockerham afferma, ma della relazione ambivalente tra persona e sistema sociale: se da un lato, il sistema sociale fornisce infatti il complesso di *chance* e vincoli a disposizione del soggetto, dall'altro questi, attraverso la propria consapevolezza riflessiva (Bashkar, 1998; Archer, 2003), è in grado di esercitare la propria *agency* in termini di iterazione (abitudine), proiettività (immaginazione) e valutazione pratica (giudizio) (Emirbayer e Mische, 1998). Anziché poi considerare la struttura sociale come composta da circostanze di classe, collettività e condizioni di vita come nel modello di Cockerham, preferisco utilizzare i concetti proposti da Bourdieu (1986) per indicare la dotazione di capitale di una persona come causa/effetto della sua posizione nella struttura sociale in termini di capitale economico (denaro e proprietà), capitale sociale (reti), capitale culturale (istruzione) e capitale simbolico (status sociale e prestigio). Infine, le pratiche e le azioni che costituiscono gli stili d'invecchiamento quali conseguenze dell'*habitus* sono necessariamente più ampie della classica quadriade di consumo di alcol, fumo, dieta ed esercizio fisico indicato da Cockerham, poiché gli stili invecchiamento includono anche il lavoro volontario o retribuito, la partecipazione alla vita comunitaria, la cura della famiglia, i consumi culturali e l'utilizzo dei servizi sanitari e sociali. Inoltre, tali pratiche e azioni possono retroagire sulla dotazione di capitali a disposizione della persona, potenzialmente cumulando vantaggi o svantaggi (Dannefer, 2003). Da questo punto di vista, un approccio intersezionale (Kapilashrami *et al.*, 2015) volto a identificare le disuguaglianze sociali di salute, specie se connesse a forme di ageismo, sessismo e razzismo, sin qui scarsamente praticato in ambito

gerontologico (Holman e Walker, 2021, p. 240), potrebbe invece costituire un valido strumento per comprendere meglio il nesso fra forme di disuguaglianze e tipi di discriminazione.

Il modello teorico così proposto può costituire un quadro di riferimento per l'analisi della pluralità di stili d'invecchiamento e delle disuguaglianze che caratterizzano i corsi di vita delle società tardoindustriali, contribuendo a sviluppare il nuovo campo interdisciplinare emergente (almeno per il contesto italiano) della gerontologia sociale.

Riferimenti bibliografici

- Achenbaum W.A., Bengtson W.L. (1994), *Re-engaging the disengagement theory of aging: On the history and assessment of theory development in Gerontology*, «The Gerontologist», 34: 756-763.
- Archer M.S. (2003), *Structure, Agency and the Internal Conversation*, Cambridge University Press, Cambridge (UK).
- Bernardi B. (1959), *The Mugwe. A Failing Prophet*, Oxford University Press, Oxford (trad. it.: *Il Mugwe un profeta che scompare. Studio su un dignitario religioso dei Meru nel Kenya*, FrancoAngeli, Milano, 1983).
- Bhaskar R. (1998), *The Possibility of Naturalism* (3rd ed.), Routledge, London.
- Blumer H.G. (1969), *Symbolic Interactionism: Perspective and Method*, Prentice Hall, Englewood Cliffs (NJ).
- Boudiny K. (2013), 'Active ageing': *From empty rhetoric to effective policy tool*, «Ageing & Society», 33, 6: 1077-1098.
- Bourdieu P. (1979), *La Distinction. Critique sociale du judgement*, Éditions de Minuit Paris (trad. it.: *La distinzione. Critica sociale del gusto*, il Mulino, Bologna, 2001).
- Bourdieu P. (1986), "The forms of capital", in Richardson J., ed., *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*, Greenwood, New York, pp. 241-258 (trad. it., *Forme di capitale*, Armando, Roma, 2015).
- Breveglieri L. (2003), *Sociologia della condizione anziana*, FrancoAngeli, Milano.
- Butler R. (1974), *Successful ageing and the role of the life review*, «Journal of the American Geriatrics Society», 22, 12: 529-535.
- Cesareo V., Giarelli G. (2007), *Centralità della persona e trasformazioni della salute nel tempo della globalizzazione*, «Studi di Sociologia», XLV, 2: 147-156.
- Clark A., Warren L. (2007), *Hopes, fears and expectations about the future: What do older people's stories tell us about active ageing?*, «Ageing & Society», 27, 4: 465-488.
- Cockerham W.C. (2005), *Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure*, «Journal of Health and Social Behavior», 46, 1: 51-67.
- Cockerham W.C. (2017), "Health lifestyle theory", in Turner B.S., ed., *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Social Theory*, John Wiley & Sons, Hoboken (NJ), pp. 1-3.

- Cockerham W.C., Wolfe J.D., Bauldry S. (2020), *Health lifestyles in late middle age*, *Research on Ageing*, 42, 1: 34-46.
- Cumming E., Henry W.E. (1961), *Growing Old: The Process of Disengagement*, Basic Books, New York.
- Dannefer D. (2003), *Cumulative advantage/disadvantage and the life course: cross-fertilizing age and social science theory*, «*The Journal of Gerontology*», Series B, 58: S327-S337.
- Del Barrio E., Marsillas S., Buffel T., Smetcoren A.-S., Sancho M. (2018), *From active aging to active citizenship: the role of (age) friendliness*, «*Social Sciences*», 7, 8: 134.
- Emirbayer M., Mische A. (1998), *What is agency?*, «*American Journal of Sociology*», 103: 962-1023.
- Ferrara N., Corbi G., Scarpa D. et al. (2005), *Teorie dell'invecchiamento*, «*Giornale di Gerontologia*», 53: 57-74.
- Fisk M.J. (1986), *Independence and the Elderly*, Routledge, London.
- Foster L., Walker A. (2014), "Active and successful aging: A European policy perspective", «*The Gerontologist*», 55, 1: 83-90.
- Foster L., Walker A. (2021), "Active ageing across the life course: Towards a comprehensive approach to prevention", *BioMed Research International*, Feb 3: 6650414.
- Giarelli G. (2026), *Intergenerational fairness and ageing styles in Europe: A life-course approach*, «*Social Sciences*», 15, 2:1-23.
- Gilleard C. (2023), *Revisiting the social construction of old age*, «*Ageing & Society*», 45, 3: 1-14.
- Giori D., a cura di (1984), *Vecchiaia e società*, il Mulino, Bologna.
- Green L. (2017), *Understanding the Life Course: Sociological and Psychological Perspectives* (2nd ed.), Polity Press, Cambridge.
- Guillame J.-F., Lalive d'Épinay C., Thomsin L., eds. (2005), *Parcours de vie: regards coisés sur la construction des biographies contemporaines*, Les Éditions de l'Université de Liège, Liège.
- Havighurst R. (1963), "Successful aging", in Williams R.H., Tibbitts C., Donahoe W., eds., *Process of Aging*, Vol. 1, University of Chicago Press, Chicago, pp. 311-315.
- Higgs P., Nazroo J., Fillit H.M. (2010), *Social Gerontology*, in Rockwood K., Woodhouse K., eds., *Brocklehurst's Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology*, Elsevier, Amsterdam, pp. 187-192.
- Hillcoat-Nallétamby S., Phillips J.E. (2011), *Sociological ambivalence revisited*, «*Sociology*», 45: 202-217.
- Holman D., Walker A. (2021), *Understanding unequal ageing: towards a synthesis of intersectionality and life course analyses*, «*European Journal of Ageing*», 18: 239-255.
- Jacobs A.H. (1965), *The Traditional Political Organization of the Pastoral Masai*, Oxford University Press, Oxford.
- Kapilashrami A., Hill S., Meer N. (2015), *What can health inequalities researchers learn from an intersectionality perspective? Understanding social dynamics with an inter-categorical approach?*, «*Social Theory and Health*», 13: 288-307.

- Kohli M. (1986), *The world we forgot: a historical review of life course*, in Marshall V., ed., *Later Life. The Social Psychology of Ageing*, Sage, London, pp. 271-303.
- Kuhn T. (1962), *The Structure of Scientific Revolutions*. Chicago University Press, Chicago (trad. it.: *La struttura delle rivoluzioni scientifiche. Come mutano le idee della scienza*, Einaudi, Torino, 1979).
- Leach R., Phillipson C, Biggs S., Money A. (2008), *Sociological perspectives on the baby boomers: an exploration of social change*, «Quality in Ageing: Policy, Practice and Research», 9, 4: 19-26.
- Lemon B.W., Bengston V.L., Peterson J.A. (1972), *Activity types and life satisfaction in a retirement community*, «Journal of Gerontology», 27, 4: 511-523.
- Merton R.K. (1976), *Sociological ambivalence and other essays*, Simon and Schuster, New York.
- Parsons T. (1942), *Age and sex in the social structure of the United States*, «American Sociological Review», 7: 604-616.
- Pfaller L., Schweda M. (2019), *Excluded from the good life? An ethical approach to conceptions of active ageing*, «Social Inclusion», 7, 3: 44-53.
- Quadagno J. (1982), *Aging in Early Industrial Society*, Academic Press, New York.
- Rowe J.W., Kahn R.I. (1987), *Human aging: usual and successful*, «Science», 237, 4811: 143-149.
- Szatur-Jaworska B. (2020), “The life course perspective in social gerontology”, in Luszczńska M., ed., *Researching Ageing. Methodological Challenges and their Empirical Background*, Routledge, London and New York, pp.108-117.
- Tajfel H. (1981), *Human Groups and Social Categories. Studies in Social Psychology*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Tornstam L. (1992), *The quo vadis of gerontology: on the scientific paradigm of gerontology*”, «The Gerontologist», 32, 3: 318-326.
- Victor C. (1987), *Old Age in Modern Society: A Textbook of Social Gerontology*, Chapman and Hall, London and New York.
- Weber M. (1922), *Wirtschaft und Gesellschaft*, Mohr, Tübingen (trad. it.: *Economia e Società*, 2 vol., Edizioni di Comunità, Milano, 1995).
- WHO (2002), *Active Ageing: A Policy Framework*, World Health Organization, Geneva. Testo disponibile al sito: <https://iris.who.int/handle/10665/67215>

11. Salute mentale: Tre storie tra buone pratiche e criticità sistemiche¹

di Luigi Gariglio

Questa nota si colloca in una fase di profonda crisi delle politiche sanitarie, segnata da criticità strutturali: persistente managerializzazione (Neri, 2022), sottofinanziamento, invecchiamento demografico, assetto ospedalocentrico e debole integrazione territoriale². Le condizioni già precarie del territorio e della salute di comunità in generale, documentate subito dopo la pandemia da Clemente e colleghe/i (2022), rischiano di aggravarsi ulteriormente a riguardo della salute mentale (ma anche delle neurotipicità) in ragione di due recenti interventi normativi che riguardano specificamente la salute mentale.

Il primo è il Piano di Azione Nazionale per la Salute Mentale 2025-2030 (PANSM), che rappresenta un cambio di rotta rispetto alla politica di “salute mentale di comunità” mantenuta per quasi cinquant’anni (cfr. Mezzina e Sashidharan, in pubblicazione). Il secondo è il disegno di legge Zaffini (D.L. 1179/2024), che mostra un orientamento securitario focalizzato sul controllo piuttosto che sulla risposta ai bisogni degli utenti, dei loro familiari e delle comunità di appartenenza³.

¹ Per approfondimenti di natura analitica e di ordine metodologico sui temi cui qui si accenna si rimanda a “*Uno strumento analitico per la salute mentale in Italia. Tra ‘modello clinico’ e ‘modello critico’*” (Gariglio, 2026a) in cui si contrappongono i due modelli ideali in merito a cinque dimensioni che attengono alla concezione: i) della “malattia”; ii) della salute; iii) del paziente; iv) della territorialità e v) della libertà (in relazione al controllo sociale coercitivo). Si ringraziano lo psichiatra Marco Mezzina, già collaboratore di Basaglia e direttore del Dipartimento salute mentale di Trieste, la psicoterapeuta Patrizia Santinon, Mario Cardano, Michele Miravalle, Luca Negrognolo, Federica Nota e Luca Ceraolo.

² Si vedano anche le criticità di implementazione e le controversie seguite all’introduzione delle ‘Case di comunità’ previste dal D.M. 77/2022 (cfr. Clemente *et al.*, 2022; Ingrosso, 2023).

³ Due punti particolarmente controversi attengono i) alla regolamentazione – e quindi istituzionalizzazione e legittimazione – della contenzione meccanica, finora ritenuta *extra legem*

Il capitolo si sviluppa come segue: il primo paragrafo accenna alla legge 180 – come noto, confluita lo stesso anno nella legge 883 – e il suo contesto storico; il paragrafo successivo presenta tre storie esemplari – quelle di Fulvia, Karim e Rocco – che illustrano in forma narrativa altrettante criticità sistemiche rilevanti; infine, le conclusioni sintetizzano i nodi problematici emersi e tracciano prospettive.

1. Dopo la legge 180, cosiddetta “legge Basaglia”

Nel 1978 l’entrata in vigore della legge 180 dispose la chiusura dei manicomi (non di quelli criminali)⁴, la fine dell’internamento *sine die* – previsti dalla precedente legge manicomiale del 1904 – l’introduzione del Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) della durata massima di sette giorni e l’istituzione di nuovi reparti ospedalieri, i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) collocati negli ospedali generali ma in un quadro dove i trattamenti dovrebbero essere di norma extraospedalieri⁵.

Le resistenze della psichiatria clinica mainstream rispetto alla “rivoluzione psichiatrica” hanno prodotto il paradosso delle “applicazioni minimaliste della legge 180” (Negrognò, 2026). La regionalizzazione e l’aziendalizzazione avvenute negli anni Novanta hanno riprodotto una logica ospedalocentrica che rischia di riprodurre dinamiche neo-manicomiali, medicalizzazione e pratiche coercitive normalizzate, neo-istituzionalizzazione (Tarantino, 2024) e trans-istituzionalizzazione tra i reparti, il territorio e le altre istituzioni totali: le Residenze per l’Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS), il carcere e i Centri di Permanenza per i Rimpatri (C.P.R.), tra tutte. Inoltre, in questo quadro si diffonde una crescente mercificazione della sofferenza psichica, dando impulso a risposte private non sempre adeguate ai bisogni delle persone e troppo esose per i più.

(Daly, 2024); ii) al raddoppio della durata del Trattamento sanitario obbligatorio (TSO) da 7 a 15 giorni.

⁴ Si veda l’etnografia di un Ospedale Psichiatrico Giudiziario (OPG) (Gariglio, 2017).

⁵ Il Rapporto Salute Mentale pubblicato nel 2024 (su dati 2023) dal Ministero della Salute – cui si rimanda (<https://www.salute.gov.it/new/it/scheda-statistica/rapporto-salute-mentale/>) – offre alcuni dati di sfondo (che sottostimano il fenomeno in ragione della mancanza dei dati di alcune aree del Paese). I dati includono la numerosità degli utenti psichiatrici assistiti dai servizi specialistici nel corso del 2023 che ammonta a 854.040 persone; la prevalenza della popolazione femminile (54,5%); l’invecchiamento della popolazione: le persone al di sopra dei 45 anni superano un terzo della popolazione in carico (67,3%). Nel 2023 i pazienti che sono entrati in contatto per la prima volta durante l’anno (utenti al primo contatto) con i Dipartimenti di Salute Mentale ammontano a 273.172.

Già prima della legge 180, a partire dai tempi della riforma, si sono sviluppate in Italia esperienze territoriali esemplari (Pulino, 2016) che chiamo ‘modello critico’. Tuttavia, il modello egemone di presa in carico diffusosi in Italia è quello che ho chiamato ‘clinico’ – ospedalocentrico e incentrato soprattutto sulla psicofarmacologizzazione della sofferenza e sulla cura in reparti chiusi in cui è contemplata – e spesso usata o addirittura valorizzata come terapeutica (cfr. Gariglio, 2021) – la contenzione. Si tratta di un modello che prevede un concetto di territorialità quanto meno diminuito – insufficientemente finanziato – caratterizzato dalla centralità del “repartino” chiamato a gestire le sofferenze propriamente psichiche, ma anche i casi cosiddetti impropri (cfr. Cardano e Gariglio, 2020).

In sintonia con quanto accade in altre specialità mediche, le liste di attesa per le visite ambulatoriali sono molto lunghe. Le cure primarie e il Pronto Soccorso (o il Dipartimento di Emergenza e Accoglienza - DEA) svolgono una funzione centrale in questo tipo di assistenza. I medici di famiglia gestiscono come possono il malessere degli adulti anche rilasciando ricette di psicofarmaci, suggerendo percorsi psicoterapici privati o inviando ai Centri di salute mentale (CSM) del territorio (o alla neuropsichiatria infantile), spesso non attrezzati per rispondere in tempi certi. Il Pronto Soccorso affronta le urgenze e le emergenze, ma è anche sempre più chiamato a far fronte al malessere “non in carico ai servizi”. Essendo sempre aperto, svolge anche la funzione di punto di accesso in contesti in cui i Centri di salute mentale sono aperti solo in settimana e con orari ridotti e faticano ad accogliere nuovi pazienti. Il Pronto Soccorso è anche il punto di accesso al cosiddetto “repartino” (SPDC) cui non è facile accedere neanche nei casi di un malessere estremo, di difficile gestione altrove; ciò satura i letti disponibili⁶. Il SPDC gestisce l’accesso al reparto in base alla diagnosi della persona, alla disponibilità di letti e soprattutto a criteri di urgenza, in un lavoro senza sosta, sfianante, che impatta sulla vita e sulla salute – anche mentale – dei curanti stessi. Nel modello clinico il SPDC gestisce soprattutto le emergenze; *in primis* i pazienti ricoverati in TSO – e negli ultimi anni anche le persone in attesa di un posto in una REMS e i minori che non trovano allocazione nei pochi posti disponibili nei reparti di Neuropsichiatria. In reparto, chi cura

⁶ Una nota di carattere controfattuale è quella che illustra il caso Trieste dove vi è un reparto con soli sei posti letto, spesso vuoti e con ricoveri di uno o due notti al massimo; il numero di TSO molto inferiore alla media nazionale era il frutto di un territorio che collaborava e di servizi territoriali capaci di rispondere un po’ meglio ai bisogni, anche grazie alla presenza di Centri di salute mentale aperti giorno e notte. Oggi il SPDC di Trieste è dotato di 8 posti letto e l’aumento dei TSO segnala la presenza di una qualche maggiore criticità rispetto alla precedente gestione e/o al mutare del contesto.

(nel significato di *cure*) cerca di fare diagnosi e prova a impostare una terapia farmacologica, a osservare il paziente chiuso in reparto e provvedere agli aggiustamenti della terapia che si rendono necessari; in taluni contesti ospedalieri ci sono anche progetti riabilitativi ed esperienze innovative che prendono forma nei reparti con il coinvolgimento di operatori esterni, del terzo settore e del volontariato cercando di far fronte, per come possibile in condizione di libertà limitata, alla presa in carico (*care*) e all’accompagnamento nel processo del *recovery di cittadinanza*⁷ tipico del *modello critico* di matrice basagliana. In un sistema siffatto, però, il “repartino” ha soprattutto il ruolo di “centrale di smistamento dei casi” per chi è prossimo alle dimissioni, per il quale i medici del reparto hanno trovato accoglienza nella residenzialità diffusa. Il circuito trans-istituzionale tipico mostra la sequenza – osservata ripetutamente da chi scrive – di ricovero in SPDC, invio in Clinica per un mese (perché oltre il mese, la retta non è più rimborsata dal SSN) a cui segue o l’invio in Comunità terapeutica per un periodo utile al progetto riabilitativo – che può durare per anni (neo-istituzionalizzazione) –, o a altre forme di domiciliarità (ad esempio, comunità alloggio), o al domicilio della persona in cura. Poi ci sono le altre destinazioni: REMS, carcere e CPR per chi da quelle *istituzioni totali* proveniva e per chi verso di esse è in transito.

Le persone senza fissa dimora e i migranti senza documenti potrebbero essere messi nella condizione di “scappare”, o essere dimessi con l’invio (garantito per una notte) al dormitorio, cioè, di fatto, sulla strada.

2. Fulvia, Karim e Rocco: tre storie come tante altre

I tre sottoparagrafi che seguono riportano alcune storie perturbanti ed emblematiche – in un certo senso estreme, ma non strane, ahimè tutt’affatto rare – composte secondo la logica della *scrittura creativa fondata sul materiale empirico*⁸ (Gariglio, 2024; 2025; Gariglio e Harper, 2025). Sono racconti che

⁷ Il modello del *Recovery di cittadinanza (Recovery Citizenship)* prevede il coinvolgimento pieno della comunità, dei servizi sociali e psichiatrici e degli utenti nella presa in carico delle persone lungo tutto il corso della loro vita in *recovery* in ragione dei loro bisogni (cfr. Rowe, 2015; Gariglio, 2026b). Ho vissuto in prima persona l’accoglienza e la filosofia che innerva la proposta di Micheal Rowe, Laurie Davidson e Chyrell Bellamy del PRCC di Yale (cfr. Bellamy, Schmutte e Davidson, 2007) quando, in qualità di Visiting Professor del Dipartimento di Psichiatria, ho sentito il supporto e la vicinanza che mi accompagna ancora in risposta alla diagnosi di carcinoma maligno ricevuta durante il periodo di *visiting* (cfr. Gariglio, 2026b).

⁸ Il materiale empirico prodotto durante i più di dieci anni di *lavoro sul campo* e di *lavoro sulla memoria* di matrice autoetnografica (Gariglio, 2015) si compone di più di 2.600 ore di

combinano storie “reali” illustrando, come fossero idealtipi narrativi, quanto osservato nel corso degli anni ma incardinando la narrazione sulla combinazione delle note enografiche, delle interviste e dei racconti incontrati nell’ultimo anno di ricerca, dopo la sentenza della Corte Costituzionale che ha modificato le forme di applicazione del TSO⁹.

2.1 Fulvia e il delicato filo invisibile della cura delle minorenni¹⁰

Fulvia ha quindici anni, un padre tedesco e una madre italiana. Da qualche tempo non si riconosce più allo specchio: vede grasso dove non c’è, solo difetti. È alta, atletica, va bene a scuola, ha amici. Ma non si riconosce più. Salta la merenda, riduce le porzioni, dice di aver già mangiato, si chiude in camera. I genitori non notano nulla. Il professore di italiano sì: la vede dimagrire sotto i suoi occhi, contare ossessivamente le calorie, saltare cappuccino e brioche. La pediatra, dopo una visita finita in lacrime, invia Fulvia in neuropsichiatria infantile. Quarantadue chili per un metro e sessantacinque. “Disturbo alimentare abbastanza grave, forse dovrà essere ricoverata”, dice ai genitori. Fulvia sente e si chiude ancora di più.

Alla prima visita li accoglie Chiara, una dottoressa specializzanda in neuropsichiatria di ventotto anni, in uno stanzino minuscolo; Fulvia resta muta. Prima di uscire, la dottoressa le dice: “Mi stai simpatica, e hai un giubbotto fichissimo”. La ragazza trattiene un sorriso. La settimana dopo è meno tesa ma più magra. Chiara la conquista facendole un complimento sulle unghie, parlando principalmente con lei e tenendo la madre sullo sfondo; chiede a Fulvia un consiglio su dove sia meglio andare a farsele fare. “Dalla prossima volta parliamo noi due”, le risponde. La ragazza replica: “Ok”, mentre esce senza salutare.

All’appuntamento successivo la specializzanda propone a Fulvia il day hospital (DH), ma poi – visto il rifiuto netto e gli sguardi della madre – suggerisce di provare il passaggio diretto al territorio. Nell’attesa del posto

osservazione, tra OPG e 29 SPDC, e di molte visite in alcuni servizi territoriali. A ciò si somma un totale di più di cento interviste discorsive registrate e video registrate, decine di documenti, migliaia di immagini e centinaia di spezzoni video; vedi l’Appendice in Gariglio (2026a).

⁹ La sentenza della Corte Costituzionale n. 76, depositata alla fine di maggio 2025, stabilisce per gli utenti sottoposti a una proposta di TSO il diritto di ricevere la comunicazione del provvedimento che dispone il TSO e il diritto di essere ascoltati dal giudice prima della convalida; esperienze recenti di ricerca hanno permesso di evidenziare le difficoltà pratiche della gestione in remoto dell’audizione e le strategie per farvi fronte.

¹⁰ Cfr. Minetto e Gariglio, 2024.

continua a seguirla in DH, ma sempre da sola; Fulvia non vuole stare con “quelle malate”. Al momento dell’invio alla collega del territorio dice a Fulvia mentre la abbraccia: “Non sarà facile, ma ce la puoi fare. È stata la mia mentore. Ti fidi?”. La manda dalla neuropsichiatra Bianchi, responsabile delle cure territoriali delle persone con disturbi alimentari. “Tutto quello che ho imparato, l’ho appreso da lei” le dice. La neuropsichiatra costruisce attorno a Fulvia un percorso multidisciplinare: prima appuntamenti ravvicinati in neuropsichiatria poi, dopo qualche settimana, aggiunge la psicoterapia; da subito anche la dietologa, la dietista e la ginecologa, per affrontare i problemi di natura organica che l’anoressia provoca in chi si astiene dal cibo. “Siamo una squadra. E tu sei al centro”, dice la psicoterapeuta a Fulvia per farla sentire più al sicuro.

Per due anni Fulvia migliora lentamente. Il peso sale, molto lentamente, i pensieri restano instabili ma la situazione nel complesso pare seguire un trend di miglioramento che lascia ben sperare. All’*équipe* viene poi aggiunta una educatrice: Barbara. Barbara diventata il riferimento della ragazza. Fulvia torna a uscire, tra alti e bassi. La rete pare reggere: WhatsApp, progetti, qualche festa. All’incontro di fine progetto del laboratorio di cinema racconta la sua esperienza, davanti alle altre ragazze, agli operatori e ai genitori. I genitori piangono: rivedono la figlia che temevano di aver perso per sempre.

Un giorno, durante il colloquio con la neuropsichiatra Fulvia, finalmente mostrando un po’ di entusiasmo, le sussurra: “Dottoressa, non sa che figata, vado alla festa per il diciottesimo della mia *best friend*”. Bianchi diviene seria: “Devo dirti una cosa. Tra un po’ ti dovrò trasferire al CSM, ormai stai per diventare maggiorenne”. La ragazza: “No, non mi può fare questo, non può abbandonarmi”. “Devo essere sincera, Fulvia. Con gli adulti è diverso: meno tempo, meno risorse e più medicine. La psicoterapia dovranno pagarla i genitori se ci riescono. Ti servirà ancora la psicoterapia ma nessuno te la darà più; chissà, forse neanche l’educatrice”. Fulvia comincia ad agitarsi. “Non ti preoccupare”, dice la dottoressa.

La prima visita al CSM dura dieci minuti, tempo di copiare l’anamnesi, due domande di rito e fare la presa in carico del nuovo caso. “Ci vediamo tra un mese, Fulvia”, dice un dottore che pare annoiato. Fulvia esce e piange, si sente abbandonata e delusa, le sembra di essere stata presa in giro. Scrive alla psichiatra che le risponde con un tono più distante, come se da un giorno all’altro fosse diventata davvero adulta: “È normale, ha settanta pazienti. Fa già tanto così. Non mollare, mi raccomando”. Fulvia ha paura; ha paura dei farmaci che teme le vorranno prescrivere, dell’indifferenza, di perdere tutto quello in cui ha creduto e che le pareva di avere almeno un po’ riconquistato.

Quella di Fulvia è stata una storia che è iniziata con grande successo; la presa in carico in équipe e la costruzione di una relazione reciproca di fiducia hanno permesso a Fulvia di stare progressivamente meglio; insomma, una storia di successo, di servizi territoriali per minorenni efficienti, grazie anche all'estrema dedizione delle operatrici e ai budget meno scarni a disposizione.

Poi il sistema l'ha rifiutata, o così le è parso. Tutto di colpo è cambiato, da un giorno all'altro. Tutto è cambiato troppo bruscamente. E Fulvia non ha retto il colpo.

2.2 Karim e il gioco delle parole giuste per essere ascoltati

Karim è un giovane profugo afgano, senza documenti, ospite di una Comunità della Caritas. Ha perso la famiglia. Da tempo si sente spossato, ha attacchi di panico; va spesso al Pronto Soccorso; dove altro può andare? Da meno di una settimana è stato dimesso dal Pronto Soccorso con un appuntamento al servizio etnopsichiatrico prenotato per il mese successivo: “attacchi di panico” recita la lettera di dimissioni. Come se in cinque settimane per un profugo con una sofferenza psichica la vita scorresse tranquilla. Come se Karim potesse attendere indisturbato il suo turno.

Il giovedì pomeriggio successivo ritorna al Pronto Soccorso accusando un dolore al petto e la mancanza d'aria. Numero, sala d'attesa, *triage*: Codice verde. La sofferenza non sanguina. Le evidenti cicatrici sui polsi e sul collo sono derubricate a “pregresse condotte autolesive”. Altro numero, di nuovo in sala d'attesa; attende poco più di tre ore. Attende accovacciato a terra circondato da sguardi giudicanti. Ha perso il lavoro, la fidanzata lo ha mollato, si è chiuso in se stesso e non regge più la propria condizione. Lo psichiatra lo invita a tornare a casa e lui gli risponde di non averla una casa: “E dove dorme?”, chiede. “Alla Caritas”. Il dottore: “Torni là”.

La sera sta di nuovo male, ma il CSM è chiuso – non come quello di Trieste di cui gli aveva parlato un educatore. L'ultima volta che ci era stato, in dieci minuti avevano solo aumentato la terapia. “Abbia pazienza”, gli han detto. Tutti gli chiedono tempo, ma nessuno sembra aver tempo per lui, per ascoltarlo davvero. “Il tempo frammentato degli operatori erode il tempo della cura” denuncia una psichiatra con cui collaboro. La diagnosi per Karim è aggiornata in “disturbo d'ansia generalizzato con sintomatologia depressiva”. Karim ascolta e interiorizza lo stigma a cui quella diagnosi lo condanna.

Dopo ore l'altoparlante lo chiama. Davanti al medico decide di “lavorarsi il sistema” (*sensu* Goffman) fidandosi delle nozioni apprese in via informale sul come ottenere un po' di ascolto da un ragazzo magrebino incontrato in

ospedale. Non parla della solitudine o della paura. Dice solo: “Sto pensando di farla finita”. Il dottore gli domanda che cosa intenda dire. Karim ribatte trattenendo le emozioni: “Ho comprato la corda che ho messo in bagno; la doccia tiene”. Il medico chiama il reparto: “Ideazione suicidaria strutturata; preparate un letto medicalizzato¹¹”.

Gli propongono il ricovero. Karim non voleva questo: voleva essere ascoltato. Si allontana. Viene fermato, legato, sedato. Si sveglia in reparto. La richiesta di TSO è già stata firmata e inviata; lo psichiatra ha visto in videochiamata il giudice; il paziente dormiva; lo psichiatra ha mostrato il paziente al giudice e quest’ultimo ha detto che andava bene così; che si fidava della loro professionalità.

Karim si sveglia legato e in TSO. Una condizione che sono tenuti a comunicare al paziente; gliela comunicano; forse non capisce bene, nel dormiveglia. Dopo due giorni, una volta slegato, cerca di uscire e gli dicono che non può. Ripensa all’accaduto, guardando il soffitto, sdraiato nella stanza azzurrina. Pensa a quando si era recato in Pronto Soccorso, fiducioso, in cerca di ascolto. Qualcuno che chiedesse “come possiamo aiutarti?”, non solo “hai preso le medicine?”. Pensa a come sarebbe andato se fosse vissuto a Trieste e fosse andato in uno di quei centri sempre aperti. Pensa a quanto sia stato traumatico svegliarsi legato, in TSO, senza aver avuto nessuno che lo ascoltasse per davvero. Bluffare non ha funzionato. Chissà se la prossima volta cercherà ancora aiuto?

2.3 Rocco e il supplizio inspiegabile in attesa di REMS

Rocco è legato in SPDC da più di venti giorni. Ha avuto una lunga esperienza di internamento in OPG e ciò incute timore negli operatori. È legato in attesa di una REMS, ma non c’è posto. Nel frattempo resta in reparto, immobilizzato. Il giudice ha autorizzato: nessuno si prende la responsabilità di lasciar libero uno “che ha fatto una strage”, grande e grosso com’è. Rocco non capisce. Continua a dire che non ha fatto niente. All’inizio gridava. Gridava per ore, chiedendo di essere slegato, di sapere perché. “Non sto facendo niente”, ripeteva. Poi ha iniziato a supplicare, piangendo, di poter avere una mano libera almeno per bere in autonomia un sorso d’acqua o per fumare una sigaretta. Le notti sono lunghe, alcune luci sempre accese illuminano la stanza ed è difficile addormentarsi senza sonniferi. Piange, chiama sua

¹¹ In gergo, l’espressione “letto medicalizzato” sta a significare un letto preparato con le cinghie di contenzione già fissate al telaio del letto proto all’uso.

madre, promette di stare bravo. Chiede di essere liberato. Nessuno gli spiega quanto durerà. “Non dipende da noi”.

Ogni due o tre giorni arrivano le forze dell’ordine. È l’unico momento in cui lo slegano. Può fare la doccia, sorvegliato. La operatrice sociosanitaria (OSS) lo aiuta mentre tutti guardano. Gli concedono anche qualche minuto di sessualità da solo in doccia nella speranza che ciò possa calmarlo: i farmaci, però, lo hanno reso impotente. A una frustrazione ne segue un’altra. Poi lo rilegano. Se la pattuglia in divisa non ha tempo di passare, Rocco rimane legato e con il pannolone. Rocco urla ancora, a volte. Altre resta in silenzio, fissando il soffitto. Parla da solo. Il tempo si è deformato: i giorni non passano, si accumulano. Gli dicono che è “per sicurezza”, che è “temporaneo”, che “appena si libera un posto”. Ma i giorni diventano settimane. Rocco non è l’unico. Ci sono altri come lui, legati, in attesa. Non condannati, bensì un po’ curati – per quanto sia possibile parlare di cura in quelle condizioni disumane –, ma soprattutto trattenuti.

L’orrore non attiene solamente alla contenzione prolungata. Anche all’essere legati senza capire il perché; al gridare e supplicare senza che nulla cambi; allo scoprire che, mentre aspetti un posto che non c’è, la tua voce non serve – e non ti serve – a niente.

Conclusioni: vite sospese tra promesse e abbandoni

Le storie di Fulvia, Karim e Rocco – sono storie di fantasia, non storie fantasiose, fondate infatti a partire dai materiali empirici archiviati e analizzati negli anni – raccontano le storie vissute di molte e molti pazienti incontrati fin qui, combinandole tra loro. La composizione di testi creativi ha una funzione illustrativa e permette di creare idealtipi in una forma narrativa; questa forma di “ri-ri-riscrittura” (Gariglio, 2025) consente di proteggerne l’identità e non solo l’anonimato sia delle persone che lavorano nei servizi e nelle aziende ospedaliere dove operano, sia quelle dei loro utenti. Non necessariamente si danno casi empirici assimilabili *in toto* alla singola storia, proprio come recitano i titoli di coda di alcuni film.

Le tre storie sono state scelte in quanto rappresentano, a parere di chi scrive, altrettante criticità. Ne mostrano tre in particolare che chiedono attenzione nella presa in carico e nella cura, anche in ragione delle difficoltà che molti operatori denunciano nel farvi fronte. Non si tratta di eccezioni marginali, ma di esempi emblematici delle contraddizioni sistemiche dei servizi di salute mentale italiani contemporanei, che pure vedono anche qualche *best practice*. Ciascuna storia rivela, da angolature diverse, come il tradimento

dell'eredità del 'modello critico' (Gariglio, 2026a) si manifesti concretamente nelle vite delle persone.

Fulvia mostra il *paradosso della discontinuità della presa in carico tra la minore e la maggiore età*. Quando il sistema funziona – con una presa in carico multidisciplinare, un'équipe coordinata, i tempi della cura rispettati – i risultati possono arrivare; anche in situazioni complesse durante la pubertà. Ma quella stessa ragazza, al compimento della maggiore età, viene gettata nel sistema standard degli adulti dove “dieci minuti ogni mese” sostituiscono anni di lavoro paziente delle équipes guidate dalla neuropsichiatra. Il passaggio dalla neuropsichiatria infantile al Centro di salute mentale per adulti si può talvolta configurare come un trauma iatrogeno, di natura sistemica, il prodotto di culture professionali in parte distoniche e modelli organizzativi non integrati, per non dire reciprocamente stagni. Altro che continuità assistenziale e territorio. La “capacità sognante” degli operatori – per usare l'espressione di una psichiatra intervistata – si scontra con la scarsità di risorse e il “tempo sincopato” che erode il tempo della comunicazione come tempo della cura sancito dalla legge 219/2017.

Karim incarna la violenza della logica binaria “o sei ignorato o sei rinchiuso”. Si pensi alle tante persone senza fissa dimora, che avrebbero bisogno di cure. Nessuno le va a cercare per fornire loro un aiuto psicologico (o psichiatrico); di ciò avrebbero bisogno. Il più delle volte, la presa in carico di queste persone è innescata da una chiamata che denuncia la pericolosità di qualcuno o un comportamento eccentrico letto come scandaloso, a fronte della consueta indifferenza generale. Talvolta ne segue un TSO che, chissà, potrà anche produrre una presa in carico per il soggetto; situazioni così esistono e possono anche produrre un effetto almeno in parte positivo al netto del trauma del TSO. Tuttavia, come illustrato da chi scrive in una conferenza dell'Ordine dei medici e Odontoiatri di Torino¹², questo tipo di TSO rischia di riprodurre, attenuate, le logiche manicomiali del 1904 che conducevano all'internamento per pericolosità sociale e pubblico scandalo che la 180 intendeva superare ma che di fatto sono riprodotte in molte circostanze giorno dopo giorno. Costretto a giocare il “bluff” dell'ideazione suicidaria per ottenere ascolto, Karim finisce paradossalmente legato e in TSO. Cercava solamente ascolto e una rete territoriale presente; incontra una risposta violenta e la contenzione. La sua storia denuncia il fallimento della prevenzione. Con servizi territoriali cronicamente sotto-finanziati (3% del Fondo Sanitario

¹² Chi scrive è componente del gruppo proponente e membro dell'Osservatorio TSO della città di Torino. Il titolo del contributo era: “Tra cura e controllo sociale: il mandato sociale esplicito e implicito ai servizi per la salute mentale”.

Nazionale contro il 10% necessario), oberati (settanta pazienti per operatore), con liste d'attesa di settimane, il Pronto Soccorso diventa l'unica porta d'accesso. Ma bisogna superare il *gate keeping* e le strategie talvolta portano a un processo di eterogenesi dei fini che può condurre all'ospedalizzazione coatta – una forma di *medicalizzazione coercitiva*, si potrebbe definire – e nei mesi successivi alla cura nella comunità, almeno per taluni.

Rocco, infine, rappresenta l'orrore della contenzione prolungata in attesa di REMS: venti giorni legato non per necessità terapeutica ma per impossibilità sistemica, per ragioni organizzative, per pregiudizi di pericolosità sociale; sono molte le persone che transitano negli SPDC in attesa di REMS. Il caso Mastrogiovanni del 2009 ha stabilito che la contenzione non è atto terapeutico, diagnostico o palliativo. Né è nato un documentario di denuncia e una canzone del gruppo musicale napoletano 99 Posse¹³ con immagini eloquenti e drammatiche. Eppure quella pratica persiste, normalizzata quando non valorizzata (Gariglio, 2023) sia in psichiatria sia in molti altri reparti ospedalieri nelle RSA e chissà dove ancora.

Queste tre storie rivelano come il Piano di Azione Nazionale per la salute mentale 2025-2030 – con la sua svolta verso il modello medico-clinico centrato su diagnosi-trattamento – formalizzi un arretramento già in atto da tempo e come il nuovo Disegno di legge Zaffini prosegua in quella direzione mettendo sempre più al centro il controllo (Sjöström, Gariglio e Cardano, 2022) piuttosto che la presa in carico e il *recovery di cittadinanza* (Rowe, 2015). Il superamento della politica di “salute mentale di comunità” apprezzata internazionalmente contraddice il principio della “*mental health in all policies*” sostenuto da OMS e UE. Mentre paesi come la Norvegia investono nell'integrazione della salute mentale e la Gran Bretagna sperimenta nella creazione di molti nuovi Centri di Salute Mentale aperti giorno e notte (Mezzina e Sashidharan, 2026), in tutte le politiche pubbliche e nell'attenzione ai determinanti sociali di salute, l'Italia rischia di abbandonare proprio quella tradizione critica che il mondo le invidia.

La sociologia della salute e della medicina ha dato un contributo sostanziale alla comprensione critica della salute mentale, della neurotipicità e dei processi di disabilitazione in Italia. Ricercatrici e ricercatori attivi sia dall'interno della nostra comunità disciplinare sia in dialogo con essa – tra cui, solo per citarne alcuni, Francesco Miele, Michele Miravalle, Luca Negrognolo, Daniela Ronco, Luca Sterchele, Pio Tarantino, Enrico Valtellina e Valeria Verdolini – mostrano come il manifesto fondativo della sezione AIS, richiamato da Vicarelli (infra), continui a innervare questo filone di studi. La ricerca

¹³ <https://www.youtube.com/watch?v=7wVSmm0hgm8> (visitato il 5 marzo 2026).

contemporanea impegnata sulla salute mentale è sintonica a quel manifesto su due punti in particolare: la centralità del diritto alla salute – ancora non adeguatamente riconosciuto a tutte e tutti, primo punto di quel manifesto (cfr. WHO, 1979) – e la definizione della salute come bene e diritto primario della comunità, da garantire con adeguate forme di tutela e sostegno (quarto punto). Su questo secondo versante restano aperte questioni urgenti: nei reparti psichiatrici sopravvivono ancora pratiche che possono essere considerate iatrogeniche, prima fra tutte la contenzione fisica. Che questi temi rimangano troppo spesso invisibili nel discorso pubblico non è un dato neutro: è uno dei motivi per cui una parte della nostra comunità continua a fare ricerca in queste direzioni anche con modalità di ricerca collaborative e/o emancipatorie (cfr. Gariglio e Luvera, 2023). In un momento in cui le politiche nazionali rischiano di arretrare proprio sulla tradizione che il mondo ci invidia, riportare al centro del dibattito la salute mentale, le neurotipicità e i processi sociali di disabilitazione non si configura solo un compito scientifico, ma anche come un atto politico.

Riferimenti bibliografici

- Bellamy C., Schmutte T., Davidson, L. (2007), *An update on the growing evidence base for peer support*, «Mental Health and Social Inclusion», 21, 3: 161-167.
- Cardano M., Gariglio L. (2020), “The Neoliberal Politics of Otherness in Italian Psychiatric Care: Notes on a Team Ethnography in Six Acute Psychiatric Wards”, in Gabe J., Cardano M., Genova A., *Health and illness in the neoliberal era in Europe*, Emerald, London, pp. 161-175.
- Clemente C., Favretto A.R., Genova A., Marzulli M., Servetti D. (2022), “Il territorio e la salute di comunità”, in Vicarelli G., Giarelli G., a cura di, *Libro Bianco. Il servizio sanitario nazionale e la pandemia da Covid 19. Problemi e proposte*, FrancoAngeli, Milano, pp. 93-98.
- Colucci M., Di Vittorio P. (2024), *Franco Basaglia*, Feltrinelli, Milano.
- Daly E. (2024), *Profili costituzionali dei trattamenti medico-psichiatrici*, Pacini Giuridica, Pisa Ospedaletto.
- Gariglio L. (2017), *‘Doing’ coercion in male custodial settings: an ethnography of Italian prison officers using force*, Routledge, London.
- Gariglio L. (2021), «La contenzione meccanica... è terapeutica» *Tecniche discorsive di neutralizzazione in un ospedale psichiatrico giudiziario*, «Etnografia e ricerca qualitativa», 14, 1: 49-70.
- Gariglio L. (2024), *On fieldwork in the hybrid field: A ‘methodological novel’ on ethnography, photography, fiction, and creative writing*, «Qualitative Research», 24, 2: 447-456.
- Gariglio L. (2025), *Autoetnografia: un metodo di ricerca fra Scienze sociali, arte e letteratura*, Carocci, Roma.

- Gariglio L. (2026a), “Tra ‘modello clinico’ e ‘modello critico’: Uno strumento analitico per la salute mentale in Italia”, in Miravalle M., a cura di, *Governare la Vulnerabilità*, Giappichelli, Torino.
- Gariglio L. (2026b), *Social support is all we need. An autoethnography of recovery from prostate cancer*, «The Perch: Yale School of Medicine», 8: 27-32.
- Gariglio L., Harper D. (2015), “Afterword: A Dialogical Conversation on Creativity and Art in the Social Sciences: From Visual Sociology to Creative Methods”, in Longo M., Punzi C., Zatterini M.J., *Creativity and Sociology*, Routledge, London, pp. 222-242.
- Gariglio L., Luvera E. (2023), «*Io continuo a resistere*». *Un’autoetnografia collaborativa sulle pratiche di resistenza alla coercizione in psichiatria*, «Rassegna Italiana di Sociologia», 64, 3: 443-468.
- Ingrosso M. (2023), *La prospettiva di welfare community nella progettazione e sperimentazione delle Case della Comunità*, «Autonomie locali e servizi sociali», 46, 1: 19-40.
- Mezzina R., Sashidharan S.P., a cura di (in pubblicazione), *Trieste: Utopia and Reality*, Oxford University Press, Oxford.
- Minetto G., Gariglio L. (2024), *L’anoressica fallita. Un’autoetnografia collaborativa per esplorare l’invisibilità dell’area grigia dei disturbi alimentari*, «Sociologia Italiana», 26: 41-64.
- Negrognolo L. (2026), “Il coinvolgimento di utenti nei servizi di salute mentale”, in Colucci M., a cura di, *Che cos’è la salute mentale*, Einaudi, Torino.
- Neri S. (2022), “Siamo andati troppo oltre? I processi di ristrutturazione dell’assistenza ospedaliera”, in Vicarelli G., Giarelli G., a cura di, *Libro Bianco. Il servizio sanitario nazionale e la pandemia da Covid 19. Problemi e proposte*, FrancoAngeli, Milano, pp. 49-57.
- Pulino D. (2016), *Prima della legge 180. Psichiatri, amministratori e politica (1968-1978)*, Edizioni AlphaBeta Verlag, Merano.
- Rowe M. (2015), *Citizenship and Mental Health*, Oxford University Press, Oxford.
- Sjöström S., Gariglio L., Cardano M. (2022), *Controlling madness. An introduction*, «Rassegna Italiana di Sociologia», 4: 771-796.
- Tarantino C., a cura di (2024), *Il soggiorno obbligato. La disabilità fra dispositivi di incapacitazione e strategie di emancipazione*, il Mulino, Bologna.

Tra continuità e innovazione: identità, traiettorie e configurazioni contemporanee della Sociologia della salute e della medicina in Italia. Alcune note conclusive

di *Anna Rosa Favretto*

1. Una costruzione storica e collettiva

Come emerge dai lavori raccolti nel volume, la Sociologia della salute e della medicina in Italia si è consolidata nel tempo come ambito disciplinare dotato di una propria identità teorica, metodologica e istituzionale. La sua evoluzione non coincide semplicemente con la specializzazione di un settore della sociologia generale, ma con la progressiva formazione di una comunità di pensiero capace di elaborare categorie analitiche condivise, orientamenti epistemologici riconoscibili e un impegno pubblico coerente. Tale costruzione è avvenuta attraverso un dialogo costante con la tradizione internazionale, ma anche attraverso un radicamento profondo nel contesto storico-istituzionale italiano, segnato dalla nascita e dalle trasformazioni del Servizio sanitario nazionale.

La costruzione della disciplina viene restituita dalle analisi storiche e istituzionali presenti nel volume: il percorso delineato da Vicarelli, l'esplorazione del passato prossimo e del presente di Terraneo e Lonardi e le ricostruzioni associative proposte da Numerato, evidenziano come l'ancoraggio alle istituzioni scientifiche europee e nazionali abbia contribuito a stabilire una rete di scambio e formazione. Queste ricostruzioni mostrano come il dialogo con le tradizioni internazionali sia stato produttivo ma sempre mediato da questioni locali che hanno dato forma a una sensibilità peculiare.

Fin dalle sue origini, la disciplina ha assunto una postura epistemologica di tipo critico-costruttivista. La salute e la malattia non sono state considerate meri eventi biologici, bensì fenomeni socialmente prodotti, interpretati e regolati. Esse prendono forma all'interno di sistemi di welfare, assetti normativi, culture professionali e relazioni di potere che ne definiscono significati, accessi e modalità di trattamento. In questa prospettiva, la salute diviene una

lente privilegiata per osservare le trasformazioni della società contemporanea, le sue tensioni e le sue disuguaglianze; la malattia viene letta come costruzione sociale e la cura è intesa come insieme di pratiche che attraversano significati, istituzioni e relazioni di potere. Questo approccio è il filo rosso che attraversa tutti i saggi presenti nel volume.

Nel corso dei due decenni si sono consolidate alcune coordinate di fondo. In primo luogo, l'adozione di una prospettiva multilivello che integra dimensione macro, meso e micro. A livello macro, la disciplina ha analizzato le politiche pubbliche, i modelli di welfare, i processi di regionalizzazione e le riforme organizzative. A livello meso ha indagato le organizzazioni sanitarie, le professioni, i processi di governance e le dinamiche istituzionali. A livello micro ha esplorato l'esperienza vissuta della malattia, le narrazioni biografiche e le interazioni di cura.

In secondo luogo, il riconoscimento della centralità del principio universalistico che fonda il diritto alla salute. In coerenza con l'impianto del Sistema sanitario italiano, la sociologia della salute ha mantenuto una vocazione pubblica, contribuendo al dibattito sulle condizioni di accesso ai servizi, sulla qualità dell'assistenza e sulle tensioni tra sostenibilità economica e bisogni sociali. La produzione scientifica si è così intrecciata con la riflessione politica, assumendo un ruolo non meramente descrittivo, ma anche critico-valutativo.

Un terzo elemento costante è rappresentato dall'attenzione strutturale alle disuguaglianze sociali di salute. Classe, genere, territorio, età e condizione migratoria sono stati analizzati come fattori cruciali che influenzano sistematicamente opportunità di prevenzione, percorsi terapeutici ed esiti clinici. In particolare, la centralità delle disuguaglianze è stata più volte richiamata sia nelle analisi empiriche su gradienti territoriali e socioeconomici, sia nelle riflessioni sulle politiche e sulla sostenibilità del sistema sanitario, come nel saggio di Sena e Galligani. La disciplina ha così contrastato interpretazioni individualizzanti, fondate esclusivamente sugli stili di vita e sui comportamenti individuali, evidenziando come questi siano a loro volta modellati da condizioni materiali e simboliche.

In quarto luogo, tra i tratti presenti stabilmente nelle diverse fasi di sviluppo vi è la valorizzazione dell'esperienza soggettiva della malattia. Le narrazioni biografiche, le rotture di traiettoria, le strategie di *coping* e le relazioni tra pazienti e professionisti costituiscono un nucleo consolidato della produzione scientifica italiana. La malattia è stata interpretata come evento che ridefinisce identità e ruoli sociali, ma anche come esperienza situata entro vincoli strutturali. In questo senso ritroviamo l'attenzione alla dimensione relazionale della cura: le storie cliniche e le narrazioni di malattia,

esemplificate dai testi su salute mentale di Gariglio e dal contributo sulle traiettorie di vita di Giarelli, mantengono il loro ruolo di microcosmi interpretativi all'interno di ben più ampie collocazioni strutturali e istituzionali, rivelando la potenza della connessione tra micro, meso e macro livelli sociali.

Un ulteriore elemento di continuità riguarda l'attenzione alle professioni sanitarie e al lavoro di cura. La nostra disciplina ha analizzato i processi di professionalizzazione, le trasformazioni del lavoro clinico e le tensioni tra autonomia professionale e managerializzazione, contribuendo a comprendere l'impatto delle riforme organizzative sulle pratiche quotidiane. L'attenzione prestata a questi ambiti di lavoro è presente in molti saggi del volume, a testimonianza della capacità di richiamarsi costantemente agli specifici contesti locali e nazionali, così come alle condizioni strutturali.

Sul piano metodologico, si osserva una prevalenza di approcci qualitativi e interpretativi: interviste in profondità, etnografie organizzative, osservazione partecipante e analisi narrativa hanno consentito di cogliere la complessità delle pratiche di cura. A nostro avviso, queste continuità non vanno intese come conservatorismo metodologico, ma come scelta di pertinenza: l'approccio qualitativo consente di cogliere la complessità relazionale e normativa che il solo dato quantitativo faticherebbe a restituire. Tuttavia, la contemporaneità richiede integrazioni metodologiche e il volume registra segnali in questa direzione, con contributi che sperimentano approcci misti e riflessioni metodologiche aggiornate. Accanto agli strumenti più tradizionali, infatti, si è progressivamente sviluppata un'apertura verso metodi misti e analisi comparative, segno di una disciplina capace di evolversi senza perdere la propria matrice interpretativa.

Risulta carente, invero, un robusto orientamento all'esplorazione quantitativa dei fenomeni legati alla salute, alla malattia, alla cura e all'analisi sistematica degli esiti delle politiche sanitarie. Una lacuna che andrebbe colmata affinché le conoscenze scientifiche costruite dalla disciplina si possano ulteriormente ampliare e affinché le sue proposte operative possano occupare uno spazio pubblico maggiore.

2. Ampliamento e innovazione degli oggetti di studio

Accanto alle continuità, la disciplina ha mostrato una significativa capacità innovativa.

Gli sviluppi recenti mostrano alcuni ambiti di innovazione rilevanti che riguardano sia oggetti di studio più consueti, osservati da prospettive nuove ed esplorati con tecniche di nuovo conio, sia oggetti completamente innovativi.

Il primo oggetto su cui i saggi del volume richiamano l'attenzione riguarda l'organizzazione sanitaria: l'analisi delle trasformazioni organizzative – dall'aziendalizzazione alla regionalizzazione – ha già da molto tempo evidenziato come la *governance* sanitaria incida sulla qualità delle relazioni di cura e sulla distribuzione delle risorse. Le letture critiche che emergono dal volume mettono in luce, ancora una volta, come differenti modelli manageriali influenzino la ricomposizione delle relazioni di potere e ridefiniscano le pratiche cliniche. Come dicevamo, questi temi non rappresentano una novità nel campo di studio della disciplina, ma i cambiamenti politici, istituzionali e normativi, soprattutto quelli più recenti, e l'esperienza dell'epidemia di Covid-19 hanno imposto una revisione dell'approccio scientifico, delle strategie di analisi e degli strumenti metodologici utilizzati per esplorare in modo più efficace questo ambito.

Un secondo oggetto di recente attenzione è la tecnologia. Gli interventi su digitalizzazione e intelligenza artificiale, in particolare con i saggi di Ardisson e Piras e di Atzori e Gibin, mostrano chiaramente la forza critica e problematizzante della nostra disciplina. Infatti, le tecnologie non vengono intese come mere procedure applicabili secondo modalità neutre, ma come dispositivi sociotecnici che trasformano *agency*, responsabilità e disuguaglianze e che implementano orientamenti di politica sanitaria. In altre parole, la digitalizzazione dei servizi, la telemedicina e gli algoritmi decisionali vengono qui interpretati come dispositivi parte di un processo che ristrutturava relazioni sociali e modelli di *governance*, con tutti i rischi e le opportunità che ne derivano.

La pandemia da Covid-19 ha rappresentato un passaggio cruciale, rendendo visibili le maggiori fragilità strutturali del nostro sistema sociale ma anche le capacità di resilienza del sistema sanitario e delle comunità professionali. Essa ha rafforzato l'attenzione verso la prevenzione, l'integrazione socio-sanitaria e la dimensione territoriale della cura. In questo senso risulta ancora più vivido il terzo ambito di innovazione, ossia la tematizzazione di processi che solo parzialmente erano precedentemente oggetto di analisi sociologica: tra essi, i problemi legati alle cure di lungo periodo e all'invecchiamento, con le nuove riflessioni proposte dal saggio di Giarelli; le pratiche di miglioramento e le innovate forme di medicalizzazione, su cui ci invita a riflettere Mauro; la rinnovata attenzione ai rapporti tra lavoro, salute e ambiente, con il saggio di Tognetti Bordogna; l'approccio One Health, letto in chiave critica nel saggio di Balduzzi e Genova; la salute mentale tra buone pratiche territoriali e criticità sistemiche, come proposto dalla prospettiva adottata nel saggio di Gariglio.

Infine, un punto di novità metodologica riguarda anche l'incorporazione di prospettive generazionali e formative: il contributo di Atzori e Gibin, che raccoglie le istanze dei giovani ricercatori e delle giovani ricercatrici, mostra una maggiore familiarità con metodi misti e con nuove tecniche di analisi, mantenendo una forte attenzione critica alle implicazioni etiche.

3. In conclusione: sintesi strategica e proposte operative

La configurazione odierna del campo è quella di un mosaico coerente. Questo quadro è ben rappresentato dai contributi del volume che spaziano dalla riflessione teorica alla ricerca empirica sul territorio, offrendo esempi di come la disciplina si declini in pratiche di ricerca e in interventi sulle politiche.

Accanto ai punti di forza emergono, tuttavia, tensioni strutturali.

La prima è rintracciabile nella sfida della traslazione del sapere sociologico in politiche pubbliche efficaci. Rimane aperta, infatti, una domanda cruciale: come rendere le evidenze empiriche raccolte appetibili e utilizzabili nei processi decisionali? Alcuni saggi propongono vie pratiche, includendo analisi sulle reti di stakeholder e pratiche di co-produzione della conoscenza.

La seconda tensione riguarda l'equilibrio tra rigore teorico e utilità applicativa: mantenere profondità analitica senza perdere capacità di incidere nel dibattito pubblico si rivela un esercizio costante richiesto alla nostra comunità disciplinare.

A partire da queste tensioni, il volume non intende limitarsi a una mappa descrittiva, ma vuole assumere anche una funzione strategica, proponendo, a partire dalle riflessioni presentate, una sintesi operativa articolata in linee di azione che la comunità e i suoi interlocutori istituzionali potrebbero considerare.

Innanzitutto, si ritiene opportuno rafforzare l'interconnessione tra ricerca e *policy interfaces*, ossia sviluppare meccanismi stabili di interazione tra ricercatori e decisori (policy labs, tavoli tecnici, ecc.) affinché i risultati empirici alimentino processi decisionali informati e tempestivi.

In secondo luogo, si ritiene indispensabile promuovere, nei limiti del possibile, l'alfabetizzazione digitale per contenere il *digital divide*. Le analisi su tecnologie e IA richiamano la necessità di politiche formative che coinvolgano cittadini, operatori e manager sanitari per limitare l'amplificazione delle disuguaglianze e favorire un'adozione critica delle innovazioni tecnologiche.

In terzo luogo, investire in ricerca interdisciplinare e transdisciplinare e in metodi misti. Per comprendere fenomeni complessi – come la cronicità,

la sostenibilità della sanità o le pratiche One Health – è necessario incentivare progetti che combinino approcci qualitativi, quantitativi e computazionali. Inoltre, è necessario promuovere reti di ricerca i cui partecipanti sappiano costruire insieme i propri oggetti di ricerca, oggetti “di frontiera”, superando la ristrettezza dei singoli silos di conoscenza. Reti che includano sociologi, epidemiologi, economisti, medici, esperti ambientali e delle scienze veterinarie e anche i portatori di sapere laico.

In quarto luogo, e in continuità con il punto precedente, appare necessario costruire modelli di *governance* partecipata. Sperimentare forme di partecipazione civica nella produzione della conoscenza scientifica e nella progettazione dei servizi (co-design, *governance* partecipata a livello territoriale, ecc.) per rafforzare la co-responsabilità e la legittimazione delle scelte organizzative.

Infine, continuare a formare le prossime generazioni di sociologi e sociologhe della salute e della medicina. Investire nella formazione di dottorandi e di dottorande e di giovani ricercatori e ricercatrici, favorendo percorsi che coniughino competenze metodologiche avanzate, capacità di dialogo interdisciplinare e abilità di comunicazione verso stakeholders e media.

Oggi la sociologia della salute e della medicina italiana si presenta come un campo maturo, plurale ma coeso. Le sue aree tematiche delineano un mosaico articolato ma attraversato da un filo conduttore: la convinzione che la salute sia una questione sociale e politica prima ancora che sanitaria.

La sfida strategica per il futuro consiste nel mantenere tale coerenza identitaria in un contesto di trasformazioni rapide e profonde.

Il patrimonio di conoscenze raccolto nel volume costituisce una base solida per questa missione. L’esito del lavoro collettivo qui presentato è, in ultima analisi, l’invito a mantenere viva una disciplina che sa essere critica, utile e prospettica, come stabilito negli atti fondativi della Sezione, ossia capace di guardare ai problemi della salute non come frutto di una singola angolazione disciplinare, ma come nodo in cui si intrecciano scienza, politica, cultura, economia e relazioni umane.

Note sugli autori

Alberto Ardisson è professore associato di sociologia e politica sociale e sociologia della salute e della programmazione socio-sanitaria all'Università di Macerata. Attualmente i suoi interessi di ricerca vertono sul rapporto tra malattie croniche e tecnologia e sulla relazione medico-paziente.

Flavia Atzori, PhD in Sociologia e ricerca sociale, è attualmente borsista di ricerca presso l'Università di Bologna e Segretaria della Sezione Sociologia della Salute e della medicina dell'AIS. I suoi interessi di ricerca riguardano i temi della salute digitale, delle malattie croniche e dell'invecchiamento.

Giacomo Balduzzi è ricercatore presso il Dipartimento di Giurisprudenza, Scienze Politiche, Economiche e Sociali dell'Università del Piemonte Orientale. Tra le ricerche in ambito One Health, ha partecipato al progetto 'NEOH' (Network for Evaluation of One Health), finanziato dal programma EU COST.

Anna Rosa Favretto è professoressa ordinaria di Sociologia presso l'Università degli Studi di Torino e attuale Coordinatrice della Sezione di Sociologia della Salute e della Medicina dell'AIS. I suoi correnti campi di studio riguardano la salute nell'infanzia e nell'adolescenza, il diritto alla salute come diritto partecipato, la One Health.

Ivan Galligani è assegnista di ricerca presso l'Università degli Studi di Bergamo. La sua ricerca si concentra su politiche e processi di digitalizzazione e innovazione tecnologica in campo sociale e sanitario.

Luigi Gariglio è professore associato di Sociologia e di Controllo Sociale presso il Dipartimento CPS dell'Università di Torino, Faculty del Dottorato in Scienza della salute. È Research Affiliate dell'IRCC dell'Università di Yale. Si occupa di salute mentale, organizzazioni coercitive, cancro e metodologia.

Angela Genova è professoressa associata in Sociologia generale presso il Dipartimento di Economia Società Politica dell'Università di Urbino. Svolge attività di ricerca sociale nel campo della sociologia della salute con un approccio attento alla sociologia pubblica, partecipativa ed emancipatrice.

Guido Giarelli, Ph.D. allo University College London, è professore ordinario di Sociologia generale al Dipartimento di Scienze della Salute dell'Università "Magna Græcia" di Catanzaro. È stato presidente dell'ESHMS, vice-presidente del RC 15 dell'ISA, coordinatore del board del RN 16 dell'ESA e della Sezione di Sociologia della salute e della medicina dell'AIS.

Marta Gibin è professoressa associata in Sociologia generale presso l'Università degli Studi Link Campus University di Roma. I suoi interessi di ricerca si concentrano sull'intersezione tra salute, tecnologia e società, con un particolare interesse per l'impatto dell'intelligenza artificiale sull'assistenza sanitaria e sulle relazioni di cura.

Cristina Lonardi è professoressa associata di Sociologia generale presso il Dipartimento di Scienze umane dell'Università di Verona. È impegnata in aree di ricerca come la qualità della vita in condizioni di malattia e contesti di cronicità, lo stigma correlato alla salute, le malattie invisibili e le narrazioni di malattia.

Antonio Maturo insegna sociologia della salute presso l'Università di Bologna, Campus Romagna. È direttore scientifico della rivista *Salute e Società*. Tra le sue ultime pubblicazioni: *One Health. A sociological perspective*, Emerald, 2026. Per molti anni è stato titolare dell'insegnamento di Medical Sociology presso la Brown University.

Dino Numerato è professore ordinario di Sociologia presso la Facoltà delle Scienze Sociali dell'Università Carolina (Cechia). Le sue ricerche riguardano il professionismo sanitario, l'esitazione vaccinale, la resistenza agli antibiotici, l'associazionismo di pazienti e la comunicazione della salute.

Enrico Maria Piras è ricercatore senior presso la Fondazione Bruno Kessler e insegna all'Università di Verona. La sua ricerca, all'intersezione tra Sociologia della Salute e Medicina e Studi Sociali di Scienza e Tecnologia, si concentra sulle trasformazioni legate all'adozione delle ICT in sanità.

Barbara Sena è professoressa associata di Sociologia presso l'Università di Bergamo e membro del Consiglio Scientifico della Sezione di Sociologia della Salute e della Medicina dell'AIS. I suoi recenti interessi di studio riguardano cure palliative, telemedicina e metodi di ricerca applicati ai contesti sanitari.

Marco Terraneo è professore associato di Sociologia presso l'Università degli Studi di Milano-Bicocca e attuale membro del Consiglio Scientifico della Sezione di Sociologia della Salute e della Medicina dell'AIS. I suoi principali interessi di ricerca riguardano le disuguaglianze sociali di salute e l'equità del sistema sanitario.

Mara Tognetti Bordogna, professore ordinario di sociologia, ha insegnato e insegna in diversi Atenei italiani e stranieri, ha all'attivo più di 300 pubblicazioni. Dirige la rivista di fascia A "Welfare & Ergonomia" per i tipi di FrancoAngeli.

Giovanna Vicarelli è direttrice scientifica del Centro di ricerca CRISS dell'Università Politecnica delle Marche, presso cui ha svolto la sua attività di Professore ordinario di sociologia economica fino al 30 ottobre 2022. I suoi campi di interesse riguardano le politiche e le professioni sanitarie in un'ottica storico-comparata.

Benessere tecnologia società
diretta da A. Maturò

Ultimi volumi pubblicati:

ASSUNTA PENNA, *I labirinti della follia*. Percorsi sociologici di r-esistenza simbolica.

LUCIA LANDOLFI, *Un ospite inatteso*. Un'analisi sociologica del mondo del Parkinson.

ALESSIA BERTOLAZZI, *Etnografia digitale*. Metodi e tecniche per l'analisi delle culture digitali (disponibile anche in e-book).

ANTONIO MATURO, CARLO RANI, ROMINA ZIOLI (a cura di), *Il calo delle nascite nella società contemporanea*. Cause, rischi, prospettive (disponibile anche in e-book).

ANNA CIVITA, GAETANO MONACO, *Genitorialità precoce tra paradosso ed emergenza*. Un'analisi sociologica.

FERNANDO ROSA, ALESSANDRA PARODI, *Essere in una pandemia*. Filosofia, medicina e Covid-19 (disponibile anche in e-book).

CARMINE CLEMENTE, *La salute prima di tutto*. Art. 32 della Costituzione italiana: testo integrale del dibattito costituente e attualità di un'analisi sociologica.

ALBERTO ARDISSONE, *Tecnopazienti: il diabete tra autogestione e digitalizzazione* (E-book).

ELEONORA ROSSERO, *Anticorpi anarchici*. Narrazioni di malattia autoimmune (E-book).

ANNA ROSA FAVRETTO, ANTONIO MATURO, STEFANO TOMELLERI (a cura di), *L'impatto sociale del Covid-19* (disponibile anche in e-book).

MARIO CARDANO, MICHELE CIOFFI, ALICE SCAVARDA, *Dislessia all'università: il caso dell'ateneo torinese* (disponibile anche in e-book).

SERENA BARELLO, ANTONIO MATURO (a cura di), *La tripla elica: etica, engagement, equità*. Il paziente tra autonomia e giustizia sociale (disponibile anche in e-book).

VERONICA MORETTI, *Sociologia del paziente*. Diseguaglianze sociali, salute digitale e nuove forme di partecipazione in sanità (disponibile anche in e-book).

VERONICA MORETTI, BARBARA MORSELLO (a cura di), *Interferenze digitali*. Prospettive sociologiche su tecnologie, biomedicina e identità di genere (disponibile anche in e-book).

GUIDO GIARELLI, VITO GIOVANNETTI (a cura di), *Il Servizio Sanitario Nazionale italiano in prospettiva europea*. Un'analisi comparata.

GUIDO GIARELLI, SEBASTIANO PORCU (a cura di), *Long-Term Care e non-autosufficienza*. Questioni teoriche, metodologiche e politico-organizzative (disponibile anche in e-book).

ALBERTO ARDISSONE, *L'uso delle tecnologie in sanità*. Il punto di vista del paziente cronico (disponibile anche in e-book).

CHIARA PATTARO, CLAUDIO RIVA, CHIARA TOSOLINI, *Sguardi digitali*. Studenti, docenti e nuovi media (E-book).

Open Access

Open Access

MAURIZIO ESPOSITO, CRISTINA LONARDI (a cura di), *Disconnessi ed esclusi*. Invecchiamento, salute e alfabetizzazione digitale attraverso le Pandemie.

ELISA CASTELLACCIO, *Sociologia dell'Alzheimer*. La voce invisibile del caregiver familiare.

ROBERTO LUSARDI, *Dietro le quinte*. Lavoro invisibile e collaborazione professionale nelle pratiche di cura.

RICCARDO PRONZATO, *Algoritmi, strutture e agire sociale*. Un'analisi sociologica.

MARTA GIBIN, *Oncologia post-Covid: una proposta sociologica*.

ANNALISA PLAVA, *Il peso dell'infanzia*. Una ricerca sociologica su abitudini alimentari e obesità.

ANTONIO MATURO, ANNALISA PLAVA (a cura di), *Stili alimentari e cibo biologico nelle scuole primarie*. Un'analisi sociologica a Rimini.

CHIARA PATTARO, CLAUDIO RIVA, *Preadolescenti, vita quotidiana e bisogni*. Incroci di sguardi tra ragazze, ragazzi e servizi.

ANTONIO MATURO, MARTA GIBIN (a cura di), *Malati sospesi*. I pazienti cronici nell'era Covid.

LUIGI PELLIZZONI, RITA BIANCHERI (a cura di), *Scienza in discussione?*. Dalla controversia sui vaccini all'emergenza Covid-19.

GIOVANNI BERTIN (a cura di), *Crisi economica e comportamenti illegali*.

Questo 
LIBRO

 ti è piaciuto?

Comunicaci il tuo giudizio su:
www.francoangeli.it/opinione



**VUOI RICEVERE GLI AGGIORNAMENTI
SULLE NOSTRE NOVITÀ
NELLE AREE CHE TI INTERESSANO?**



ISCRIVITI ALLE NOSTRE NEWSLETTER

SEGUICI SU:



FrancoAngeli

La passione per le conoscenze

Vi aspettiamo su:

www.francoangeli.it

per scaricare (gratuitamente) i cataloghi delle nostre pubblicazioni

DIVISI PER ARGOMENTI E CENTINAIA DI VOCI: PER FACILITARE
LE VOSTRE RICERCHE.



Management, finanza,
marketing, operations, HR

Psicologia e psicoterapia:
teorie e tecniche

Didattica, scienze
della formazione

Economia,
economia aziendale

Sociologia

Antropologia

Comunicazione e media

Medicina, sanità



Architettura, design,
arte, territorio

Informatica, ingegneria
Scienze

Filosofia, letteratura,
linguistica, storia

Politica, diritto

Psicologia, benessere,
autoaiuto

Efficacia personale

Politiche
e servizi sociali



FrancoAngeli

La passione per le conoscenze

FrancoAngeli

a strong international commitment

Our rich catalogue of publications includes hundreds of English-language monographs, as well as many journals that are published, partially or in whole, in English.

The **FrancoAngeli**, **FrancoAngeli Journals** and **FrancoAngeli Series** websites now offer a completely dual language interface, in Italian and English.

Since 2006, we have been making our content available in digital format, as one of the first partners and contributors to the **Torrossa** platform for the distribution of digital content to Italian and foreign academic institutions. **Torrossa** is a pan-European platform which currently provides access to nearly 400,000 e-books and more than 1,000 e-journals in many languages from academic publishers in Italy and Spain, and, more recently, French, German, Swiss, Belgian, Dutch, and English publishers. It regularly serves more than 3,000 libraries worldwide.

Ensuring international visibility and discoverability for our authors is of crucial importance to us.

FrancoAngeli



torrossa
Online Digital Library

A vent'anni dalla fondazione della Sezione di Sociologia della Salute e della Medicina (SSM) dell'Associazione Italiana di Sociologia (AIS), questo volume collettaneo offre una riflessione sullo stato della disciplina in Italia: dalle radici storiche della Sezione alle sfide che ne disegnano l'orizzonte futuro, passando per le trasformazioni segnate dall'evento epocale della pandemia da Covid-19.

Il volume affronta i temi più sfidanti del presente: la sostenibilità dei sistemi socio-sanitari, le tecnologie digitali e l'intelligenza artificiale nella governance della salute, l'approccio One Health tra salute e ambiente, la sicurezza del lavoro, l'ipermedicalizzazione, l'invecchiamento e la long-term care, la salute mentale. Temi diversi per oggetto e metodo, accomunati dall'urgenza di uno sguardo sociologico capace di leggere una realtà in profonda trasformazione. A questi si affianca la voce delle nuove generazioni di sociologhe e sociologi, chiamate a tracciare le future traiettorie della disciplina.

Concepito come strumento di sociologia pubblica, il volume si rivolge a ricercatori, professionisti sanitari e policy maker che desiderano comprendere come la prospettiva sociologica possa contribuire ad affrontare le grandi questioni della salute contemporanea.

Anna Rosa Favretto, Coordinatrice del Consiglio Scientifico AIS-SSM, è professoressa ordinaria di Sociologia generale all'Università di Torino e responsabile del Lab-SIA (Laboratorio Salute Infanzia e Adolescenza). I suoi interessi di ricerca riguardano la salute di bambini e adolescenti, la One Health, il diritto alla salute come diritto partecipato e le dimensioni sociali della malattia.

Flavia Atzori, Segretaria del Consiglio Scientifico AIS-SSM, PhD in Sociologia e Ricerca Sociale, è attualmente borsista di ricerca all'Università di Bologna. I suoi interessi di ricerca riguardano la salute digitale, le malattie croniche e l'invecchiamento.

Enrico Maria Piras, membro del Consiglio Scientifico AIS-SSM, è ricercatore senior alla Fondazione Bruno Kessler e docente a contratto all'Università di Verona. La sua ricerca si colloca all'intersezione tra sociologia della salute e studi sociali di scienza e tecnologia, con focus sulla sanità digitale.

Barbara Sena, membro del Consiglio Scientifico AIS-SSM, è professoressa associata di Sociologia generale all'Università di Bergamo e Associate Editor di *Frontiers in Sociology – Medical Sociology*. I suoi interessi comprendono professionalismo sanitario, interprofessional care, salute digitale e cure palliative.