



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

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.