

# RECENSIONI

---

**Costantino Cipolla e Giovanna Artioli**  
(a cura di).

**La professionalità del care  
infermieristico. Risultati della prima  
indagine nazionale**

Angeli, Milano 2003  
pp. 295, € 21

Il testo espone dati significativi su una prima vera ricerca nazionale circa gli aspetti professionali, il ruolo e l'identità dell'infermiere.

L'indagine è stata condotta da un gruppo di lavoro interdisciplinare - composto da sociologi dell'Università di Bologna, da rappresentanti del Collegio IPASVI di Bologna e da docenti di Scienze Infermieristiche dell'Università di Modena e di Reggio Emilia, che hanno promosso e realizzato un lavoro di ricerca.

Il percorso ha previsto la realizzazione di 2141 interviste, pari allo 0,7% dell'universo di riferimento; l'équipe di ricerca aveva infatti stabilito un campione rappresentativo dell'1% dell'universo e quindi di circa 3000 unità.

Il questionario, presentato nella sua versione integrale in Appendice al testo, è suddiviso in 5 sezioni e aree tematiche che esploravano rispettivamente la professionalità ed il contesto lavorativo dell'infermiere (sez. 1), il percorso formativo di base e la formazione continua (sez. 2), l'etica professionale e

salute (sez. 3), i rapporti con il cittadino e le modalità attraverso le quali relazionarsi con il paziente e la famiglia (sez. 4), ed infine l'identità socio-anagrafica e la partecipazione civica della popolazione infermieristica (sez. 5).

Dall'indagine complessiva emergono spunti di riflessione interessanti sotto molti aspetti, da quanto evidenziato risulta che:

- la professione infermieristica resta per i 3/4 femminile, giovane, (il 77% è al di sotto dei 40 anni);
- è in atto una forte crescita culturale (oltre il 60% possiede un diploma di scuola media superiore). L'aumento della cultura generale pare comportare una linea di tendenza interna alla professione orientata ad un maggior impegno politico ed un minor impegno sindacale;
- oltre il 65% dei rispondenti reputa positivamente il ruolo svolto dall'IPASVI circa la rappresentanza professionale. Emerge a questo proposito una contro tendenza, circa la crisi di sfiducia che, in questi ultimi anni, ha pervaso gli altri ordini (ad esempio in campo medico) con un progressivo allontanamento degli iscritti, infatti il 44% degli intervistati si dichiara attento ed orientato a seguire le iniziative dell'IPASVI.

Si compone così, come dalle tessere di un puzzle, l'immagine di una professione:

- in forte crescita sociale con una interessante vivacità culturale e scientifica sostenuta dal fenomeno di un notevole associazionismo interno, che si propone come riferimento scientifico importante per le aree di specializzazione;
- con una professionalità sempre più in linea con le evidenze scientifiche anche se ancora in bilico tra istanze organizzative, vissute come vincolo, ed orientamento al paziente, vissuto come vera vocazione professionale.

In questo contesto la relazione infermiere-paziente e la disposizione all'ascolto vengono identificati, nel ciclo metodologico della pratica infermieristica, come punto di partenza per ogni proficuo intervento assistenziale. Tutto ciò porta a considerare come la valorizzazione del cittadino e la centralità della relazione d'aiuto che l'infermiere continuamente instaura, rientrano a pieno titolo nella mentalità e nella prassi degli infermieri italiani. In tutto il lavoro sembra riaffiorare continuamente l'idea che è nella partnership col cittadino che l'infermiere realizza veramente se stesso: sia quando lo accoglie, sia quando si inserisce a domicilio, nei suoi ritmi e nelle sue abitudini, sia quando lo ascolta e lo accompagna nel cammino della sofferenza.

Un altro aspetto di positiva sorpresa riguarda il significativo orientamento alla formazione permanente e all'aggiornamento professionale, infatti il 95% degli intervistati dichiara di rivolgersi alla formazione ed all'aggiornamento per far fronte a momenti di incertezza o di difficoltà.

Il testo è sostenuto da una notevole bibliografia di riferimento e, data la ricchezza dei dati trattati e la loro competente presentazione, può considerarsi un significativo e necessario approfondimento per tutti coloro che esercitano la professione infermieristica e che, a vari livelli, sono coinvolti in scelte

strategiche che la riguardano. Per le stesse ragioni può essere una lettura consigliata agli studenti che si preparano ad entrare nel mondo della professione infermieristica.

*Loredana Sasso*

**Orlando Todarello e Piero Porcelli**  
(a cura di)

**Medicina psicosomatica**

Angeli, Milano 2002

pp. 288, € 20

Da sempre si sono collegati gli ambiti emotivi e quelli organici tanto da indicare con sicurezza le ripercussioni di tensioni forti sull'organismo. Non dimentichiamo che la dissezione anatomica degli animali e degli esseri umani per conoscere il corpo furono praticate dai greci e dagli egiziani nei riti funerari, per cui le correlazioni tra ambiente esterno e vita del corpo certo non mancarono sin dall'antichità, anche se talvolta furono fantasiose o poetiche. Infatti, è troppo espressivo e forte, nel bene e nel male, il legame con il nostro dato corporeo da far sì che questa correlazione sia stata tracciata dalla notte dei tempi, anche se in forma olistica e globale. Tuttavia se fino a ventitrent'anni fa la psicosomatica era un campo disciplinare abbastanza specifico e ben sistematizzato, un sapere di frontiera tra medicina e psicologia, oggi le cose non stanno più così. Tecniche molto avanzate e potenti per lo studio dell'anatomia e della fisiologia cerebrale, l'intensa riflessione sui concetti di mente e di coscienza ed un'ampia revisione delle impostazioni clinico-diagnostiche hanno trasformato la psicosomatica in una vasta area di studio, dai confini spesso incerti e non sempre chiari, un campo in continua evoluzione nel suo stesso ambito di competenza, che medicina, psicologia e psichia-

tria sembrano a volte voler ricomprendere ed altre rifiutare.

Il volume in oggetto offre un'occasione significativa di analisi e di elaborazione delle tematiche mediche e psicosomatiche. Esso si compone di una sezione introduttiva in cui prefazioni ed introduzioni hanno un valore scientifico non puramente occasionale. T.N. Wise, direttore del Dipartimento di Psichiatria della Johns Hopkins University School, prefatore del volume, indica le prime posizioni scientifiche sul termine medicina *psicosomatica*, ricordando il sentimento popolare di collegamento alle emozioni, tale che un'aura di irragionevolezza spesso si dispiega sulla malattia e sul sintomo, in modo da rendere meno significativo il dolore o lo stato del paziente. Si veda il caso dell'ulcera peptica spiegata attraverso pressioni ambientali o con la scoperta dell'*Helicobacter Pylori* a cui è stato ascritto il ruolo di fattore eziologico. La prima parte del volume riguarda particolarmente gli aspetti generali della medicina psicosomatica e spazia da temi diagnostici a collegamenti disciplinari attuali, presentando con chiarezza la pluralità di prospettive nella concezione dei disturbi psicosomatici con i punti di forza e di debolezza di ciascuno. La seconda parte del volume accosta problemi e temi medici a temi riguardanti la mente e la società, argomenti in cui un approccio psicosomatico può avere enorme rilevanza, basti pensare ai trapianti d'organo e gli esiti interconnessi ai rigetti. La terza parte del volume riguarda, infine, gli aspetti terapeutici nelle depressioni ed in altri quadri di disturbi psicosomatici quasi ad evidenziare anche una riflessione di tipo metodologico.

Se questi esempi ci chiariscono immediatamente l'oggetto della medicina psicosomatica, tuttavia i diversi studiosi e le diverse frontiere non per questo sono meno intrecciate ed intricate: in Europa vi sono studiosi che accostano

fortemente la medicina internistica a cofattori psicosociali mentre in Nord America non esiste una specializzazione in medicina psicosomatica anche se, nei Servizi, vi sono medici che si occupano di pazienti che presentano una comorbilità medica e psichiatrica. Vi sono poi gli psicologi della salute che nella loro analisi dell'esordio e della cronicizzazione della malattie si accompagnano alla Medicina comportamentale nello studio di sindromi psichiatriche minori; vi è anche un'visione plurifattoriale delle malattie, nella quale si interconnettono tanto fattori genetici e biologici quanto fattori ambientali e psicosociali che oltre a codeterminare le cause delle malattie contribuiscono alla loro cronicizzazione.

Dato il numero degli approcci e la differente loro qualità eziologica la preferenza è bene che si fissi sulla tracciabilità di una riflessione categoriale di classificazione piuttosto che sulla pulsante congerie dell'approccio sindromico e questo vale, secondo gli studi riportati nel testo, tanto per i medici quanto per gli psicologi. L'approccio categoriale che classifica le malattie differenziandole da altre permette un approccio diagnostico, che poi s'appoggia su una serie di richiami - *follow up* - e ricerche di correlazioni per classi, metodo di indubbia utilità per una coerente razionalità di approccio ed appropriata farmacologia.

Il punto di debolezza di questo approccio sta nella scarsa possibilità di avvicinare il paziente, di sentirlo umanamente, dato che esso viene oggettivato in evidenze scientifiche che lo superano nella propria umanità, inoltre ignora la potenziale tossicità dei trattamenti, angolo di visuale che viene escluso o quasi. Tuttavia il modello categoriale viene applicato con successo allo studio delle depressioni ed alla loro relazione con i decessi dei pazienti infartuati. Il ragionamento categoriale, inoltre, risul-

ta efficacissimo in medicina oncologica, ove è di importanza non secondaria ricavare correlazioni tra taluni tipi di terapie di gruppo e l'aumento di aspettativa di vita dopo averle praticate.

La medicina non può espungere da sé, inoltre, la componente psicosomatica pena il non capire altre vistose correlazioni in molti campi medici: ad esempio quella tra radioterapia ed intelligenza nei tumori infantili, ove le terapie indurrebbero addirittura un danno intellettuale. Modelli complessi di malattie sono visibili oggi più che mai: basti pensare ai pazienti affetti da *fatica cronica* ai quali risulta difficile e dannoso applicare il contrastato ragionamento "se la loro patologia sia di tipo medico o di tipo psicologico". Tale riduzionismo non solo non è utile al fine di chiarire la fatica cronica, ma ne altera la comprensione, limitandola a fattori semplici e univoci.

Per il sociologo è interessante osservare come, giunti a questo punto, tutte le questioni che sembravano oggetto di bruschi comportamenti nel tempio di Gordio, come quello di Alessandro che, semplicemente, tagliò il nodo per risolvere il problema, in realtà necessitano di soluzioni meno drastiche e maggiormente sfumate, quindi si va ricostruendo un ritorno alla raccolta di informazioni sul soggetto, e l'ascolto di esso torna ad essere uno strumento di estremo interesse nel pelago di sintomi che non si riescono ad attribuire alla frontiera somatica o a quella psichica *tout court*.

Ciò basta per una riflessione: se da Cartesio in poi la materia è stata scorporata dal complesso multifattoriale che è composto da conoscenza, emozione, autoreferenzialità etc., troppo spesso ci si dimentica del contributo piagetiano alla riunione dei cofattori della psicosomatica nel suo costrutto noto come *intelligenza sensomotoria*, costrutto che riarticola insieme le componenti della vita.

Se i medici raccolgono le storie biografiche dei pazienti, lo facciano non certo per cercare, all'interno di microatti individuali, una correlazione che non sarebbe significativa se generalizzata (ad esempio l'alcol, il tabacco ed il caffè nelle patologie tumorali), ma almeno per iniziare la ricerca di evidenze emotive che sono correlate all'uso delle sostanze. Mi spiego meglio: a quali evidenze emotive è correlato il fumo? Rabbia, senso di impotenza o aggressività? Quindi nelle patologie cancerogene sono questi, probabilmente, i cofattori da segnalare e non il tabacco? Il tabacco è un mezzo come un altro per alimentare la rabbia od altro sentimento stabile in una patologia.

Se la psicosomatica fosse solo una oggettivazione di fenomeni riduttivamente osservata non vi sarebbe la questione dell'influsso del responso medico sul paziente grave e non vi sarebbe il problema del come responsabilizzare pazienti gravi senza farli sentire in colpa. Se non vi fosse una complesso multifattoriale di pressioni reciproche tra soma e psiche si rimarrebbe freddi di fronte alla propria malattia, ma accade di rado.

Un importante avvicinamento alle tematiche in questione va segnalato nel saggio dei due curatori nella prima parte del volume sugli aspetti generali. Il saggio porta il titolo *Il costrutto di alexithymia* [97-149] ed indica un disturbo affettivo-cognitivo riguardante una particolare difficoltà di vivere e comunicare le proprie emozioni: questo costrutto viene indicato dagli autori come qualcosa che da tempo si confronta con le caratteristiche dei pazienti psicosomatici. Il costrutto si elaborò proprio da dati osservativi raccolti nei colloqui clinici: una costellazione di comportamenti quali rigidità posturale e nella mimica facciale, un linguaggio povero di richiami all'emotività e relazioni interpersonali danneggiate, piuttosto che serene, fecero propendere per la

correlazione tra soggetti alestimmici e ridotte capacità di empatia. Ma era assai difficile comprendere se tale comportamento fosse una derivazione di difficoltà di rapporto tra medico e paziente o se un tratto ascrivibile ai pazienti stessi. Vi furono sia la lettura della difficoltà di rapporto che quella del deficit del paziente con una propensione per la seconda, tema che da un decennio ha puntato l'osservazione sulle relazioni in reti primarie familiari in cui il deficit può nascere ed incrementarsi.

L'interesse primo di questo costrutto consiste nella sua vocazione a divenire una interfaccia tra il momento psicologico e quello neurobiologico nella patologia psicosomatica, riconfermando che la soluzione non è di tipo dicotomico ma di tipo ricorsivo: laddove una sofferenza psicologica impianta una sofferenza neurobiologica, l'anello ricorsivo la ribalta e si ripassa dalla sofferenza neurobiologica a quella psicologica, con effetto sistemico forse costante.

Le terapie multidisciplinari centrate sull'interazione familiare possono rivelarsi, di conseguenza, di grande rilievo euristico, lasciando la psicoanalisi ai margini del suo tempo.

*Paola Maria Fiocco*

**Isabelle Baszanger, Martine Bungener, Anne Paillet (a cura di)**

**Quelle médecine voulons-nous?**

La Dispute, Paris 2002

pp. 250, € 19

Malattia e salute sono state considerate per molto tempo come legate esclusivamente ad un piano biologico e

strettamente individuale. Così, il rapporto fra medicina e malattia è consistito a lungo nell'intendere la prima come mera descrizione in termini oggettivi e a fini terapeutici della seconda. Concepite in tal modo, medicina, malattia e salute sembrano decisamente sfuggire ad un'analisi di carattere sociologico<sup>1</sup>. In realtà, come è stato ormai convincentemente mostrato da innumerevoli studi, esse detengono un forte carattere sociale e non possono quindi essere relegate all'ambito puramente organico e biologico da una visione riduttiva, che finirebbe per misconoscerne sia l'importanza che la complessità. Di conseguenza, al fine di esaminare approfonditamente i vari aspetti in esse presenti, quali ad esempio i determinanti sociali, i contesti di senso e la rilevanza politica, è oggi più che mai indispensabile un sapere sociologico "spendibile"<sup>2</sup> che, accogliendo gli apporti provenienti da una prospettiva di tipo eminentemente multidisciplinare, possa ridurre la complessità dell'oggetto di studio senza cedere alle lusinghe dell'eccessiva semplificazione pragmatica dei problemi. Tale sapere dev'essere consapevole dell'interdipendenza delle questioni in gioco, le quali sono mediche ma anche sociali, etiche, organizzative, politiche, economiche.

È in questa direzione che si muovono i contenuti di questo ricco ed interessante volume, dal titolo volutamente provocatorio, pubblicato in Francia con il contributo del Centro di ricerca e studi sulla società francese. Il libro è curato dall'economista Martine Bungener, che dirige il Centro di ricerca su medicina, scienze, salute e società (Cermes) fondato da Claudine Herzlich nel 1986,

1. Cfr. C. Herzlich, *La maladie et la santé comme objets sociologiques*, in Berthelot, J.-M. (sous la dir. de) *La sociologie française contemporaine*, PUF, Paris 2001, e Ph. Adam, C. Herzlich, *Sociologia della malattia e della medicina*, Angeli, Milano 1999.

2. Cfr. il senso dato a questo termine da C. Cipolla alla voce "Spendibilità" nel volume V del suo *Epistemologia della tolleranza*, pp. 2860/61, Angeli, Milano 1997.

e da due sociologhe ad esso appartenenti, Isabelle Baszanger e Anne Paillet. In esso sono riuniti i pregevoli contributi di alcuni sociologi, economisti, giuristi e storici d'oltralpe, i quali sono chiamati a fornire una descrizione dello stato dell'arte di medicina, sanità e salute<sup>3</sup> nel loro paese, e a rispondere ad un interrogativo tanto esplicitamente formulato quanto effettivamente ineludibile: quale medicina vogliamo?

L'idea centrale di quest'opera collettiva, come ci spiegano le curatrici nell'Introduzione, consiste nel rendere visibili le questioni cruciali inerenti la medicina, spesso occultate dalla complessità e dalla specializzazione delle discussioni medico-tecniche, economiche, organizzative e morali (p. 9). A dover essere smascherato è, in quest'ottica, il fatto che la natura delle questioni relative alla salute è immancabilmente di tipo socio-politico. Di conseguenza, chiedere "quale medicina vogliamo?" significa domandare anche "quale società vogliamo?" e, contestualmente, discutere della medicina *autrement*, cioè in modo diverso da quanto fatto finora.

Le risposte agli interrogativi sollevati emergono progressivamente dai contenuti di undici saggi, che vengono divisi in due parti. La prima si riferisce ai nuovi quadri di riferimento della medicina ed è composta da sei contributi. Essi spaziano dalla ridefinizione attualmente in corso della medicina generalista in Francia (M. Bungener e I. Baszanger) all'istituzione ospedaliera nel suo complesso (J.-C. Moisdon), dalla razionalizzazione delle cure nel sistema sanitario francese (G. de Pouvourville) alle leggi della bioetica (H. Gaumont-Prat) passando attraverso

l'organizzazione delle cure in reticoli (M.-E. Joël).

L'ultimo contributo di questa sezione, su cui soffermiamo più a lungo la nostra attenzione, è ad opera di Pierre Lascoumes e concerne la modalità con cui vengono "rappresentati" gli utenti del sistema sanitario francese. Il punto di partenza da cui muove questo giurista e sociologo francese è il fatto che la politica sulla salute riveste oggi in Francia un nuovo significato rispetto al passato. Tale mutamento è dovuto a molteplici fattori, tra i quali ne vengono sottolineati in modo particolare due: la presa di coscienza che il solo punto di vista tecnico non è sufficiente per governare le scelte in sanità ed il contenuto innovativo della legge sui diritti del malato e sulla qualità del sistema di salute (4 marzo 2002). Tale legge, all'articolo 12 del III capitolo, tratta della partecipazione degli utenti al funzionamento del sistema della sanità, inaugurando ufficialmente la legittimazione di nuovi attori sulla scena medica. Il cambiamento, almeno sulla carta, appare radicale ma forse non è ancora sostanziale e, avverte Lascoumes, contiene molte ambiguità che indeboliscono tuttora l'effettiva compartecipazione del cittadino ai processi decisionali. L'autore di questo saggio esplicita quindi due ordini di considerazioni. Il primo riguarda il fatto che non possiamo non prendere atto della mutazione in corso nel sistema sanitario francese, in passato fortemente paternalista e individualista, e anche del fatto che si è innescata una dinamica positiva che ha permesso forme di mobilitazione e di sensibilizzazione pubblica e di creazione di associazioni di utenti<sup>4</sup>. Il secondo

3. Facciamo notare che in francese si usa di norma un unico termine, "santé", per riferirsi sia a sanità sia a salute. È quindi il contesto, in quella lingua, a precisare l'oggetto cui si fa di volta in volta riferimento.

4. In Francia, quello che potremmo chiamare "associazionismo sanitario" ha portato alla nascita e allo sviluppo di molti gruppi e centri che attuano anche pratiche di auto-aiuto e

ordine di considerazioni mostra invece come sussista la necessità di evitare l'eccessivo trionfalismo generato da un cambiamento ancor oggi più auspicato che definitivamente acquisito e che porta spesso ad una "rappresentazione" falsata dell'utente. Quest'ultimo, ci viene spiegato con accenti forse un po' troppo pessimisti, è legittimato più a parole che nei fatti ad intervenire nelle decisioni cruciali della sanità, ed è inserito in un sistema in cui il fruitore privilegiato è in realtà ancora quello ignorante o passivo, mentre colui il quale vorrebbe essere co-produttore del proprio divenire è ancora malvisto (p. 125).

Lascoumes propone un messaggio che suona come un campanello d'allarme e un invito a vigilare su tema che presenta una certa rilevanza anche al di fuori dell'ambito francese. Egli afferma che sono stati fatti molti cambiamenti e passi in avanti nella direzione dell'*empowerment* del cittadino in sanità, ma paventa il rischio che la "rappresentazione" ottimistica che viene fatta degli utenti porti a sovrastimare l'effettiva incidenza di questi sui processi decisionali. Il timore del sociologo è che, nella pratica, la tanto sbandierata espressione "democrazia sanitaria", introdotta nella passata legislatura dall'allora Ministro della sanità Bernard Kouchner, si stia rivelando (o sia già) soltanto un "gadget burocratico" e che, in altre parole, alla *governance* venga sempre preferita la strada del *government*.

Passando alla seconda parte, troviamo cinque saggi che sviluppano una discussione sugli interventi di carattere medico. Essi trattano di malattie infettive (C. Sinding), di genetica e medicina predittiva (J.-P. Gaudillière), del

corpo come "utensile terapeutico" (S. Bateman), della morte (I. Baszanger).

Nel capitolo dieci, Anne Paillet tratta di un problema che ci sembra particolarmente delicato e attuale: quello della messa in discussione dell'autorità medica. Il tema di partenza è la procreazione, la quale potrebbe sembrare avulsa da implicazioni sociali e politiche e destinata a rimanere all'interno di un quadro di riferimento biologico-medico e quindi esclusivamente tecnico. Paillet, ricorrendo a degli esempi concreti, mostra invece che anche in quest'ambito la sola autorità della medicina non è sufficiente per dirimere tutte le questioni e come, di conseguenza, si possa prevedere che in futuro si svilupperà un ampio dibattito in sanità sulle implicazioni politiche, sociali, psicologiche e morali della decisione umana. Nel caso dell'interruzione della gravidanza, oppure in quello della necessità di rianimazione per i nati prematuramente, il momento decisionale è composito e delicato, poiché si deve tener conto del fattore "rischio" e scontrarsi in molti casi con l'incertezza normativa in materia. Cosa decidere, ma anche chi deve decidere, sono perciò questioni importanti che molto spesso hanno ricevuto risposte scontate e che vanno ridiscusse. Paillet afferma che i discorsi medici che vertono su competenza e responsabilità non possono non essere affiancati da un dibattito più ampio, che ne evidenzia prima di tutto le ricadute anche psicologiche sui genitori del nascituro o del neonato e che sottolinei parimenti la posta in gioco di carattere etico. Quindi, dato che la procreazione è un campo paradigmatico per esplicitare coerenza e incoerenza delle pratiche decisionali attuali, conclude la sociologa, la riflessione

di difesa dei diritti, creando una competenza "profana". Tra questi il Centro interassociativo sulla salute (Ciss) formato nel 1996 e che lo stesso Lascoumes ha contribuito a fondare, il quale raggruppa ventidue associazioni di malati, consumatori e utenti della sanità.

ne su di esso dev'essere allargata e deve incitare a discutere sulla dimensione politica della domanda: "chi è legittimato a decidere?".

Ora, considerato nella sua globalità, questo volume molto articolato e talvolta inevitabilmente discontinuo nella parziale eterogeneità dei contributi che lo compongono, sembra porre molte più domande e lasciare molte più questioni aperte di quante non ne risolva. Ma, come affermano nella conclusione Banzanger, Bungener e Paillet, sono proprio la molteplicità e la diversità delle domande, delle incertezze e infine delle opzioni possibili che, suscitando la nostra attenzione, esigono che il mandato da affidare alla medicina derivi dal discutere collettivamente su chi possa formulare le scelte e poi decidere, senza che in questo processo venga persa di vista la dimensione umana (p. 245).

In sintesi, la risposta alla domanda che dà il titolo a quest'opera collettiva

sembra dunque risiedere primariamente nel far emergere l'interrogativo stesso. La medicina che vogliamo, sembrano dirci gli autori attraverso un filo rosso che collega tutti i contributi, è in fondo quella che non risponde solo agli interrogativi che via via vengono affrontati ed analizzati, ma che soprattutto (si) pone delle domande e, interrogando se stessa, dà il proprio contributo ad una "medicina riflessiva". Essa richiede di essere problematizzata e studiata mediante la consapevolezza dell'importanza dell'analisi fornita da varie discipline (sociologia *in primis*), le quali devono essere in grado di mettere in evidenza e di rendere conto dell'irriducibile dimensione sociale e politica delle questioni legate alla sanità.

Riteniamo che sia proprio percorrendo questa via che la sociologia della salute possa giovare anche alla salute della sociologia.

Paolo Crivellari