

[Fare i conti con la disuguaglianza sociale] Presentazione

Abbiate grandissima cura di avere una buona nascita e una buona educazione. Ciò significa che vostra madre deve avere un buon dottore. Badate di andare a scuola dove esiste ciò che si chiama una clinica scolastica, dove vi sia chi sorveglia il vostro nutrimento, i vostri denti, la vostra vista e tutte le altre cose importanti per voi. Abbiate particolare cura che tutto ciò si fatto a spese della nazione, perché altrimenti non sarà fatto per niente, essendoci circa quaranta probabilità contro una che non possiate pagarlo voi stesso, anche se sapete come cavarvela. Altrimenti sarete ciò che molti individui sono al giorno d'oggi: un cittadino guasto in una nazione guasta, privo del buon senso che può renderci vergognosi o infelici di quello che siamo.

George Bernard Shaw (1906), *Il dilemma del dottore*

Complesso e potente è il rapporto che lega salute e benessere, individui e società. Semplificando e sintetizzando, si possono indicare alcune linee generali e alcuni aspetti di fondo caratterizzanti tale interrelazione: innanzitutto è opportuno ricordare come la perdita della salute non dipenda solo da elementi di natura genetica, biologica, chimica o fisica, ma anche – e non meno – da processi propriamente sociali e dalle relative maggiori o minori probabilità di esposizione a “fattori di rischio” e/o a comportamenti insalubri. Ancora: frequenza, decorso ed esito delle malattie sono fortemente influenzate dalla collocazione sociale degli individui, e a loro volta le stesse malattie possono condizionare negativamente i percorsi di mobilità sociale, intaccare il capitale relazionale, ostacolare i processi di integrazione ed inclusione sociale.

I livelli di sperequazione sociale e di salute - sia per quanto riguarda i singoli sia per quanto riguarda la collettività - possono poi essere più facilmente monitorati e “corretti” in un Paese che si sia dotato di un welfare state articolato e attento anche alla sicurezza sociale e di un sistema sanitario nazionale pubblico e inclusivo.

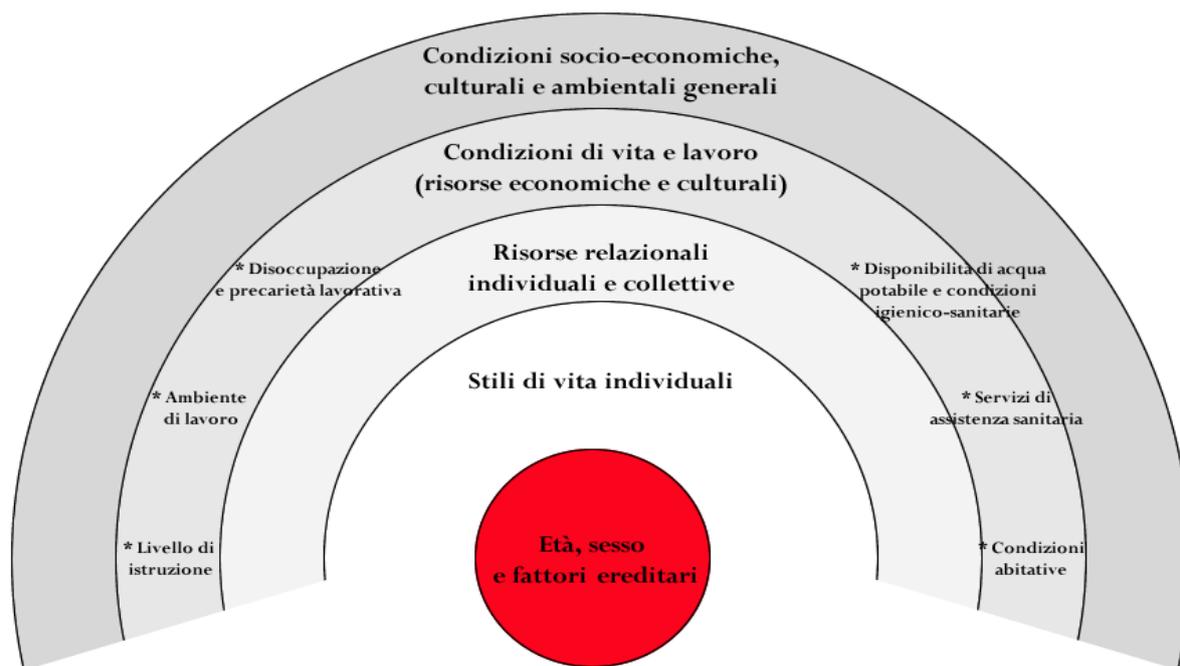
Con l’obbiettivo di aggiungere nuovi elementi alla composizione di un quadro più preciso e documentato delle caratteristiche della disuguaglianza sociale e delle politiche necessarie a farvi fronte, l’invito dell’ultima Call for papers di *Cambio. Rivista sulle trasformazioni sociali* è stato quello di riflettere sul problema dando specifica attenzione e spazio all’analisi della maggiore o minore disponibilità di risorse materiali, culturali e relazionali, e alle loro possibili ricadute in ambito di benessere o di malessere psicofisico: su singoli individui, gruppi, ceti, e nei diversi contesti locali e/o nazionali.

Data l’ampia gamma di declinazioni possibili del tema e la grande varietà e ricchezza dei contributi selezionati, prima di passare ad una loro veloce presentazione crediamo sia opportuno soffermarci ancora brevemente su alcuni aspetti di carattere teorico e generale che renderanno più agevole dipanare il filo dell’analisi su un problema

così complesso.

Le numerose risorse e i diversi elementi che entrano in gioco nel definire i percorsi di vita e di salute possono infatti essere ordinati lungo un *continuum* che va dal singolo individuo con il suo patrimonio genetico e le sue caratteristiche biologiche, agli stili di vita individuali, alle risorse relazionali, alle condizioni di vita e di lavoro, fino alle più complessive condizioni politiche, sociali ed ambientali. Rielaborando il noto schema di Dhalgren e Whitehead (1993), proviamo a rendere graficamente questo insieme di elementi.

Fig. 1 Principali determinanti di salute



Seguendo questa rappresentazione grafica come se fosse una vera e propria “mappa”, proponiamo un percorso di lettura degli articoli a partire dalle analisi degli elementi e delle dinamiche più “distanti”, passando a considerare forme ed effetti di quelli che la letteratura indica come “determinanti distali” e “determinanti prossimali”¹, fino ad affrontare casi di studio riguardanti percorsi di malattia e di cura di soggetti affetti da particolari patologie. Tutto ciò senza mai dimenticare la forte interrelazione tra dimensione individuale e di gruppo, e senza mai ignorare il legame intercorrente tra differenze ascritte e innate (o, per restare in ambito più strettamente medico, congenite) e disuguaglianze intervenute nel corso di vita.

Il primo contributo presentato muove proprio dalla dimensione “più esterna” e vuole renderci un quadro ampio e aggiornato dell’attuale crisi dei sistemi sanitari europei e della crescente dilatazione delle disuguaglianze di salute: in *Crisi economica, malattie croniche e disuguaglianze nella salute* Gavino Maciocco tratteggia rapidamente ma efficacemente gli effetti della ormai consolidata affermazione del neoliberismo e del “capitalismo senza

¹ Come è noto, per *determinanti distali* si intendono tutte quelle risorse o condizioni che possono avere effetto indiretto sulla salute, come per esempio la disponibilità di risorse materiali, la condizione di disoccupazione o di vulnerabilità sociale. Per *determinanti prossimali* si intendono invece tutte quelle condizioni o comportamenti cui conseguono - a livello individuale o collettivo - effetti diretti sulla salute e che presentano un diretto legame con l’eziologia di determinate patologie, come l’abuso di alcolici, il consumo di tabacco o stupefacenti, l’inquinamento atmosferico.

regole”, del progressivo smantellamento dei sistemi di welfare e dei meccanismi di redistribuzione del reddito; soffermandosi poi sulla pericolosa questione - direttamente riguardante i paesi occidentali, sviluppati e “benestanti” - dell’accrescersi della sperequazione sociale e del peggioramento delle condizioni di vita di ampi strati della popolazione, con una conseguente diffusione, che non è inappropriato definire *epidemica*, delle malattie croniche.

Da una prospettiva di analisi delle caratteristiche ambientali e sociali del contesto abitativo e della conseguente qualità della vita urbana si sviluppa invece il saggio di Giampaolo Nuvolati *La geo-referenziazione dell’approccio oggettivo e soggettivo per la rilevazione della qualità della vita*. L’articolo, partendo dal modello di Zapf sulle dimensioni oggettive e soggettive del benessere, ne offre una simulazione empirica, senza peraltro tralasciare alcune rilevanti questioni metodologiche sull’applicazione concreta del modello. Tutta l’argomentazione è tesa ad individuare una vera e propria “strategia investigativa” della qualità della vita urbana basata sulla geo-referenziazione dei dati. Tale approccio - così come chiaramente illustrato dall’autore - ha come obiettivo principale quello di contribuire attraverso la rappresentazione cartografica di una serie di variabili oggettive e soggettive, alla spiegazione degli atteggiamenti di benessere, dissonanza, adattamento e deprivazione degli individui che, come è noto, rappresentano classici esempi di determinanti distali, individuali e collettivi, di salute. Questa più accurata analisi dei bisogni oggettivi e soggettivi espressi dalla popolazione presenta secondo lo stesso autore punti di debolezza seri, ma anche punti di forza estremamente interessanti. Non si possono tacere le ancora oggi attuali problematiche del comparare la qualità della vita in quartieri diversi di una stessa città, e i limiti insiti nello stesso approccio prescelto, efficace nel consentire letture approfondite di territori ristretti ma non nel promuovere una analisi sociologica ad ampio respiro. Nondimeno, il contributo offerto è di indubbio valore: concorrerebbe infatti alla più equa redistribuzione delle risorse pubbliche e sarebbe in grado di favorire sia decisioni “più *hard*” rivolte al miglioramento del sistema dei servizi e delle infrastrutture, sia decisioni “più *soft*” più direttamente orientate alla predisposizione di strumenti informativi capaci di promuovere il pieno sfruttamento (e godimento) di quanto già esistente e disponibile.

Sempre orientato ad una analisi della complessità urbana, ma con una particolare attenzione agli aspetti tra loro interconnessi della povertà, dell’emarginazione, del disagio giovanile, dell’esclusione sociale è *Il bello che cura. Benessere e spazi di accoglienza notturna per persone senza dimora* di Cristian Campagnaro e Valentina Porcellana. A partire dalla definizione stessa di “senza dimora” di per sé complessa e controversa, gli autori - ripercorrendo le tappe fondamentali della letteratura sociologica a partire dalle prime formulazioni della Scuola di Chicago e dagli studi di Nels Anderson sugli *hobos* fino alle attuali classificazioni europee - propongono un’analisi del fenomeno attuale, riportando i primi risultati di un progetto di ricerca a carattere interdisciplinare e partecipativo, avviato nel 2009 e tuttora in corso, *Abitare il dormitorio*. La “ricerca-azione” presentata è un tipico percorso di analisi antropologica, attento però alla partecipazione diretta e sensibile alle esperienze e alle esigenze dei frequentatori/utenti delle stesse strutture. Intrapreso al fine di promuovere una effettiva riqualificazione degli spazi pubblici di accoglienza notturna e dunque ad affrontare le problematiche dell’abitare, dell’insicurezza sociale e della precarietà economica, apre in modo intelligente e dialettico ai temi della cittadinanza, del sistema di welfare e delle politiche sociali.

Argomenti chiave che ritroviamo anche nel contributo seguente di Mara Tognetti Bordogna dedicato ai fenomeni di razializzazione e alle ricadute di questi sulle dinamiche di disuguaglianza - in particolare quelle di salute - che colpiscono la popolazione straniera (extracomunitaria) nel nostro paese. In *Nuove disuguaglianze di salute: il caso degli immigrati* l’autrice analizza e discute, comparando chiavi di lettura e risultati di recenti ricerche internazionali e nazionali sul tema e con il supporto di ulteriori dati quantitativi e qualitativi, lo svilupparsi di nuove forme di disuguaglianza in salute specificamente riguardanti i soggetti migranti, fino a sottolineare, nelle conclusioni, come il far luce sui diversi livelli di vulnerabilità di immigrati ed autoctoni si riveli di estrema importanza non solo per la pianificazione di interventi mirati alla tutela della salute dei soggetti più deboli ma anche per rivelare le effettive capacità (e disponibilità) di inclusione della società ospitante.

Il problema delle disuguaglianze che si strutturano a partire da differenze etniche e culturali, e che andandosi ad intrecciare con scarsità di risorse economiche e relazionali colpiscono poi il capitale di salute individuale degli immigrati, è centrale anche in *Interpretazione e mediazione in un sistema di cura interculturale. Pratiche di esclusione e pratiche di inclusione dei pazienti migranti* di Federico Farini, saggio collocabile trasversalmente rispetto alle aree

individuare nella nostra figura, toccando i temi sia della crucialità delle reti sociali, sia dell'accesso a servizi socio sanitari e delle barriere culturali, sia più in generale delle condizioni di vita e di lavoro.

Tenendo sempre ben presente la necessità di dover chiarire la reale funzione della mediazione interlinguistica e interculturale, domandandosi costantemente nelle diverse situazioni se questa fosse realmente in grado di promuovere una partecipazione attiva del paziente migrante, oppure se la sfavorisse, Farini dedica la parte empirica della sua ricerca allo studio dell'attività congiunta di traduzione e mediazione interculturale in contesti sanitari, concentrandosi non solo sugli aspetti linguistici, ma anche sulle dinamiche di inclusione ed esclusione in atto tra operatori ed utenti. L'analisi del corpus di dati (interazioni medico-paziente mediate da un interprete, raccolte nell'anno 2010 in strutture sanitarie pubbliche delle province di Modena e Reggio Emilia) dà conferma di come agli interpreti sia assegnato un ruolo e un potere ben più ampi rispetto a quelli comunemente riconosciuti alla figura del "semplice" facilitatore linguistico: coordinando la comunicazione sono infatti da considerarsi veri e propri mediatori interlinguistici e interculturali capaci di rendere (semplicemente mediante determinate scelte di traduzione) più o meno "invisibili" vissuti e richieste dei pazienti immigrati, influenzandone così fortemente e in qualche modo orientandone la partecipazione attiva.

Verte invece sulla dimensione socio-economica l'articolo di Micol Bronzini *Famiglie in affanno: una ricerca sui processi di impoverimento nel Comune di Senigallia*. A partire da un progetto sul monitoraggio delle famiglie a rischio di disagio nel Comune di Senigallia, proponendone una accurata lettura dei principali risultati emersi dalla ricerca empirica, l'autrice concentra la sua indagine su come il fenomeno della povertà stia cambiando nella realtà locale in esame, e sceglie di prestare particolare attenzione alle famiglie a rischio di disagio. Proprio in virtù del fatto che, pur non potendo essere definite povere in senso tradizionale, risultano essere - per una molteplicità di fattori - a rischio povertà, tali "famiglie in affanno" rappresentano uno spaccato particolarmente significativo per poter meglio comprendere le dinamiche di mobilità discendente e di irrobustimento delle disuguaglianze, ancor più in una fase di congiuntura economica sensibilmente sfavorevole come quella attuale.

I successivi due contributi propongono entrambi una lettura dei percorsi di malattia e di cura di soggetti che si trovino ad affrontare, con tutte le difficoltà ad essi connesse, patologie di origine ereditaria o con eziopatogenesi sconosciuta. Nel primo saggio «...là si riuscivano a fare cose che nel resto del territorio non si riuscivano a ottenere». Malati di *Sla e meccanismi di disuguaglianza in Italia* Valeria Cappellato e Nicoletta Bosco, concentrandosi sul caso del Piemonte e avvalendosi dell'analisi di documenti secondari e di 51 interviste semi strutturate rivolte a testimoni privilegiati e ad altri attori, indagano le pratiche di cura della sclerosi laterale amiotrofica e i relativi principali snodi problematici, proponendo importanti riflessioni sulla effettiva uniformazione di cure e aspetti organizzativi, e sulla presenza ancora rilevante, nonostante le recenti linee guida², di meccanismi in grado di produrre o accentuare le disuguaglianze tra i malati.

Nel secondo *La transitional care di adolescenti con malattie rare. Riflessioni sull'avvio di un progetto sperimentale realizzato presso l'ospedale infantile Regina Margherita di Torino* Annamaria Perino e Nicole Braida si occupano dell'ancora non risolto - e non sufficientemente considerato - problema della gestione dei pazienti in età adolescenziale che, secondo una prassi obsoleta ma comune dei servizi sanitari e socio-sanitari, passano direttamente dallo status di paziente pediatrico a quello di paziente adulto, spesso senza soluzione di continuità. Le autrici sottolineano come quest'indifferenza per gli adolescenti, e per le difficoltà della loro età, abbia conseguenze ancora più importanti nel caso di pazienti con malattie croniche e/o disabilità; e si propongono di dare un contributo alla tematica della *transitional care*, identificando i bisogni e rilevando le principali criticità dei pazienti in "età di passaggio". Insistono poi sulla necessità di strutturare la rete delle cure così da promuovere un continuum assistenziale sia dal punto di vista gerarchico-piramidale dei diversi livelli di assistenza e diversi sistemi di cura, sia dal punto di vista delle collaborazioni "orizzontali" che si affiancano e sostengono il sapere specialistico, in modo che il sistema riorganizzato riesca a dare risposte pertinenti a tutte le tipologie di utenti - adolescenti compresi - senza dar luogo a discriminazioni e diventare esso stesso veicolo e/o artefice di disuguaglianze.

² A partire dalla *Consulta sulle Malattie Neuromuscolari*, istituita con Decreto Ministeriale del 27 febbraio 2009, per individuare soluzioni efficaci per affrontare le maggiori criticità rilevate rispetto all'assistenza erogata, nelle diverse aree del Paese, alle persone con malattie neuro-muscolari progressive, fino ai più recenti accordi del maggio 2011 tra Governo, Regioni, Province autonome ed Enti locali riguardante la presa in carico globale dal punto di vista assistenziale delle persone con patologie neuromuscolari.

Chiude infine la sezione monografica un breve saggio di Giovanna Vicarelli dedicato al riconoscimento di *Salute e sanità come beni comuni*. L'autrice nota innanzitutto come nel dibattito politico che ha segnato la competizione elettorale degli ultimi mesi e le vicende istituzionali che ne sono seguite sia emerso più volte il tema dei beni comuni entrati ormai nel lessico dei mass media italiani, anche con accenti spesso retorici o del tutto evanescenti. Vicarelli fa notare come dei beni comuni sia stato fatto un uso anche marcatamente strumentale per dare più sostanza ai programmi di alcuni partiti politici o per designare alleanze presenti o future. Ricorda comunque il grande interesse del tema, e anzi la necessità di una seria e scrupolosa riflessione, tanto più se riferita «ai processi di trasformazione delle attuali configurazioni di benessere dei paesi europei». E infine mostra come le tante definizioni raccolte, apportando argomentazioni care tanto alla filosofia quanto al diritto, arrivino a trovare un punto di accordo nel rivendicare quali *bene comune sia la salute sia la sanità*.

Se è dunque vero che i “meccanismi” che danno luogo o comunque rinforzano le disuguaglianze non sono stati ancora del tutto chiariti, e non è semplice comparare gli interventi messi in atto e valutarne l'esito in termini di efficacia, è altrettanto vero che le differenze nello stato di salute non biologicamente determinate sono almeno in buona parte evitabili, in quanto suscettibili di interventi di politica sociale. Affrontare e risolvere, o per lo meno ridurre, le disuguaglianze sociali di salute³ vuol dire – come ben ci ricorda proprio questo ultimo intervento di Vicarelli - perseguire obiettivi etici e di giustizia sociale, politici e di rafforzamento della coesione sociale ma anche, sul lungo periodo, di convenienza economica poiché il costo degli interventi di contrasto è ampiamente ripagato in termini di benessere e delle dinamiche virtuose a questo legate.

È per questi e molti altri motivi che il contributo apportato dalla sociologia e dalle altre scienze sociali, cui vanno ad aggiungersi anche gli ulteriori, nuovi elementi apportati dalle riflessioni ospitate in questa nostra sezione, risulta tanto originale quanto essenziale nell'identificare e analizzare le disuguaglianze sociali – e in particolare gli effetti di queste sulla salute – e nell'individuare obiettivi e disegni dei possibili interventi.

Riferimenti bibliografici

Dahlgren G., Whitehead M. (1993), *Tackling Inequalities in Health: What Can We Learn from What Has Been Tried?* in «Working Paper Prepared for the King's Fund International Seminar on Tackling Inequalities in Health» Ditchley Park: Oxfordshire.

Woodward A., Kawachi I. (2000), *Why Reduce Health Inequalities?*, in «Journal of Epidemiology & Community Health», 54(12), 923-929. Retrieved from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1731601&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

³ Strategie, obiettivi e significati della lotta alla disuguaglianza sono presenti a partire dai primi anni '80 in molta della letteratura (soprattutto) internazionale sul tema. Il riferimento particolare è al noto intervento di Woodward e Kawachi (2000).

