

Salute e disuguaglianze in Europa

Processi sociali e meccanismi individuali in azione

GIULIA MASCAGNI



STRUMENTI
PER LA DIDATTICA E LA RICERCA

– 103 –

Giulia Mascagni

Salute e disuguaglianze in Europa

Processi sociali e meccanismi individuali in azione

Firenze University Press
2010

Salute e disuguaglianze in Europa. Processi sociali e meccanismi individuali in azione / Giulia Mascagni. – Firenze : Firenze University Press, 2010.
(Strumenti per la didattica e la ricerca ; 103)

<http://digital.casalini.it/9788884539793>

ISBN 978-88-8453-981-6 (print)

ISBN 978-88-8453-979-3 (online)

Progetto grafico di Alberto Pizarro Fernández

© 2010 Firenze University Press
Università degli Studi di Firenze
Firenze University Press
Borgo Albizi, 28, 50122 Firenze, Italy
<http://www.fupress.com/>

Printed in Italy



Indice

Prefazione	7
di Paolo Giovannini	
Introduzione	11
Prima Parte	
Capitolo 1	
Guardare alla salute per leggere la disuguaglianza sociale	17
Capitolo 2	
Welfare e salute in Europa: uno sguardo d'insieme	37
Capitolo 3	
Tre paesi, tre modelli: Svezia, Regno Unito, Italia	65
Seconda Parte	
Capitolo 4	
Disuguaglianze sociali e salute: gli aspetti redistributivi	101
Capitolo 5	
La dimensione socioculturale	127
Capitolo 6	
La dimensione relazionale	143
Conclusioni	167
Bibliografia	179

INDICE DELLE FIGURE E DELLE TABELLE

FIGURE

Trend della mortalità per malattie cardiovascolari	43
Piramide delle età - Svezia	80
Principali cause di mortalità per genere e gruppo d'età in Svezia. Confronto con la media europea (Eur-A=100), 2001	82
Piramide delle età - Regno Unito	84
Principali cause di mortalità per genere e gruppo d'età nel Regno Unito. Confronto con la media europea (Eur-A=100), 2001	85
Piramide delle età - Italia	87
Principali cause di mortalità per genere e gruppo d'età in Italia. Confronto con la media europea (Eur-A=100), 2001	89

TABELLE

Aspettativa di vita alla nascita, per genere	38
Aspettativa di vita in salute (dati 2006)	39
Disuguaglianze nella mortalità in base alla posizione socio-economica	40
Fumatori per genere e fascia di età (in percentuale)	45
Tumore al seno (anno di rilevazione 2002)	47
Percentuale del Pil destinato alla spesa sanitaria	70
Percentuale della popolazione per fasce di età - Svezia	81
Percentuale della popolazione per fasce di età - Regno Unito	83
Percentuale della popolazione per fasce di età - Italia	87
Incidenza dei fattori di rischio sulla vita media in salute	90
Indicazioni relative al consumo di alcol	92
Modello Demand-Control	118

Prefazione

Sono almeno tre decenni che le società europee, ma in modo ancor più accentuato l'Italia, vedono estendersi al loro interno aree sempre più vaste e numerose di disuguaglianza sociale, nelle quali si allargano progressivamente le forbici tra ricchi e poveri, tra chi ha e chi non ha – sul piano economico, ma anche su quello più generale delle chance di vita. Siamo vicini a un pericoloso livello di intollerabilità, che rischia di mettere in gioco le residue condizioni di integrazione e coesione sociale, con i rischi che ne conseguono per la stabilità delle istituzioni e per la tenuta del tessuto societario. In Italia, non sono ormai pochi quelli che individuano proprio in questa anomala divaricazione della struttura di classe la causa fondamentale della persistente situazione di ristagno economico e di blocco culturale del nostro paese. Quando i parametri della ricompensa sociale appaiono infatti fuori misura, quando si è dimostrato debole o inesistente il rapporto tra impegno e risultato, la società si fa immobile, prevale una figura sociale che potremmo definire di «cittadino scoraggiato», si diffonde tra la gente un senso di inutilità di ogni sforzo di mobilitazione personale, familiare e di gruppo, che finisce per allontanare anche dai terreni della politica e della socialità.

L'Autore affronta questo campo d'indagine – la disuguaglianza sociale – disponendo di un solido bagaglio teorico e metodologico, ma soprattutto facendo uso intelligente e misurato di quello strumento, patrimonio indispensabile di ogni buon ricercatore, che è l'immaginazione sociologica. Una qualità, per dirla con Mills, che permette di tenere insieme biografia e storia e di coglierne il mutuo rapporto nell'ambito della società, pur mantenendo distinte le difficoltà personali (*troubles*) dai problemi pubblici e sociali (*issues*). Una qualità che si applica ad ogni campo di indagine, un prerequisito ritenuto universalmente indispensabile in particolare in campo sociologico per impostare correttamente i più diversi problemi

di ricerca. Per dare un solo riferimento, è significativo da questo punto di vista che in un recentissimo manuale di sociologia (quello di Alexander e Thompson, appena uscito con Il Mulino) gli Autori, nell'affrontare ciascuno dei molti argomenti presi in analisi (dalla sessualità al genere, dal lavoro all'istruzione, dalla devianza alla salute, e così via), si pongano ossessivamente la stessa domanda – «Problema individuale o problema sociale?» – ad indicare che solo sciogliendo decisamente questo nodo con gli strumenti offerti dall'immaginazione sociologica si possa procedere a un serio lavoro di ricerca.

È soprattutto per analisi come quelle condotte in questo libro che l'immaginazione sociologica si rivela una capacità cruciale. Giulia Mascagni ne è ben consapevole e affronta decisamente il punto richiamando nell'*Introduzione* il classico esempio del *Suicidio*: un problema di indiscutibile natura individuale di cui pure Durkheim dimostra con ricchezza di dati la natura sociale. Osserva l'Autore che, se è vero che gran parte dei temi con i quali si confronta l'analisi sociologica si presenta agli occhi e al sentire dei più sotto un profilo assolutamente personale e unico che ne occulta la natura sociale e pubblica e che dunque pare affrontabile ed è affrontata con mentalità e strumentazione individuale, nell'ambito particolare della salute e delle disuguaglianze c'è in più una soggettiva difficoltà di ricondurre una condizione indubbiamente privata e personale (come è appunto lo star bene o lo star male) a una problematica pubblica e sociale.

In effetti, non bisogna andare molto oltre la propria esperienza di vita per capire come la salute (buona o cattiva che sia) possa essere percepita emotivamente dal soggetto come un dato tipicamente individuale. Non è un caso che la figura professionale dominante e pressoché esclusiva con la quale ci si rapporta su questo piano sia il medico, un professionista che solo molto raramente mette in campo strumenti diagnostici e tanto meno terapeutici di portata e di senso sopraindividuale. Mascagni accetta fin dall'inizio e senza incertezze queste sfide teoriche ed empiriche, procedendo via via a ricostruire la dimensione sociale dello stato di salute e la relazione sicura ma non semplice di questo con il sistema delle disuguaglianze. Una relazione pazientemente indagata su vari terreni e da varie prospettive. Quello della storia sociale, politica e istituzionale dei principali paesi europei, prima di tutto. Con due risultati rilevanti: primo, di sottolineare l'importanza delle storie nazionali e in particolare dei modi e tempi del passaggio alla società industriale nella scoperta e nella specifica configurazione del rapporto tra salute e disuguaglianze sociali; secondo, di evidenziare il ruolo cruciale anche se non univoco che i differenti sistemi nazionali di welfare giocano nel rendere più o meno stretto e vincolante quel rapporto.

Ma è sul terreno dell'analisi sociale che Giulia Mascagni porta i contributi di maggior interesse. Non limitandosi, come troppo spesso si registra nella letteratura di settore, a documentare lo stretto legame tra disugua-

glianza sociale e salute su un piano quantitativo e materiale, che guarda ai meccanismi distributivi e redistributivi della ricchezza come determinanti dell'ineguale distribuzione degli stati di salute: allargando invece l'orizzonte interpretativo agli aspetti qualitativi e immateriali, alle dinamiche sociali e relazionali, all'influenza esercitata dai patrimoni e dalle eredità culturali di gruppi sociali e territoriali sull'intensità e sulle modalità della relazione tra salute e disuguaglianze. È in particolare su questo terreno che l'Autore mette a profitto la sua non comune sensibilità per le dinamiche di lungo periodo, facendo largo ricorso a materiali empirici (fondati su storie di vita, studi di caso, analisi ecologiche e di storia delle società locali) in grado di gettare luce sui meno conosciuti processi sociali e meccanismi individuali che agiscono sul terreno della salute.

Star bene o star male si rivelano allora con chiarezza condizioni almeno parzialmente dipendenti dai contesti sociali che vi si accompagnano. Una dipendenza che però non segue né riproduce piattamente la scala e la direzione della disuguaglianza sociale, ma si fa più forte e lascia meno spazio all'azione individuale via via che si scende nella gerarchia economica e sociale. Sono i poveri cioè che, sperimentando sofferenze più che proporzionali rispetto alla loro realtà di deprivazione, dimostrano con assoluta nettezza la forte determinazione sociale dello stato di salute. Le ragioni sono molte e di diversa natura, assai bene argomentate nel libro. Ne richiamo solo una, che però risultata essere di grande peso. I servizi sanitari ed assistenziali – pure essendo istituzionalmente preposti a sorreggere e assistere i ceti più deboli della popolazione – si rivelano non di rado di scarsa efficacia e capacità attrattiva, venendo dunque meno alle proprie funzioni e aggravando ulteriormente la relazione positiva tra disuguaglianza sociale e salute.

Come ho detto, questa dinamica di influenza non opera però meccanicamente in una sola direzione. L'Autore è in questo senso molto attento a cogliere i segnali meno chiari e più controversi del rapporto che si stabilisce tra salute e disuguaglianze nella concretezza dell'esperienza sociale. Ricordo solo due analisi tra le più convincenti. La prima riguarda la relazione tra stato di salute, mobilità e destino sociale, di cui Mascagni indaga le reciproche influenze, sia lungo percorsi intragenerazionali che intergenerazionali. Vi intervengono variabili di diversa natura e vi gioca spesso un ruolo non secondario il caso e la buona o cattiva sorte. Una malattia o una morte, ad esempio, sono eventi che possono cambiare il corso di una vita, interrompere un processo sociale, modificare un progetto lungamente coltivato. Ma le possibili direzioni di questo cambiamento, gli sviluppi negativi o positivi di esso, sono ancora una volta da riportare al peso e all'azione delle condizioni sociali alle quali è soggetto l'individuo (o meglio, l'individuo-famiglia) colpito dall'evento; come, e ancor più, al clima culturale e alla rete di relazioni sociali nelle quali è immerso.

La seconda analisi si collega a quest'ultimo punto. Facendo tesoro della tradizione scientifica della Scuola fiorentina sulle problematiche terri-

toriali, di cultura e società locale, Giulia Mascagni propone alla fine del suo lavoro un'interessante sintesi delle reciproche influenze tra salute e disuguaglianze guardando a come le determinanti economiche, culturali e sociali si incrociano empiricamente sul territorio, fornendo all'azione individuale una specifica cornice culturale e relazionale, limitata nel tempo e nello spazio, riportabile all'unicità e alla diversità di ogni società locale. È un tentativo – come potrà vedere il lettore – che offre una configurazione e una concretezza storica inusuale al problema al centro del libro, proponendo convincentemente spiegazioni che normalmente sfuggono alle analisi non territoriali, e soprattutto riuscendo a dar conto delle differenze intranazionali di relazione tra salute e disuguaglianze che altrimenti resterebbero di incerta spiegazione.

Segnalo infine un ultimo pregio di questo libro, che per scelta del tema e stile espositivo si richiama alla migliore vocazione della sociologia: e cioè l'impegno civile che lo anima nell'affrontare un tema scientificamente scomodo e pieno di difficoltà interpretative, ma che dovrebbe assai più di quanto non accada oggi essere costantemente all'attenzione delle classi dirigenti e dell'opinione pubblica. Perché è su questo piano, più che altrove, che si gioca l'eterna partita tra i due valori fondamentali della convivenza umana, quello della libertà e quello dell'uguaglianza.

Paolo Giovannini

Introduzione

Come dimostra l'aspro conflitto sulla riforma sanitaria che sta caratterizzando la prima fase governativa della nuova presidenza statunitense, è sul terreno della salute che più chiaramente emerge il confronto tra le grandi scelte sociali e politiche, e si rinnova l'eterna competizione – costitutiva ma quasi inconciliabile opzione della civiltà occidentale – tra le ragioni della libertà e quelle dell'uguaglianza.

L'idea di partenza di questa ricerca è stata quella di confrontarsi con il classico ma ancora non risolto problema sociologico della disuguaglianza andando a ricercare e, se possibile, a dimostrare le sue relazioni con lo *stato di salute*. Le ragioni che hanno spinto ad indagare su questa ipotesi sono molte. La prima è di diretta ispirazione durkheimiana. Come Durkheim aveva affrontato il tema del suicidio per dare prova della natura *sociale* di un atto considerato da tutti *individuale*, così con questo lavoro si è scelto di dimostrare per quanto possibile la natura sociale (almeno parzialmente sociale, dato il suo essere stato indiscutibilmente anche fisico e biologico) della salute: nel duplice senso che su questa influiscono decisamente quelli che la letteratura disciplinare definisce *determinanti sociali della salute*, e la stessa a sua volta agisce causalmente in maniera rilevante nel determinare traiettorie ed esiti finali dei percorsi di vita.

La seconda ragione sta nell'assoluta centralità attribuibile ed attribuita allo stato di salute per la vita dell'individuo così come per la vita della società. La natura sociale del problema della salute è per così dire enfatizzata dalla stretta, immediata e drammaticamente vissuta relazione che la lega alle questioni cruciali della sopravvivenza, a livello individuale, ma anche a livello familiare, di gruppo e persino di società¹. È nella sfera della salute

¹ Si pensi a cosa hanno significato, in passato, le grandi epidemie, e a come ancora oggi esse possano mettere in pericolo – è il caso dell'AIDS – l'esistenza stessa di intere società.

che la sensibilità è più avvertita, e più direttamente presente nella esperienza quotidiana e nella memoria individuale e collettiva. Ciò ha significato avere a disposizione una enorme quantità di dati – cosa che, peraltro, ha creato qualche problema – sia sull'oggi sia sul passato anche remoto: per alcuni casi nazionali (come il Regno Unito, ma non solo) la possibilità di accedere ad una ricchissima documentazione, anche sul lungo periodo, ha consentito un approccio diacronico non facilmente esperibile in altri settori di ricerca.

La terza ragione, infine. Come si argomenterà meglio nel primo capitolo, guardare alla salute per leggere la disuguaglianza sociale è sembrato, forse un po' ingenuamente, un modo più semplice e meno arbitrario di disporre di dati e informazioni «oggettivi» e «misurabili» su una situazione – appunto, lo stato di salute – che tutta la letteratura specialistica ha ampiamente, anche se spesso genericamente, dimostrato essere in relazione con lo stato della disuguaglianza presente all'interno di una società. In altre parole, l'idea è stata quella di poter disporre di un indicatore sufficientemente preciso, o almeno comparativamente più preciso di altri possibili, che consentisse di valutare il peso e la configurazione dell'ineguale distribuzione delle risorse economiche, culturali e sociali all'interno di un paese.

Come si vedrà, l'analisi si è posta dei sicuri limiti spaziali e temporali. Prima di tutto prendendo in esame la situazione europea solo nel suo nucleo originario, per garantirsi un livello sufficiente di omogeneità del campo d'indagine: risulterebbe infatti poco efficace mettere a raffronto su un tema come questo paesi a forte differenza di sviluppo, per la relazione troppo scontatamente lineare che si viene a stabilire tra salute e disuguaglianza sociale (come si accennerà all'inizio del quarto capitolo). Secondo, focalizzando poi l'indagine su tre paesi, Svezia, Regno Unito e Italia, la cui storia recente, i profili istituzionali, e le stesse caratteristiche sociali e culturali li hanno candidati a rappresentare con buona approssimazione le diverse tipologie prevalenti in Europa sotto i profili più direttamente collegati al tema della nostra ricerca: sistemi di welfare e politiche sanitarie in primo luogo. Infine, ricostruendo i relativi contesti nazionali, sul piano dell'assetto sociale e culturale, ma anche dei loro percorsi storici e istituzionali e dei loro esiti contemporanei. Ciò ha consentito una valutazione meno meccanica dei risultati via via emersi, mettendoli continuamente a confronto e, per così dire, ponderandoli con le rispettive realtà nazionali.

Entrando nel vivo della ricerca si è però dovuta affrontare una prima, e in buona parte inaspettata, difficoltà. A differenza dell'impostazione data a questo lavoro, che vuole indagare la salute nella sua relazione con la disuguaglianza sociale – ovvero si propone di affrontare il problema che fin dalle origini della disciplina è considerato centrale e in un certo senso costitutivo della sociologia – e ha dunque valenza specificamente sociologica, la maggior parte delle indagini condotte sul tema si rifà invece a discipline diverse, nei confronti delle quali la ricerca sociologica dimostra con

poche eccezioni una forte subalternità teorica e metodologica. Dominante, in campo nazionale e ancor più in campo internazionale, è l'epidemiologia, che opera scientificamente, nella maggior parte dei casi, dentro grandi dipartimenti o centri di ricerca medica, quindi in supporto e con obiettivi definiti nel campo della medicina più che in quello delle scienze sociali. Lo stesso si può dire per le discipline economiche che, negli ultimi tempi, ormai dedicano non poca attenzione alla relazione tra disuguaglianza sociale e salute con l'approccio e le metodologie formalizzate tipiche del campo, e con risultati, a dire il vero, poco utilizzabili ai fini di una analisi di tipo sociologico. Infine, sono spesso gli stessi medici a muoversi in questa direzione di ricerca, con contributi di interesse variabile, ma comunque – come è ovvio – poco addentro alle tematiche più tipicamente sociologiche.

Sono emerse anche altre problematicità. La ricerca sociologica sulla relazione disuguaglianza sociale/salute non solo occupa uno spazio quantitativamente ridotto ma – come già si è accennato – dà purtroppo l'impressione di essere spesso dipendente dagli approcci, dalle metodologie e persino dagli stessi apparati concettuali e definitori che sono normalmente adottati negli altri campi disciplinari. Ci sarà più di un'occasione, nel corso del volume, di mettere in rilievo queste aporie, che si manifestano anche nell'uso poco riflettuto di terminologie quasi assenti nella tradizione sociologica e invece assolutamente dominanti nella letteratura sul tema – alle quali, alla fine, ci siamo quasi sempre dovuti adattare anche in questo lavoro. Per fare solo qualche esempio, concetti ed espressioni come *gradiente sociale*, *determinanti sociali della salute*, *disuguaglianze sociali nella salute*, *sindrome di status*, *inconsistenza di status*, e così via, sono accettati senza opposizione nella ricerca sociologica, mentre sarebbe forse più opportuna una loro utilizzazione più critica e meno meccanica. Sono difficoltà che manifestano tutta la loro importanza quando si vanno ad utilizzare le pur ricchissime banche dati nazionali e internazionali che dedicano attenzione al problema, e persino le stesse survey che periodicamente indagano la relazione tra disuguaglianza e salute. Perché, come è per certi versi naturale, le categorie concettuali, i sistemi di classificazione e le tipologie di aggregazione dei dati seguono l'impostazione *mainstream*, alla quale dunque anche l'analisi secondaria, come in gran parte è stato fatto in questa stessa sede, si deve giocoforza adattare.

La seconda parte del lavoro fa largo ricorso all'analisi delle più importanti ricerche sociologiche prodotte sul tema in funzione di un approfondimento dei principali meccanismi che mettono in relazione disuguaglianze sociali e salute. Esaurito nella prima parte l'approccio comparativo, rimane un riferimento privilegiato anche se non esclusivo ai tre paesi prescelti. L'idea, come già detto, è che la valutazione e l'interpretazione dei risultati di queste ricerche possano risultare meno influenzate dalla varietà delle situazioni prese in esame, e trovino dunque una loro maggiore solidità per essere inserite in un contesto sociale, culturale e istituzionale già conosciuto.

to e descritto nelle sue linee essenziali. A fianco dell'analisi secondaria, ci si è avvalsi anche del materiale informativo accumulato in specifiche banche dati, o frutto delle poche ma importanti survey che hanno contribuito negli ultimi anni ad arricchire quelle analisi longitudinali così significative per questo lavoro. Infine, soprattutto nel sesto capitolo, si è fatto ricorso quando possibile a studi di caso che meglio si prestano a dar conto di come si struttura il rapporto tra disuguaglianze sociali e salute in specifici contesti ambientali e territoriali.

L'obiettivo principale di questa seconda parte è sicuramente – anche quando fa uso di dati *hard* – più di natura qualitativa che quantitativa. L'idea da cui si è mossi è quella di focalizzare l'analisi sui più importanti processi in gioco nella relazione tra disuguaglianze sociali e condizioni di salute. Lo si fa in due modi. Primo, seguendo il percorso conoscitivo che ha portato negli ultimi decenni a isolare e ricostruire alcuni di quei processi, così da identificare via via i passaggi teorici e concettuali che sono venuti progressivamente arricchendo (e complicando) la loro interpretazione. Secondo, affrontando il problema sui due principali terreni nei quali si struttura il rapporto tra disuguaglianze sociali e salute, e cioè quello redistributivo (a partire dunque dagli aspetti quantitativi e materiali) e quello relazionale, dove si presterà più diretta attenzione agli aspetti qualitativi e immateriali (reti sociali, cultura, valori, stili di vita, ecc.). Chiude il volume un'analisi che tiene insieme entrambi gli aspetti, ma tentandone una lettura a partire da più precise variabili di contesto ambientale e di società locale, con l'intento di valutare l'autonoma incidenza delle differenze territoriali e di ricostruire le relazioni tra disuguaglianza sociale e salute in una più concreta dimensione mesosociologica.

PARTE PRIMA

Concepisco nella specie umana due generi di disuguaglianza: l'una che chiamo naturale o fisica, perché è stabilita dalla natura, e che consiste nella differenza di età, di salute, di forze corporee e qualità dell'intelligenza e dell'anima; l'altra che si può chiamare disuguaglianza morale o politica, perché dipende da una specie di convenzione ed è stabilita o almeno autorizzata dal consenso degli uomini. Quest'ultima consiste nei diversi privilegi di cui alcuni godono a danno degli altri – come essere più ricchi, più onorati, più potenti di loro, o anche di farsi obbedire. Non si può chiedere quale sia l'origine della disuguaglianza naturale, perché la risposta è già contenuta nella semplice definizione della parola. Ancora meno è possibile cercare se non ci sia qualche legame essenziale fra le due disuguaglianze perché sarebbe come chiedere con altre parole se quelli che comandano valgono necessariamente di più di quelli che obbediscono e se le forze del corpo o dell'intelligenza, la saggezza o la virtù, si trovino sempre negli stessi individui proporzionate alla loro potenza o alla loro ricchezza. (Rousseau 1755, p. 32)

Guardare alla salute per leggere la disuguaglianza sociale

L'essere in salute può essere definito non solo con una accezione negativa come una generica assenza di patologie e rischi che compromettono le normali attività di un individuo fino a metterne a rischio la stessa sopravvivenza, ma più precisamente – come peraltro suggerisce fin dal 1947 la stessa Organizzazione Mondiale della Sanità – tenendo anche conto della sua dimensione positiva, può essere esplicitato come stato di benessere delle condizioni psicofisiche dell'individuo¹. L'essere in salute rappresenta dunque la preconditione necessaria affinché «una persona abbia piena capacità di misurarsi con la realtà, al fine di realizzare se stessa in modo proporzionale ai valori, ai compiti, ai bisogni, alle aspirazioni, alle potenzialità individuali che essa si pone, all'interno di un contesto sociale che avanza delle domande e introduce dei vincoli che la persona deve poter negoziare efficacemente» (Costa, Cardano, Demaria 1998, p. 34).

Tra le molte possibili prospettive offerte da uno studio della salute di taglio sociologico, si è scelto di affrontare una questione per molti versi cruciale: quella della controversa relazione tra disuguaglianze sociali e condizione psicofisica dell'individuo. In un recente lavoro di sistematizzazione teso ad individuare le teorie principali e i futuri obbiettivi della sociologia della salute e della medicina (Williams, Gabe, Calnan 2000) le dimensioni di maggiore interesse di studio e di riflessione tanto teorica quanto empirica

¹ Il seguente brano di Amartya Sen si rivela utile per meglio comprendere questa proposta di definizione della categoria di salute: «Il concetto di libertà individuale comprende, da un lato, tutte quelle caratteristiche positive e funzionali che ci mettono in grado di vivere da individui responsabili e attivi, dall'assistenza sanitaria all'istruzione, alla liberazione dalla fame e dalla miseria e così via. Dall'altro lato, comprende anche nostre libertà e autonomie fondamentali quali la possibilità di partecipare ai processi politici e sociali che influenzano le nostre vite. La libertà in questo contesto viene valutata sia nel suo senso positivo (libertà di) sia nel suo senso negativo (libertà da)» (1998, p. 57).

sono state individuate in: disuguaglianze, corpo, rischi e consumi, emozioni. Di queste la dimensione della disuguaglianza occupa lo spazio di maggiore interesse sociologico, anche se – come si vedrà – sarà necessario tenere conto dell'interazione con gli altri elementi in gioco, primi fra tutti il corpo, i comportamenti a rischio e le pratiche di vita e di consumo.

1. La scoperta del problema

È opportuno, prima di tutto, soffermarsi brevemente sulla complessa e antica questione del riconoscimento della relazione tra disuguaglianze sociali e salute, della sua natura e della sua rilevanza². Oggi la salute è universalmente riconosciuta come uno specchio dello stato di benessere di una società, tuttavia la consapevolezza e l'ammissione di questa relazione sono maturate lentamente nel tempo. Alcune tappe di questa scoperta sono particolarmente importanti ed emblematiche di come le differenze sociali nelle aspettative di vita e nei livelli di salute siano un dato costantemente presente nella storia delle società. Per limitarsi comunque all'epoca moderna, si ricorda come già nella Ginevra del XVII secolo si registrassero differenze di vita media di ben 18 anni tra le classi sociali più facoltose, la cui aspettativa di vita si aggirava attorno ai 36 anni, e quelle più disagiate, per le quali la speranza di vita arrivava a soli 18 anni (Perrenoud 1979). Differenze rilevate con simili modalità di distribuzione – a conferma empirica della regolarità delle disuguaglianze della salute nella scala sociale – anche dallo studio di Margaret Whitehead (Drever e Whitehead 1997) basato sull'analisi dei dati registrati tra il XVII e il XVIII secolo dalle anagrafi parrocchiali di diverse città della Gran Bretagna.

Gli effetti perversi delle disuguaglianze sociali sulla salute cominciano ad essere osservati direttamente e combattuti apertamente proprio tra

² La questione si presenta complessa anche dal punto di vista della definizione terminologica. Guardando alla letteratura di settore si sono incontrate almeno due formule ricorrenti: *disuguaglianze sociali di salute* e *disuguaglianze sociali in/nella salute*. La prima – per fare solo alcuni esempi – è stata adottata da Jean Olivier Mallet (a partire dal titolo della sua relazione *Disuguaglianze sociali di salute, ricerca scientifica e dibattito pubblico: alcuni appunti sul caso francese* presentata al convegno AIS di Pescara nel novembre 2006); da Johannes Siegrist (si ricorda l'articolo del 2006 *Le disuguaglianze sociali di salute: oltre le spiegazioni materiali* pubblicato sul primo supplemento del 2006 di Salute e Società); da Mario Cardano (2008b). La seconda, rintracciabile anche in articoli in lingua inglese come *A typology of actions to tackle social inequalities in health* di Margaret Whitehead (2007), è riproposta da diversi autori italiani, da Costa (con Cardano, Demaria 1998; e con Bellini, Spadea 2006) a Stefanini (2006). In questo volume però parlare tanto di *disuguaglianze sociali di salute* quanto di *disuguaglianze sociali nella salute* non sembra sufficientemente in linea con l'impostazione adottata. Perseguendo l'obiettivo di individuare quelle disuguaglianze sociali capaci di esercitare un'influenza particolare sullo stato di salute, ma anche di ricostruire processi sociali e meccanismi individuali di interazione tra le due dimensioni, si è preferito adottare (abituamente) la formula *disuguaglianze sociali e salute*, proprio per sottolineare la relazione di reciproca influenza tra sistema delle disuguaglianze sociali e sfera della salute.