

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 problematichità. 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 definitivi 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.