

DISEGUAGLIANZE SOCIALI, POVERTÀ E SALUTE

1. *Disuguaglianze sociali di salute*

A partire dalla seconda metà di questo secolo in gran parte dei Paesi industrializzati le statistiche sullo stato di salute della popolazione documentano la presenza di due tendenze contraddittorie: la crescita generalizzata della speranza di vita e il progressivo inasprirsi delle disuguaglianze di mortalità e morbilità che separano gli individui in ragione della loro classe sociale. Mentre cresce la speranza di vita *media*, cresce, sul medesimo parametro, la *distanza* tra le classi sociali. Muovendo dalle classi sovraordinate verso quelle subordinate la speranza di vita tende a contrarsi con un andamento regolare [Mackenbach, Bos, Andersen *et al.* 2003; Costa, Spadea e Cardano 2004]. Una regolarità che permane quale che sia l'indicatore di posizione sociale impiegato e gli esiti di salute considerati. Si tratta inoltre di disuguaglianze che non si limitano ad opporre gli estremi della scala sociale: i più poveri da un lato, contro chi gode di migliori sorti. Siamo in presenza di differenze che crescono con regolarità man mano che, per così dire, si scendono i gradini della scala sociale. Tutto ciò accade in uno scenario caratterizzato da profonde trasformazioni demografiche ed epidemiologiche [Vågerö 1991]. Lo scorso secolo, in Europa si è potuto osservare una rilevante riduzione dei tassi di mortalità generale e, soprattutto, dei tassi di mortalità infantile. La riduzione della mortalità generale («transizione demografica») è stata accompagnata da un sensibile mutamento nel profilo della mortalità specifica, delle principali cause di morte («transizione epidemiologica»). A dispetto di tutto ciò le disuguaglianze sociali di salute mostrano una peculiare persistenza, un' «inerzia sociologica» [Vågerö 1991, 367] che richiede una spiegazione.

La spiegazione che per prima si impone – le disuguaglianze di salute dipendono dalle differenze nella cura – non sembra convincente. Le cure e, più in generale, la qualità dell'assistenza sanitaria, rilevanti sotto il profilo della sopravvivenza, hanno un impatto decisamente modesto sull'incidenza delle patologie [Tarlov 1996]. La sorprendente crescita della speranza di vita tra le popolazioni dei Paesi occidentali osservata tra l'inizio e la fine del secolo scorso, si deve solo in minima parte ai paralleli progressi della medicina [Tarlov *ibidem*].

Del pari deludenti sono i tentativi di ricondurre le disuguaglianze di salute a fattori genetici. La plausibilità dell'ipotesi genetica è posta in forse da uno dei più rilevanti eventi epidemiologici del secolo scorso, la «transizione epidemiologica». Con la transizione epidemiologica le cosiddette malattie dell'opulenza, principali responsabili della mortalità delle classi sovraordinate, diventano progressivamente «le malattie dei poveri che vivono nelle società opulente» [Wilkinson 1996]. Un fenomeno, quest'ultimo, che mette in dubbio l'ipotesi di una diversa suscettibilità alla malattia, imputabile al corredo genetico proprio di ciascuna classe sociale¹.

Decisamente più promettenti risultano le spiegazioni che dirigono l'attenzione sui determinanti sociali [Marmot e Wilkinson 1999]. In quest'ambito le disuguaglianze di salute si qualificano come la sedimentazione nei corpi delle differenze che separano le traiettorie biografiche degli individui, in ragione della loro (mutevole) collocazione sociale. Il «meccanismo» che traduce le esperienze biografiche nell'idioma corporeo della salute ha le

¹ Al novero delle spiegazioni genetiche è altresì riconducibile la cosiddetta *health selection hypothesis*, illustrata più compiutamente in Cardano [2008].

proprie radici in un processo fisiologico noto come *fight or fly response* [Brunner e Marmot 1999]. A fronte di sollecitazioni ambientali che possono configurarsi come una minaccia o, quantomeno, come una rottura della routine il nostro organismo reagisce con una risposta adattiva che innesca comportamenti ora di fuga ora di lotta, entrambi correlati a mutamenti a livello neuroendocrino. Quando queste sollecitazioni hanno un carattere episodico il loro impatto sulla salute è neutro, se non addirittura positivo. Altro è il caso di una sollecitazione protratta nel tempo che, in un registro metaforico, rende emotivamente gravosa sia la fuga, sia la lotta. Quando ciò accade lo stress si fa cronico e intacca lo stato di salute degli individui. La probabilità di sperimentare – ripetutamente – relazioni sociali che innescano la condizione di stress cronico cresce muovendo dalla cima alla base della scala sociale ed è questo ciò che determina le disuguaglianze sociali di salute [Freund 1990; Siegrist 1999; Marmot 2004]².

Concludo questa sommaria rassegna delle ipotesi esplicative delle disuguaglianze di salute richiamando una fra le spiegazioni cui più spesso si ispirano i programmi di educazione alla salute: quella che chiama in causa gli stili di vita. In questa prospettiva le disuguaglianze di salute si configurano come l'effetto aggregato della diversa propensione degli individui ad adottare stili di vita insalubri. Si tratta di differenze associate alla collocazione sociale degli individui: sono le persone cui competono minori privilegi a mostrarsi più pronte al fumo, all'alcool, a regimi alimentari inadeguati. Questo dato di fatto viene comunemente interpretato in un registro atomistico, che imputando *esclusivamente* agli individui la responsabilità delle proprie condotte, esita in un'aperta colpevolizzazione della vittima³. È tuttavia possibile interpretare altrimenti la relazione fra stili di vita e salute, restituendo l'azione dei singoli individui al contesto sociale di cui è parte, evitando i problemi etici cui ho fatto cenno più sopra. A questa chiave di lettura farò riferimento più in là nel testo (paragrafo 3) nell'illustrazione del nesso fra povertà e cattiva salute.

La relazione fra povertà e salute rientra all'interno del quadro teorico tratteggiato più sopra. Concentrando l'attenzione sullo stato di salute delle persone che hanno attraversato la linea di confine che separa il benessere dalla povertà è possibile cogliere le conseguenze più drammatiche di un processo che investe la società nel suo insieme. In questo segmento della popolazione, costituito da coloro che fronteggiano forme – più o meno intense – di privazione economica, l'interazione fra «carriera economica» e «carriera di salute» si fa più stretta, così come il travaso dei disagi da questi, ad altri ambiti di vita. Tutto ciò consente di osservare, incisi con tratti più marcati, processi sociali che, con minor intensità ritroviamo nella società nel suo insieme.

2. *Povertà e salute*

La relazione fra salute e povertà costituisce l'oggetto di un'analisi che ha radici profonde nella tradizione delle scienze sociali ed epidemiologiche. Si tratta di una relazione apparentemente autoevidente: sembra fuor di questione, il fatto che la povertà abbia ripercussioni sullo stato di salute di chi ne fa esperienza [McDonough e Berglund 2003, 198]. Si tratta di una tesi difficilmente contestabile quando la povertà è intesa come *deprivazione assoluta*: privazione di cibo, di una casa, dei più elementari diritti di cittadinanza.

² Per un'illustrazione più puntuale dei meccanismi – emotivi e cognitivi – responsabili dell'innescamento della condizione di stress cronico si rinvia alla versione estesa del contributo, pubblicata nel sito della Fondazione Gorrieri (www.fondazionegorrieri.it).

³ A una critica della lettura convenzionale dell'associazione fra stili di vita e salute è dedicato il mio saggio [Cardano 2008, 125-132], cui si rimanda.

Va da sé che, definita in questi termini la relazione fra povertà e salute non può che essere scontata: la mancanza delle più elementari risorse di sopravvivenza non può che compromettere lo stato di salute. Confinata a contesti sociali sempre più limitati, questa forma così radicale di povertà non è comunque scomparsa. È sufficiente attraversare le stazioni delle grandi città, costeggiare i confini delle periferie urbane, per incontrare *nuove* forme di deprivazione poco o nulla diverse da quelle descritte nei romanzi sociali dell'Ottocento, usciti dalle penne di Dickens o di Hugo. Basta, inoltre, estendere lo sguardo ai Paesi del Terzo Mondo per riconoscere il marchio di questa forma di povertà negli oltre dieci milioni di bambini che – ogni anno – muoiono prima di compiere cinque anni [Stefanini, Albonico e Maciocco 2006, 40].

Questa forma di povertà – estrema – quella che ha ispirato i primi studi sociologici ed epidemiologici sul nostro tema, tuttavia non esaurisce le esperienze di privazione capaci di imprimere il loro marchio sullo stato di salute degli individui. Nelle società post-industriali la povertà si mostra perlopiù con altre vesti. Non più confinata ai soli territori dell'esclusione, la povertà arriva a lambire la vita degli inclusi [Negri e Saraceno 2003], assumendo una forma che non è più quella della deprivazione assoluta, ma della *deprivazione relativa*: la mancanza delle risorse cui i più hanno accesso. A questo mutamento che attiene all'intensità della privazione se ne aggiunge un altro, forse ancora più rilevante per i nostri scopi, che ha a che fare con la collocazione nello spazio e nel tempo sociali dell'esperienza di povertà. Nelle società post-industriali – osservano Walker e Leisering [1998] – la povertà subisce un processo di «democratizzazione», diventando una condizione di cui possono fare esperienza – ovviamente non con la medesima probabilità – individui e famiglie delle più diverse condizioni sociali: non solo i disoccupati, ma anche gli occupati; non solo i colletti blu, ma anche i colletti bianchi. La povertà, da ultimo, cessa di essere una condizione stabile o, quantomeno di lungo periodo, per punteggiare, con durate e intensità diverse, le traiettorie biografiche degli individui [Walker e Leisering 1998]. Distribuita nel tempo e nello spazio sociali, la povertà cessa di essere esclusivamente l'attributo stabile di una *popolazione* circoscritta per diventare un *processo* che vede l'attraversamento, ora in una direzione, ora nell'altra, del confine mobile che separa le condizioni di benessere e povertà [Olagnero 2008]. Meno movimentato, ma pur sempre mutevole, è lo scenario dell'andamento nel tempo dello stato di salute. Il tempo – come noto – depaupera questa importante risorsa, come documenta il contributo di Lucchini, Sarti e Tognetti in questo volume, ma con una velocità che varia sensibilmente in ragione della latitudine, del genere, della posizione sociale degli individui e di tutto ciò che contribuisce a connotare le loro traiettorie biografiche [Pearlin, Schieman, Fazio e Meersman 2005].

Collocato in questa cornice, il rapporto fra povertà e salute perde i tratti dell'ovvietà, per assumere una fisionomia più complessa. Povertà e salute, da stati puntuali, diventano processi che si dipanano nelle traiettorie biografiche degli individui, disegnando intrecci fra le carriere di un medesimo individuo (ad esempio fra la caduta in povertà e la compromissione dello stato di salute) e fra quelle di diversi individui (ad esempio fra la caduta in povertà del *male breadwinner* e lo stato di salute della sua *partner* e dei loro figli). Corredata della dovuta profondità temporale, la relazione fra povertà e salute diviene circolare, tessuta da una rete di interdipendenze che coinvolgono innanzitutto la «carriera di salute» e la «carriera di povertà», ma che non si limitano ad esse, per modellare e venire modellate dagli elementi che compongono la traiettoria biografica di un individuo, primi fra tutti il genere, l'etnia, la «carriera familiare».

La complessità della relazione fra povertà e salute è documentata da due recenti ricerche condotte l'una in Germania, l'altra negli Stati Uniti. Il primo studio, a firma di Michael Thiede e Stefan Traub [1997], si propone di sottoporre a controllo due ipotesi relative,

l'una all'impatto del deterioramento delle risorse economiche sullo stato di salute (*prevention hypotheses*), l'altra alle conseguenze economiche della compromissione dello stato di salute (*deprivation hypotheses*). La base empirica dello studio è costituita da poco meno di seimila famiglie monitorate nei loro destini dal *German Socio Economic Panel* ed esaminate da Thiede e Traub per il periodo compreso fra il 1992 e il 1994. Entrambe le ipotesi risultano corroborate, ma è la prima a mostrare maggior solidità. Povertà e salute risultano legate da una relazione circolare che si fa più stretta quando si assume l'impoverimento come causa e la salute come effetto.

A conclusioni analoghe pervengono Peggy McDonough e Colleghi in uno studio condotto sul *Panel Study of Income Dynamics* [McDonough, Sacker e Wiggins 2005]. Il disegno dello studio si dispone su di un orizzonte temporale più esteso: gli autori seguono le sorti di un campione di circa cinquemila famiglie reclutate nel *panel* nel 1968 e osservate sino al 1996. Per il periodo compreso fra il 1968 e il 1983 gli autori dispongono esclusivamente di informazioni sui destini economici dei casi in studio; a partire dalla *wave* del 1984 a ciò si aggiunge l'informazione cruciale relativa alla salute percepita. Lo studio prevede l'osservazione dell'impatto delle condizioni economiche sullo stato di salute per il periodo compreso fra il 1968 e il 1984, e poi l'analisi delle relazioni fra, «storie di salute» e «storie di povertà» per il periodo compreso fra il 1984 e il 1996. I risultati documentano un chiara relazione fra povertà e salute, ma, al contempo mostrano come direzione e intensità del *cross career effect* messo a tema siano mediate da un insieme di tratti sociodemografici, segnatamente l'età, il genere, l'etnia e l'istruzione. L'esame delle sorti dei casi in studio all'interno della prima «finestra» temporale, fra il 1968 e il 1984, documenta la presenza di un'associazione fra salute percepita e «storie di povertà». Gli autori distinguono quattro traiettorie: quella di coloro che permangono stabilmente al di sopra della soglia di povertà, quella di coloro che – viceversa – hanno stabilmente esperito una condizione di povertà e, fra i due estremi, le storie di caduta in povertà e quelle di emersione. La salute percepita (*media*) si contrae in ragione della durata e della prossimità dell'esperienza della povertà: minima fra gli stabilmente poveri, cresce fra i casi approdati alla povertà da una condizione di relativo benessere, cresce ancora fra coloro che da una condizione di povertà sono approdati al benessere e si attesta sul livello più elevato per i casi stabilmente al di sopra della soglia di povertà. Le analisi condotte all'interno della seconda «finestra» temporale, fra il 1984 e il 1996, consegnano risultati compositi. Emerge, innanzitutto, come, per tutti i casi in studio, la caduta in povertà si leghi a un deterioramento della salute che risulta uniforme nelle quattro popolazioni. Detto altrimenti, indipendentemente dalla misura nella quale la povertà ha inciso sulle traiettorie biografiche sviluppatesi nel primo periodo di osservazione (1968-83), l'esperire una (nuova o ulteriore) caduta in povertà compromette la salute in modo omogeneo⁴. «Questi risultati – osservano gli autori – sottolineano la natura distruttiva della povertà per la salute; questo indipendentemente da quando viene vissuta» [*ibidem*, 1805]. Maggiore è il rilievo del risultato consegnato dall'osservazione della forma assunta dalla relazione fra «storie di salute» e «storie di povertà» in ragione delle principali variabili sociodemografiche a disposizione degli autori: età, genere, etnia (afro-americani vs il resto della popolazione) e livello di istruzione. Emerge che la natura dell'intreccio fra «storie di povertà» e «storie di salute» dipende – per direzione e intensità – dalle caratteristiche socio-culturali messe a tema. Quel che emerge è una «susceptibilità» differenziata alle ingiurie provocate dalla povertà: la capacità offensiva della povertà viene cioè ora acuita, ora attenuata dallo stato degli individui sulle altre traiettorie biografiche di

⁴ Si tratta di un risultato che contrasta con l'idea ben radicata in letteratura sul carattere cumulativo delle ingiurie subite nel corso della loro vita dagli individui [Pearlin *et al.* 2005].

cui si compone la loro vita, un risultato, quest'ultimo che si aggiunge a quelli che depongono a favore della complessità del legame fra povertà e salute.

Si tratta, beninteso, di una complessità che può essere aggredita sul piano teorico, così come su quello empirico: lo hanno fatto i contributi esaminati più sopra, lo faranno quelli raccolti nelle pagine che seguono. Possiamo, per cominciare, interrogarci sui meccanismi che danno conto delle relazioni osservate, ricercando nella letteratura sociologica ed epidemiologica le spiegazioni elaborate per dar conto sia di come la povertà possa compromettere la salute, sia di come la cattiva salute possa avere ripercussioni sulle sorti economiche degli individui.

3. *Come la povertà compromette lo stato di salute ...*

Perché i poveri godono di una salute peggiore di chi ha migliori sorti? La prima spiegazione con la quale occorre confrontarsi è quella genetica, cui ho già fatto riferimento più sopra. I poveri, in questo caso, sarebbero tali per una congenita gracilità, alla base di una salute cagionevole, se non profondamente compromessa. Questa condizione impedirebbe loro di frequentare con regolarità la scuola e di acquisire le credenziali educative che, si presume, dovrebbero costituire un'assicurazione contro la povertà. È noto che la disponibilità di elevate credenziali educative – da sé sole – non configura né una condizione necessaria, né una condizione sufficiente all'acquisizione di un'occupazione capace di garantire un reddito adeguato. Al controllo di questa ipotesi è dedicato il lavoro di Nielsen e Colleghi, uno studio di coorte prospettico, condotto su 1.242 afro-americani residenti a Chicago, reclutati a sei anni e seguiti sino alla prima età adulta, prendendo nota delle loro «storie» di salute e di povertà, nello specifico, povertà di lunga durata [Nielsen, Juon e Ensminger 2004]. Lo studio mette in competizione tre macro-ipotesi, dirette a dar conto della condizione di «povero-assistito»: l'ipotesi della selezione sociale – quella di cui ci stiamo occupando – l'ipotesi della determinazione sociale e l'ipotesi di una combinazione sinergica fra fattori sociali e fattori biologici. Dal confronto emerge come l'ipotesi genetica, o meglio, di selezione mostri una tenuta empirica decisamente limitata [*ibidem*, 2291], contro il più solido supporto empirico di cui godono, nell'ordine, l'ipotesi di causazione sociale e quella che chiama in causa l'interazione fra fattori sociali e fattori biologici.

Preso congedo dalle spiegazioni genetiche, il primo luogo teorico rilevante per la spiegazione del nesso fra povertà e salute è costituito dalle teoria della programmazione biologica elaborata da Barker, che lega lo stato di salute della madre, il regime dietetico e gli stili di vita assunti nel corso della gravidanza, allo stato di salute del figlio/a, sia al momento della nascita, sia in età adulta [Barker 1994]. Applicata al nostro tema, la teoria della programmazione biologica lega la povertà della madre, le deprivazioni cui è costretta, alla cattiva salute del figlio. Un esempio specifico in questa direzione è costituita dalla spiegazione di una fra le dimensioni della cattiva salute che si manifesta con maggior precocità fra bambini e adolescenti, l'obesità. Si tratta della «*thin-fat baby syndrome*» che lega la propensione all'accumulazione del grasso addominale alle privazioni alimentari subite nel corso della vita intrauterina [Aphramor 2005, 324-325]. A un regime dietetico della madre inappropriato corrisponderebbe un'alterazione del normale processo metabolico, fisiologico e anatomico di crescita del nascituro. Questi, alla nascita, mostrerà un basso peso (*thin*) ma anche una predisposizione – che si dispiegherà in seguito – all'accumulazione di grasso addominale (*fat*), responsabile dell'aggressione più severa allo stato di salute. Il legame intergenerazionale fra povertà e salute si mostra in almeno altri due processi. Il primo, richiamato da Wadsworth [1999], riguarda la dimensione materiale delle

cure familiari, in specifico l'alimentazione e l'igiene. I bimbi nati in famiglie povere incorrerebbero, più spesso dei loro coetanei più fortunati, nei rischi di malnutrizione e di infezioni [Wadsworth 1999, 46]. Il secondo processo ha a che fare con gli aspetti relazionali delle cure familiari. È noto come le forme più radicali di privazione economica e culturale abbiano riflessi sulla qualità delle relazioni familiari, attraversate da tensioni e conflitti responsabili di forme di attaccamento inadeguate [Bowlby 1988, trad. it. 1989], che possono esitare in una compromissione della salute mentale o, meno drammaticamente, nell'erosione della capacità di ottenere e mantenere nella vita adulta un fondamentale ingrediente della buona salute, il sostegno sociale [Stansfeld 1999, 157-158].

Estendendo l'orizzonte sino a includere, con i primi anni di vita, anche quelli che vi faranno seguito, il legame fra povertà e salute trova una spiegazione nell'esposizione differenziata a «*health related stressors*» [Pearlin, Schieman, Fazio *et al.* 2005], a eventi di vita e a relazioni sociali che minano la salute di chi ne fa esperienza attraverso la mediazione di una catena di reazioni neuroendocrine attivate dall'esperienza di stress cronico (paragrafo 1). Pearlin e Colleghi documentano come la distribuzione degli eventi di vita capaci di aggredire lo stato di salute degli individui si leghi in modo drammatico alla posizione sociale degli individui. Da un lato eventi di vita stressanti quali traumi in età precoce (abusi e abbandoni), transizioni biografiche precoci (ad esempio una maternità o la fuoriuscita dal sistema scolastico precoci), che incidono pesantemente sullo stato di salute degli individui, mostrano un'incidenza crescente muovendo dal vertice alla base della scala sociale. Eventi di questa natura, inoltre, mostrano una peculiare capacità generativa, espressa da Pearlin e Colleghi con la nozione di «catena delle avversità». L'aver subito uno di questi eventi stressanti rende più suscettibili sia a eventi della medesima natura, sia ad altri eventi negativi, inverando con ciò l'adagio popolare per il quale «piove sempre sul bagnato». Inoltre, altri eventi, poco o nulla associati alla collocazione sociale degli individui, come ad esempio la rottura di un legame coniugale o l'emergere di responsabilità di cura per un familiare non autosufficiente, mostrano un impatto sulla vita delle persone e sulla loro salute che varia in ragione della loro posizione sociale. In ragione delle risorse di cui dispongono, le persone affrontano lo stress che accompagna questi eventi con esiti diversi, più felici - *ceteris paribus* - per coloro che dispongono di maggior potere, meno per gli altri.

L'interazione fra «carriere di salute» e «carriere di povertà» può essere osservata anche da un altro punto di vista solo analiticamente separabile dall'esame degli eventi stressanti, mi riferisco al contesto delle relazioni sociali che si aprono (o si chiudono) alle persone che muovono dalla condizione di benessere a quello della povertà. Il contesto del lavoro offre un primo importante punto di osservazione. Il lavoro aggredisce la salute quando si fa intermittente, o quando, peggio ancora, viene meno per lasciare il posto alla disoccupazione; due condizioni che spesso preludono alla caduta in povertà. Entrambe aggrediscono la salute generando la condizione di stress cronico richiamata più sopra e calando gli individui in contesti di vita che rendono più probabile l'adozione di stili di vita insalubri (vedi più oltre). La letteratura che documenta la relazione fra disoccupazione e cattiva salute è vastissima è dunque superfluo richiamarla. Meno consistente è la documentazione empirica a sostegno dell'impatto sulla salute imputabile alla precarietà. Su questo terreno i risultati dello studio di Vannoni, in questo volume, offrono un utile contributo. Vannoni mostra come la condizione di precarietà del lavoro, in particolare quando è associata con un basso titolo di studio – un'associazione più probabile fra gli individui in povertà – ha un deciso impatto sullo stato di salute. Occorre da ultimo ricordare qui come il lavoro di chi non trae da esso un reddito sufficiente (quello dei *working poor*) spesso si configura come un'esperienza che innesca la condizione di stress cronico, vuoi per la pressoché totale mancanza di controllo sulle attività svolte, vuoi per il carico di

«stress drammaturgico» che lo contraddistingue, vuoi per la pungente percezione di uno squilibrio fra l'impegno profuso e le ricompense percepite⁵.

Dai luoghi di lavoro muoviamo ai luoghi di vita, nei quali è possibile riconoscere, insieme ad altre relazioni sociali, anche fattori materiali responsabili del nesso fra povertà e cattiva salute. Rientrano in quest'ultima fattispecie i livelli di inquinamento ambientale, più elevati nei contesti caratterizzati da deprivazione economica [Laurent, Bard, Filleul e Segala 2007]. Nel medesimo solco rientra la sicurezza stradale, per la quale risulta documentata una relazione fra posizione sociale e decessi per incidenti stradali ai danni degli individui, segnatamente dei bambini, che appartengono alle famiglie deprivilegiate [McCarthy 1999, 143]. Il tipo di abitazione, il livello di igiene, sicurezza e *comfort* che può garantire ha uno stretto rapporto con lo stato di salute. Non occorre ricordare qui che le abitazioni dei poveri sono quelle più carenti sotto questo profilo; una carenza che ha conseguenze per la salute ben documentate dallo studio di Vannoni in questo volume.

La capacità dei luoghi di vita di determinare lo stato di salute di chi li abita dipende – almeno in parte – dal tipo di risorse disponibili, tema esaminato più in dettaglio dal contributo in questo volume di Lucchini, Sarti e Tognetti. Qui mi limiterò a considerare un aspetto – tanto specifico quanto cruciale – le risorse per l'acquisto e il consumo di cibi sani. L'alimentazione, come noto, costituisce uno dei fattori più importanti per la promozione della salute. In un recente contributo che mette a tema la relazione fra area di residenza e risorse per l'acquisto (negozi e *supermarket*) e il consumo (ristoranti e *fast food*) di alimenti, Cummins, Curtis, Diez- Roux e Macintyre [2007] consegnano due risultati degni di nota. Il primo – un'illustrazione quasi scolastica della distinzione seniana fra risorse e capacità d'uso – documenta la difficoltà delle famiglie a basso reddito ad acquistare cibi sani a basso costo anche laddove nel quartiere siano disponibili punti vendita con quel tipo di offerta. Emergono due ostacoli: la difficoltà ad acquisti in larga scala dettata dalle esigue disponibilità economiche; la resistenza a recarsi nei supermercati più a buon mercato per il timore di essere «tentati» a spendere più del dovuto [*ibidem*, 1834]. Il secondo riguarda la curiosa correlazione fra livello di deprivazione del quartiere di residenza e offerta di cibo poco costoso, ma ad alto contenuto di grassi, tipico delle grandi catene di *fast food*.

La riflessione sulla distribuzione territoriale delle risorse – buone e cattive – per un'alimentazione sana conduce al tema degli stili di vita. A questo proposito, la letteratura scientifica documenta una relazione, particolarmente stretta, fra la condizione di povertà e l'adozione di stili di vita insalubri [Lynch, Kaplan e Salonen 1997; Shaw, Darling e Davey Smith 1999] che trova conferma anche nel contributo di Vannoni in questo volume. Questa associazione, di norma, viene letta in un registro atomistico, che imputando esclusivamente agli individui la responsabilità delle proprie condotte, esita in un'aperta colpevolizzazione della vittima [Crawford 1977]. Le riflessioni sviluppate più sopra intorno al legame fra i primi anni di vita e lo stato di salute nell'età adulta consentono di lanciare una prima sfida a questa «*received view*». In uno studio condotto su di un campione di 2.674 finlandesi adulti, Lynch e Colleghi documentano la presenza di una relazione particolarmente stretta fra abitudine al fumo e povertà, ma non già quella dell'adulto fumatore, ma quella della famiglia in cui questi ha trascorso i primi anni di vita [Lynch, Kaplan e Salonen 1997, 813-817]. Gli autori interpretano questa relazione richiamandosi alla nozione di *habitus* elaborata da Bourdieu, istituendo con ciò un nesso fra la socializzazione a comportamenti insalubri e la loro adozione in età adulta. Questo elemento è sufficiente, a giudizio di Lynch e Colleghi, a porre in dubbio l'idea di una libera scelta di

⁵ A una più puntuale caratterizzazione della relazione fra controllo delle condizioni di lavoro, «stress drammaturgico» e salute è dedicata la versione estesa di questo contributo, consultabile nel sito della Fondazione Gorrieri (www.fondazionegorrieri.it).

stili di vita insalubri. Nel medesimo solco, ma in modo più analitico, si muovono le riflessioni di Katherine Frolich e Colleghi, dirette a collocare l'agire di chi adotta uno stile di vita insalubre nello spazio e nel tempo sociali. A questo scopo l'attenzione cade nei contesti di vita intesi non solo come *contenitori* di individui, ma come luoghi che configurano l'azione e che da questa vengono, a loro volta, configurati. In questa cornice i comportamenti insalubri, da condotte individuali, diventano *pratiche sociali* di cui indagare il senso [Frolich, Corin e Potvin 2001, 784]. Questa semplice riconcettualizzazione consente di riconoscere all'interno di una medesima *condotta*, ad esempio il fumo, un insieme composito di *azioni*, diverse per il senso soggettivo che ciascuno ripone in esse e per il contesto entro il quale prendono forma⁶. Richiamandosi alla teoria della strutturazione di Giddens e alla nozione di *habitus* elaborata da Bourdieu, Frolich e Colleghi mettono a tema la relazione – ricorsiva – fra pratiche e struttura sociale.

Non è solo il contesto (o la struttura) che agisce sugli individui, ma gli individui ricreano costantemente le condizioni che rendono questa struttura (il contesto) possibile. [Frolich *et al.* 2001, 792].

[...] l'abitudine al fumo non è vista semplicemente come una reazione alla struttura sociale, ma come ri-creazione e, al contempo, reazione alle regole e alle risorse con le quali gli individui strutturano le proprie attività quotidiane e da cui loro stessi vengono strutturati. [Frolich *et al.* 2002, 1404].

In questa cornice teorica trova collocazione la nozione di «stili di vita collettivi», intesi come pratiche che prendono forma in uno specifico contesto di vita, in forme dettate dalle regole culturali e dalle risorse che lo caratterizzano e che, a loro volta, contribuiscono alla configurazione del contesto [Frolich, Corin e Potvin 2001, 785]. La fecondità euristica di questo concetto è messa alla prova in uno studio sull'iniziazione al fumo fra i pre-adolescenti in Québec [Frolich, Potvin, Chabot e Corin 2002]. Le autrici focalizzano l'attenzione sulle dimensioni strutturali che contribuiscono alla configurazione della pratica sociale del fumo, in specifico, la presenza di rivendite di sigarette, quella di luoghi pubblici nei quali non è consentito fumare, la presenza di soggetti che controllano il rispetto delle regole che governano la vendita delle sigarette ad adolescenti e il fumo nei luoghi pubblici e che offrono le necessarie informazioni sui danni associati a questa pratica. Lo studio, condotto su trentadue territori, si concentra in modo più analitico su quattro di essi, selezionati in ragione della prevalenza dell'iniziazione al fumo fra i pre-adolescenti e del livello di deprivazione. In questi quattro territori Frolich e Colleghi conducono otto *focus group* che consegnano risultati utili anche ai nostri scopi. Mi soffermerò su quanto emerso nel territorio denominato Steinback caratterizzato da un'elevata prevalenza dell'iniziazione al fumo fra i pre-adolescenti (48%) e da un elevato livello di deprivazione. A Steinback c'è una tabaccheria che – in sfregio alle locali prescrizioni di legge⁷ – vende sigarette anche ai più giovani. Dai *focus group* emerge, inoltre, come a Steinback i pre-adolescenti possano

⁶ La sola considerazione del senso dell'agire che – per sé sola – non costituisce una sfida all'atomismo dell'epidemiologia classica, pone comunque di fronte a uno scenario composito. Restando nell'esempio del fumo, è plausibile immaginare come le ragioni per le quali un povero fuma possano essere diverse da quelle che sostengono l'agire di chi ha migliori sorti, così come diverse possono essere le ragioni che spingono al fumo un adolescente e un adulto. Se, con Weber, riconosciamo nel senso riposto il tratto costitutivo di un'azione sociale ci troveremo, pertanto, di fronte ad azioni diverse che richiedono differenti spiegazioni.

⁷ Siamo in Canada, Paese notoriamente sensibile ai temi della salute. In Italia, purtroppo, le cose stanno altrimenti: i distributori automatici di sigarette, presenti in quasi tutte le grandi città, consentono anche ai più giovani di acquistare, senza difficoltà, le proprie sigarette.

fumare in pubblico senza incontrare la riprovazione degli adulti, e che nel quartiere c'è un luogo espressamente dedicato a questa pratica (*the wall*), nel quale giovani e giovanissimi si danno convegno. Quanto alla proibizione al fumo nei luoghi pubblici, questa risulta operante per la scuola primaria, ma del tutto assente nelle scuole del ciclo successivo, frequentate da ragazzi di 12-13 anni. Steinback, per concludere, si configura come un territorio nel quale le chance dei pre-adolescenti di evitare l'iniziazione al fumo o smettere di fumare in seguito sono davvero limitate. Così si esprime uno dei giovani intervistati:

Se tutti i tuoi amici fumano, anche se tu non vuoi farlo, sei tentato, sono i tuoi amici e tu vuoi fare quel che fanno loro. [Frolich, Potvin, Chabot e Corin 2002, 1412].

Tornando al tema della relazione fra povertà e adozione di stili di vita insalubri, si può concludere dicendo che i poveri spesso vivono in contesti sociali che favoriscono l'adozione di stili di vita insalubri e che, in taluni casi, diventano forme di fronteggiamento dello stress che l'asperità della vita impone loro. Alcool, sigarette, «*comforting food*» rientrano di norma fra le misure impiegate – va da sé, impropriamente – per fronteggiare queste difficoltà [Graham 1995; Wilkinson 1996].

Concludo questa sommaria rassegna dei processi che legano la povertà alla cattiva salute richiamando il tema dell'accesso ai servizi sanitari, su cui la documentazione empirica disponibile consegna risposte composite. L'accesso ai servizi di base e ospedalieri (Albertini *infra*) non evidenzia forme marcate di iniquità [Spadea e Venturini 2004]. Altro, invece, è il caso della medicina specialistica, cui i poveri – di fatto – fanno meno ricorso, come documenta il contributo di Albertini in questo volume. L'iniquità diventa ancora più marcata, a danno delle persone cui compete il minor potere e i minori privilegi, per le cosiddette prestazioni di elevata efficacia quali, ad esempio, l'applicazione della protesi all'anca o il trapianto di rene [Geddes da Filicaia 2006, 269-270].

4. ... e come la cattiva salute sospinge verso la povertà

I meccanismi che legano la transizione dalla buona alla cattiva salute alla caduta in povertà insistono prevalentemente in due ambiti di vita: il lavoro e le pratiche di cura. La compromissione dello stato di salute comporta un indebolimento della posizione nel mercato del lavoro che varia di intensità in ragione della posizione sociale di chi ne fa le spese. Un grave incidente automobilistico, che costringe su di una sedia a rotelle, avrà, ad esempio, conseguenze diverse se chi lo subisce lavora allo sportello di una banca o sulle impalcature di un cantiere edile. Più in generale si può dire che il costo della compromissione del proprio stato di salute varia in ragione delle risorse che le persone possono offrire sul mercato del lavoro. Se queste risorse si riducono alla sola forza lavoro, allora ogni aggressione al funzionamento fisico si traduce in un indebolimento della propria posizione, che può innescare processi di mobilità discendente o di espulsione dal mercato del lavoro. Il contributo alla strutturazione delle disuguaglianze attribuibile ai processi di mobilità sociale condizionata dalla salute, come noto, è modesto [West 1991; Cardano, Costa e Demaria 2004] ma non nullo. In questi casi la compromissione dello stato di salute si configura come una forma specifica di incapacitazione che, legandosi alla debolezza economica, riduce sensibilmente le chance di benessere sociale.

L'altro ambito, quello delle cure, individua nei costi sostenuti per fronteggiare i problemi di salute la fonte di un possibile impoverimento. Si tratta di un fenomeno che colpisce con esiti drammatici i Paesi privi di un sistema sanitario nazionale. Mi riferisco in particolare agli

Stati Uniti dove, come noto, le persone che si fanno sorprendere da un problema di salute severo senza disporre di una copertura assicurativa, rischiano la bancarotta. Non è il caso del nostro Paese, nel quale il rischio di impoverimento a fronte di un problema di salute si presenta solo per le patologie che non possono trovare in Italia un adeguato trattamento. Altro è il caso dell'assistenza sociale, delle cure e dell'assistenza domiciliare, che nel nostro Paese – come documenta lo studio di Albertini in questo volume – sono gestite quasi esclusivamente nel contesto informale. Lo studio di Albertini mostra come, per i poveri, l'accesso a questo circuito si contrae, fino ad essere confinato ai soli coresidenti nell'abitazione in caso di compromissione dello stato di salute. Questo è dunque un caso in cui la cattiva salute può aggravare la povertà di chi già vive questa condizione e accelerare la caduta dei soggetti più vulnerabili, di coloro che camminano sul confine sottile che separa benessere e povertà.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Aphramor, L.
2005 *Is A Weight-Centred Health Framework Salutogenic? Some Thoughts on Unbinging Certain Dietary Ideologies*, in «Social Theory & Health», n. 3, pp. 315-340.
- Barker, D.J.P.
1994 *Mothers, babies, and disease in later life*, London, BMJ Publishing Group.
- Bowlby, J.
1989 *Una base sicura*, Milano, Raffaello Cortina (ediz. orig. 1988).
- Brunner, E. e Marmot, M.
1999 *Social organization, stress and health*, in *Social determinant of health*, a cura di M. Marmot e R.G. Wilkinson, Oxford, Oxford University Press, pp. 17-43.
- Cardano, M., Costa, G. e Demaria, M.
2004 *Social Mobility and Health in the Turin Longitudinal Study*, in «Social Science and Medicine», 58, n. 8, pp. 1563-1574.
- Cardano, M.
2008 *Disuguaglianze sociali di salute. Differenze biografiche incise nei corpi*, in «Polis», XXII, n. 1, pp. 119-146.
- Costa, G., Spadea, T. e Cardano, M.
2004 *Disuguaglianze di salute in Italia*, Supplemento di «Epidemiologia e Prevenzione», anno 28, n. 3.
- Crawford, R.
1977 *You are dangerous to your health. The ideology and politics of victim blaming*, in «International Journal of Health Services», 7, pp. 663-679.
- Cummins, S., Curtis, S., Diez-Roux, A.V. e Macintyre, S.
2007 *Understanding and representing 'place' in health research: A relational approach*, in «Social Science & Medicine», 65, pp. 1825-1838.
- Freund, P.
1990 *The expressive body: a common ground for the sociology of emotions and health and illness*, in «Sociology of Health & Illness», 12, n. 4, pp. 452-477.
- Frolich, K.L., Corin, E. e Potvin, L.
2001 *A theoretical proposal for the relationship between context and disease*, in «Sociology of Health & Illness», 23, n. 6, pp. 776-797.
- Frolich, K.L., Potvin, L., Chabot, P. e Corin, E.
2002 *A theoretical and empirical analysis of context: neighbourhoods, smoking and youth*, in «Social Science & Medicine», 54, pp. 1401-1417.
- Geddes da Filicaia, M.
2006 *Le disuguaglianze nell'assistenza sanitaria*, in *A caro prezzo. Le disuguaglianze nella salute*, Osservatorio Italiano sulla Salute Globale, Pisa, Edizioni ETS, pp. 266-278.
- Graham, H.
1995 *Cigarette smoking: a light on gender and class inequality in Britain?*, in «Journal of Social Policy», 24, n.4, pp. 509-27.
- Laurent, O., Bard, D., Filleul, L. e Segala, C.
2007 *Effect of socioeconomic status on the relationship between atmospheric pollution and mortality*, in «Journal of Epidemiology and Community Health», 61, pp. 665-675.
- Lynch, J.W., Kaplan, G.A. e Salonen, J. T.

- 1997 *Why do poor people behave poorly? Variation in adult health behaviours and psychosocial characteristics by stage of the socioeconomic lifecourse*, in «Social Science & Medicine», 44, n. 6, pp. 809-819.
- Mackenbach, J.P., Bos, V., Andersen, O., Cardano, M., Costa, G., Harding, S., Reid, A., Hemström, O., Valkonen, T. e Kunst, A.E.
- 2003 *Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries*, in «International Journal of Epidemiology», 32, n. 5, pp. 830-37.
- Marmot, M.
- 2004 *Status Syndrome. How your social standing directly affects your health*, London, Bloomsbury Publishing.
- Marmot, M. e Wilkinson, R.G. (a cura di)
- 1999 *Social determinant of health*, Oxford, Oxford University Press.
- McCarthy, M.
- 1999 *Transport and health*, in *Social determinant of health* a cura di M. Marmot e R.G. Wilkinson, Oxford, Oxford University Press, pp. 132-154.
- McDonough P., Berglund P.
- 2003 *Histories of Poverty and Self-rated Health Trajectories*, in «Journal of Health and Social Behavior», vol. 44, num. 2, pp. 198-214.
- McDonough, P., Sacker, A. e Wiggins, R.D.
- 2005 *Time on my side? Life course trajectories of poverty and health*, in «Social Science & Medicine», 61, pp. 1795-1808.
- Negri, N. e Saraceno, C. (a cura di)
- 2003 *Povertà e vulnerabilit  sociale in aree sviluppate*, Roma, Carocci.
- Nielsen, M. J., Juon, H.S. e Ensminger, M.
- 2004 *Preventing long-term welfare receipt: the theoretical relationship between health and poverty over the early life course*, in «Social Science & Medicine», 59, pp. 2285-2301
- Olagnero, M.
- 2008 *Percorsi di povertà. Sguardi su un corridoio con uscita*, in *Punti di svolta. Analisi del mutamento biografico*, a cura di L. Bonica e M. Cardano, Bologna, Il Mulino, pp. 243-277.
- Pearlin, L.I., Schieman, S., Fazio, E.M. e Meersman, S.C.
- 2005 *Stress, Health, and the Life Course: Some Conceptual Perspectives*, in «Journal of Health and Social Behavior», 46, pp. 205-219.
- Shaw, M., Darling, D. e Davey Smith, G.
- 1999 *Poverty, social exclusion and minorities*, in *Social determinant of health*, a cura di M. Marmot e R.G. Wilkinson, Oxford, Oxford University Press, pp. 211-239.
- Siegrist, J.
- 1999 *A Theory of Occupational Stress*. in *Stress in Occupations: Past, Present, and Future*, a cura di J. Dunham, London, Whurr Publisher Limited.
- Spadea, T. e Venturini, G.L.
- 2004 *I percorsi di cura*, in *Le disuguaglianze di salute in Italia*, a cura di G. Costa, T. Spadea e M. Cardano, in «Epidemiologia e Prevenzione», 28, n. 3, pp. 103-109.
- Stansfeld, S.A.
- 1999 *Social support and social cohesion*, in *Social determinant of health*, a cura di M. Marmot e R.G. Wilkinson, Oxford, Oxford University Press, pp. 155-178.
- Stefanini, A., Albonico, M. e Maciocco, G.
- 2006 *Le disuguaglianze nella salute: definizioni, principi, concetti*, in *A caro prezzo. Le disuguaglianze nella salute*, Osservatorio Italiano sulla Salute Globale, Pisa, Edizioni ETS, pp. 36-50.
- Tarlov, A.R.

- 1996 *Social determinants of health. The sociobiological translation*, in *Health and social Organization. Toward a Health Policy for the 21st Century*, a cura di D. Blane, E. Brunner e R.G. Wilkinson, London, Routledge, pp. 71-93.
- Thiede, M. e Traub, S.
 1997 *Mutual influence of health and poverty. Evidence from German panel data*, in «Social Science & Medicine», 45, n. 6, pp. 867-877.
- Vågerö, D.
 1991 *Inequality in health. Some theoretical and empirical problems*, in «Social Science Medicine», 32, n.4, 367-371.
- Wadsworth, M.
 1999 *Early life*, in *Social determinant of health*, a cura di M. Marmot e R.G. Wilkinson, Oxford, Oxford University Press, pp. 44-63.
- Walker, R. e Leisering, L.
 1998 *New tools. Towards a dynamic science of modern society*, in *The dynamics of modern society. Poverty, policy and welfare*, a cura di L. Leisering e R.G. Walker, Bristol, Policy Press, pp. 17-33.
- West, P.
 1991 *Rethinking the Health Selection Explanation for Health Inequalities*, in «Social Science and Medicine», 4, pp. 373-84.
- Wilkinson R.G.
 1996 *Unhealthy societies: the afflictions of inequality*, London, Routledge.
- Wilkinson R.G.
 1999 *Putting the picture together: prosperity, redistribution, health and welfare*, in *Social determinant of health*, a cura di M. Marmot e R.G. Wilkinson, Oxford, Oxford University Press, pp. 256-274.