



UNIVERSITÉ PARIS-SORBONNE

ÉCOLE DOCTORALE 5 : Concepts et langages

Laboratoire de recherche GEMASS

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TRENTO

SCUOLA DI DOTTORATO IN SOCIOLOGIA E RICERCA SOCIALE

T H È S E

pour obtenir le grade de

DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ PARIS-SORBONNE

Discipline: Sciences sociales et philosophie de la connaissance

Présentée et soutenue par :

Annalisa Ornaghi

**Uno studio comparato sulle disuguaglianze di salute:
Italia e Francia**

Sous la direction de :

Monsieur Salvatore Abbruzzese, Professeur à l'Università di Trento

Monsieur Pierre Demeulenaere, Professeur à l'Université Paris – Sorbonne

Membres du jury :

Monsieur Salvatore Abbruzzese, Professeur à l'Università di Trento

Monsieur Pierre Demeulenaere, Professeur à l'Université Paris – Sorbonne

Madame Mara Tognetti, Professeure à l'Università Milano Bicocca

Monsieur Tommaso Vitale, Professeur à Science Po

“Alla mia famiglia”

Indice

INDICE DELLE FIGURE.....	6
INDICE DELLE TABELLE.....	9
INTRODUZIONE.....	11
CAPITOLO I LA SALUTE.....	18
1. LE ORIGINI DEL CONCETTO DI SALUTE	18
2. IL CONCETTO DI SALUTE NELLA STORIA DEL PENSIERO SOCIOLOGICO ..	26
3. LA SOCIOLOGIA DELLA SALUTE	34
3.1. GLI APPROCCI TEORICI ALLA SOCIOLOGIA DELLA SALUTE	43
3.2. IL PARADIGMA STRUTTURAL-FUNZIONALISTA.....	44
3.3. L'APPROCCIO FENOMENOLOGICO	45
3.4. L'APPROCCIO MARXISTA E I TEORICI DEL CONFLITTO.....	46
3.5. L'APPROCCIO RADICALE	47
3.6. L'APPROCCIO ECOLOGICO	48
4. L'ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ E IL CONCETTO DI SALUTE.	50
5. I DETERMINANTI DELLA SALUTE	63
CAPITOLO II LE DISUGUAGLIANZE DI SALUTE.....	74
1. APPROCCI TEORICI ALLO STUDIO DELLE DISUGUAGLIANZE DI SALUTE ..	77
2. APPROCCIO COMPORTAMENTALE – CULTURALE	82
3. APPROCCIO PSICO – SOCIALE	83

4. APPROCCIO MATERIALISTA E NEO MATERIALISTA	86
5. APPROCCIO DEL CICLO DI VITA	92
6. APPROCCIO EPIDEMIOLOGICO	93
CAPITOLO III LE POLITICHE DI RIDUZIONE DELLE DISUGUAGLIANZE DI SALUTE	99
1. LE POLITICHE IN EUROPA	105
2. I COSTI ECONOMICI DELLE DISUGUAGLIANZE DI SALUTE IN EUROPA ...	110
3. IL RUOLO DEI SISTEMI SANITARI NEL RIDURRE LE DISUGUAGLIANZE DI SALUTE	113
CAPITOLO IV LA METODOLOGIA DELLA RICERCA	118
1. I PARADIGMI DI RICERCA SOCIALE	119
2. CARATTERISTICHE DELLA RICERCA QUANTITATIVA.....	123
3. RICERCA QUANTITATIVA: LA TRADUZIONE EMPIRICA DELLA TEORIA....	126
4. IL PROCESSO DI RICERCA QUANTITATIVO: LE FASI OPERATIVE	131
5. IL METODO DELLA COMPARAZIONE NELLE RICERCA SOCIALE	140
5.1. GLI STILI DEL METODO COMPARATIVO	141
5.2. I PROBLEMI METODOLOGICI DELL'USO DEL METODO COMPARATIVO	145
CAPITOLO V FRANCIA E ITALIA DUE PAESI UGUALI E DIFFERENTI?	149
1. IL QUADRO SOCIO DEMOGRAFICO DI FRANCIA E ITALIA	149
2. I SISTEMI SANITARI DI FRANCIA E ITALIA	151
2.1. IL MODELLO TEORICO DEL SISTEMA SANITARIO FRANCESE.....	153
2.2. IL MODELLO TEORICO DEL SISTEMA SANITARIO ITALIANO	160
2.3. CARATTERISTICHE DEL SISTEMA FRANCESE.....	169
2.4. CARATTERISTICHE DEL SISTEMA ITALIANO	171

3. UGUALI O DIFFERENTI? I DUE SISTEMI A CONFRONTO.....	173
4. IL QUADRO NOSOLOGICO DI FRANCIA E ITALIA.....	179
CAPITOLO VI LA RICERCA	194
1. BREVE CONTESTUALIZZAZIONE DI ITALIA E FRANCIA IN EUROPA	195
2. LE DISUGUAGLIANZE DI SALUTE IN FRANCIA E IN ITALIA: UN APPROCCIO COMPARATO E LA METODOLOGIA	199
3. DATI E MODELLI	208
3.1. LA PERCEZIONE DELLO STATO DI SALUTE	219
3.2. LA PRESENZA DI MALATTIE CRONICHE	221
3.3. L'ABITUDINE AL FUMO.....	222
3.4. IL CONSUMO DI ALCOL	224
3.5. L'ATTIVITÀ SPORTIVA.....	226
3.6. LA SODDISFAZIONE PER IL LAVORO	227
3.7. LA SODDISFAZIONE PER LE RELAZIONI FAMILIARI	229
4. LE ANALISI DEI DATI. DUE REALTÀ A CONFRONTO: DIVERGENZE E SIMILITUDINI.....	231
CONCLUSIONI.....	238
BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO	242

Indice delle Figure

Figura 1 Le dimensioni concettuali della malattia	33
Figura 2 Paradigma funzionale del sistema dell'azione di Parsons.....	37
Figura 3 Il “quadrilatero” del paradigma correlazionale proposto da Ardigò	40
Figura 4 Organigramma delle Nazioni Unite	51
Figura 5 Multidimensionalità del concetto di salute	54
Figura 6 Condizioni di salute in alcuni Paesi Europei.....	61
Figura 7 I determinanti principali della salute	64
Figura 8 L'influenza dei determinanti sulla salute.....	66
Figura 9 Quadro concettuale dei determinanti di salute secondo la Commission on Social Determinants Of Health (CSDH).....	68
Figura 10 Modello effort – reward	86
Figura 11 Differenze della speranza di vita nelle classi occupazionali, Inghilterra e Galles, 1997-1999.....	89
Figura 12 Interpretazione neo-materialista delle disuguaglianze di salute	91
Figura 13 Meccanismi generatrici delle disuguaglianze di salute.....	101
Figura 14 Associazione tra salute e guadagni, per livello d'istruzione ...	111
Figura 15 Procedimento induttivo – deduttivo	124
Figura 16 Le fasi della ricerca sociale	133
Figura 17 Fattori esterni ed interni dei sistemi sanitari	152
Figura 18 Accordi contrattuali tra finanziatori e produttori. Modello a rimborso	156

Figura 19 Accordi contrattuali tra finanziatori e produttori. Modello contrattuale	157
Figura 20 Accordi contrattuali tra finanziatori e produttori. Modello integrato	158
Figura 21 Equità nei sistemi sanitari e liberismo	164
Figura 22 Spesa sanitaria totale % sul PIL, Francia e Italia	174
Figura 23 % spesa pubblica sul totale della spesa sanitaria, Francia e Italia	175
Figura 24 Speranza di vita, in anni, alla nascita, Francia e Italia.....	179
Figura 25 Speranza di vita, in anni, alla nascita, Francia e Italia.....	180
Figura 26 Tasso di mortalità per mille abitanti Francia e Italia	182
Figura 27 Tasso di mortalità per centomila abitanti Francia e Italia	183
Figura 28 Tasso di mortalità per centomila abitanti Francia e Italia: malattie del sistema circolatorio	184
Figura 29 Tasso di mortalità per centomila abitanti Francia e Italia: Ischemie cardiache	185
Figura 30 Tasso di mortalità per centomila abitanti Francia e Italia: Tumori	186
Figura 31 Tasso di mortalità per centomila abitanti Francia e Italia: malattie dell'apparato digerente	187
Figura 32 Tasso di mortalità per centomila abitanti Francia e Italia: Diabete	189
Figura 33 Consumo di alcol, litro pro capite Francia e Italia.....	191
Figura 34 Percentuale di fumatori giornalieri nelle popolazione over 15 anni, Francia e Italia.....	192

Figura 35 Percezione salute in funzione dell'età al momento dell'intervista nei 21 paesi ESS (polinomi frazionali).....	199
Figura 36 Speranza di vita alla nascita in anni. Paesi dell'aerea Europa, Anno 2007.....	208
Figura 37 Livelli di salute percepita per genere, su scala 1 a 5, Francia e Italia (Valori %).....	210
Figura 38 Popolazione che dichiara di avere almeno una malattia per genere e classe d'età Francia e Italia (Valori %).....	211
Figura 39 Stima dei coefficienti β per la salute percepita e relativi intervalli di confidenza.....	220
Figura 40 Stima dei coefficienti β per la presenza di malattie croniche e relativi intervalli di confidenza.....	222
Figura 41 Stima dei coefficienti β per l'abitudine al fumo e relativi intervalli di confidenza.....	224
Figura 42 Stima dei coefficienti β per il consumo di alcol e relativi intervalli di confidenza.....	225
Figura 43 Stima dei coefficienti β per la pratica di attività fisica e relativi intervalli di confidenza.....	226
Figura 44 Stima dei coefficienti β per la soddisfazione per il lavoro e relativi intervalli di confidenza.....	228
Figura 45 Stima dei coefficienti β per la soddisfazione per le relazioni familiari e relativi intervalli di confidenza.....	230

Indice delle Tabele

Tabella 1 Condizioni di salute in alcuni Paesi Europei	60
Tabella 2 Registrar General's Social Class	89
Tabella 3 Risultati sulla qualità percepita dagli europei sui medici di famiglia e gli ospedali.....	176
Tabella 4 Caratteristiche del Medico di medicina generale, Francia e Italia	177
Tabella 5 Comparazione tra aspettativa di vita alla nascita (in anni), percentuale di anziani e condizioni di salute tra i paesi europei.....	197
Tabella 6 Livelli di salute percepita, su scala 1 a 5, Francia e Italia (Valori %).	209
Tabella 7 Numero medio di malattie croniche dichiarate per genere e classe d'età Francia e Italia.....	212
Tabella 8 Stima dei rischi relativi (odds ratio) di dichiarare una salute percepita negativa, secondo il livello di istruzione per genere (età 17-64 anni) Italia.....	214
Tabella 9 Stima dei rischi relativi (odds ratio) di dichiarare una salute percepita negativa, secondo il livello di istruzione per genere (età 17-64 anni) Francia.	216

Introduzione

I presupposti sui quali si fonda questo lavoro derivano dalla dimostrazione che la salute è condizionata da una molteplicità di fattori, il cui controllo non è esercitato dal solo sistema sanitario.

Diventa necessario, oggi, considerare la salute come bene collettivo, per il quale operare in modo programmato ed esplicito.

Le iniquità sociali nella salute riguardano le differenze sistematiche nello stato di salute tra differenti gruppi socioeconomici. In ogni nazione differenze nella salute possono essere osservate all'interno della popolazione. La diffusione delle malattie, inoltre, differisce in relazione all'età degli individui, le persone più anziane tendono ad essere maggiormente malate di quelle più giovani a causa del naturale processo di invecchiamento.

Le differenze nella salute si trasformano in disuguaglianze quando si combinano tra loro differenti caratteristiche. La prima tra tutte le caratteristiche è costituita dal modello sistematico delle differenze nella salute, poiché è la differenza tra gruppi socioeconomici ad essere sistemica, scendendo nella scala sociale, mortalità e morbilità aumentano. Questo modello sociale di malattia è universale, sebbene la sua dimensione sia variabile da paese a paese.

La seconda caratteristica è costituita dal fatto che sono i processi sociali che producono le differenze nella salute e che le iniquità sociali sono differenze percepite come ingiuste.

Perché è importante quindi studiare le disuguaglianze in salute?

Esistono almeno quattro categorie di motivazioni che inducono a studiare e ridurre le disuguaglianze in salute [Woodward & Kawachi 2000]:

1. le disuguaglianze sono ingiuste;
2. le disuguaglianze colpiscono ognuno di noi;
3. le disuguaglianze sono evitabili;
4. gli interventi per ridurre le disuguaglianze in salute sono economicamente vantaggiosi.

Salute e disuguaglianze in salute trovano entrambe origine nella struttura della società, la salute delle persone non riguarda quindi il solo il sistema sanitario, ma deve coinvolgere la politica pubblica a livello locale, nazionale ed internazionale.

Esiste, però, una differenza fra determinanti di salute e determinanti di disuguaglianze in salute e se si vogliono realmente diminuire le disuguaglianze in salute bisogna affrontare la ineguale distribuzione dei determinanti di salute.

Politiche limitate a migliorare i determinanti di salute in generale, ad esempio campagne preventive contro gli stili di vita a rischio, possono migliorare la salute media e l'aspettativa di vita senza però diminuire le disuguaglianze nella salute, che paradossalmente potrebbero addirittura aumentare.

L'obiettivo di una maggiore uguaglianza ed equità potrà essere raggiunto favorendo la salute dei gruppi più poveri e riducendo la differenza nella salute fra classi. Uniformare la distribuzione dei principali determinanti di salute e renderli più facilmente accessibili alle persone svantaggiate è l'obiettivo da perseguire per ridurre le disuguaglianze.

Anche sul piano teorico gli studi hanno mostrato che le disuguaglianze di salute costituiscono elemento di forte inequità indipendentemente dall'approccio teorico utilizzato [Marmot Wilkinso 1999; Navarro 1986; Mackenbach 2002].

Infatti, le diverse spiegazioni evidenziano come tali dimensioni incidano negativamente sulla salute e sulla sua distribuzione ineguale all'interno della popolazione. Il primo approccio o teoria dell'artefatto [Blane 1985] ci spinge a guardare, in modo critico, la struttura con cui salute e classe sociale vengono misurate, e suggerisce che l'apparente relazione tra queste due variabili possa essere, in qualche modo, insita nelle stesse misure.

La selezione sociale naturale, invece, vede la salute come avente un importante influenza sulla possibilità di mobilità sociale delle persone. Coloro i quali versano in migliori condizioni di salute, si caratterizzerebbero per una mobilità ascendente, mentre i soggetti con salute peggiore per una mobilità discendente. Questa spiegazione accetta, quindi, un nesso di causalità tra la salute e classe sociale, e vede la classe sociale come variabile dipendente [Bartley 2004].

L'ipotesi comportamentale sostiene che i soggetti appartenenti alle classi sociali inferiori abbiano atteggiamenti, comportamenti e stili di vita (consumo di tabacco, alcool, vita sedentaria ecc...), che possano diventare lesivi per la propria salute [Genova 2008].

La spiegazione strutturalista, che, nel tempo, ha riportato i più ampi consensi nel mondo scientifico, afferma come siano gli effetti della struttura sociale a influire sulla salute e come le differenze, strutturalmente determinate, nelle sfere di produzione e consumo siano da considerare come le più probabili cause delle differenze di classe sociale in salute [White 2002].

Secondo l'approccio comportamentale, invece, il collegamento tra posizione sociale e comportamento è strettamente legato alle caratteristiche dell'individuo, ne deriva, quindi, che le differenze tra le classi sociali sarebbero dovute soprattutto alla diversa concentrazione di persone con determinate caratteristiche psicologiche.

Secondo l'approccio psico-sociale le disuguaglianze di salute si qualificano come la sedimentazione nei corpi delle differenze che separano le traiettorie biografiche degli individui, in ragione della loro collocazione sociale [Cardano 2008].

Le evidenze empiriche dell'approccio neo materialista hanno dimostrato come la salute sia peggiore e l'attesa di vita minore nelle persone con basso reddito.

L'approccio del ciclo di vita ha fatto emergere come i vantaggi o gli svantaggi biologici, psicologici e sociali sperimentati durante il corso della vita si riflettano sul benessere, sulla posizione sociale dell'individuo ricoprendo, anche in questo caso, un ruolo fondamentale.

Gli studi epidemiologici si sono concentrati a ricercare le cause delle malattie a livello biologico, ambientale e sociale [Vineis 1990], cercando di identificare le cause prossime della morbosità e della mortalità, senza escludere quelle derivate dalle differenze di status socioeconomico.

Nel lavoro che qui si vuole presentare, abbiamo utilizzato un approccio diversificato, al fine di poter rispondere ai seguenti interrogativi di ricerca:

- esistono gruppi che condividono le medesime condizioni di salute, ma con differenti status socio economici (SES)?
- esiste un'influenza, delle risorse sociali e culturali, sulle disuguaglianze di salute?

L'obiettivo principale di questo studio consiste, nell'individuare e distinguere le disuguaglianze di salute nelle relazioni tra condizioni sociali e stato di salute della popolazione, in due paesi europei, Francia e Italia, al fine di comprenderne le loro dinamiche.

L'ipotesi di studio da noi prescelta, pur nella consapevolezza che Francia e Italia siano sostanzialmente diverse, è tesa a verificare se, sul piano empirico, rispetto ai nostri interrogativi di ricerca, esistano sostanziali divergenze o emergano, al contrario, inattese similitudini.

A tal fine l'obiettivo di comparazione internazionale fra Italia e Francia è stato svolto attraverso l'utilizzo di tecniche di ricerca quantitativa e di tipo comparativo.

Sulla base di queste premesse gli obiettivi del primo capitolo sono quelli di definire il concetto di salute, anche alla luce dei diversi approcci sociologici. Particolare attenzione è stata dedicata al tema dei determinanti sociali di salute, in quanto variabili fondamentali per il nostro studio.

Nel complesso il capitolo si propone di restituire un bagaglio concettuale utile all'interpretazione dei risultati della ricerca empirica.

Nel secondo capitolo, invece, si inizia ad affrontare il tema delle disuguaglianze di salute partendo dalla loro definizione secondo i diversi approcci teorici, in un'ottica sociologica ed epidemiologica.

Viene dedicata particolare attenzione alla pubblicazione del "Black Report" quale pietra miliare dello studio delle disuguaglianze di salute e della diffusione alla società.

Come per il primo capitolo, anche questo fornisce un bagaglio concettuale dei diversi approcci teorici per poi aiutare l'interpretazione dei risultati di ricerca.

Il terzo capitolo è dedicato alle politiche di riduzione delle disuguaglianze di salute nel contesto Europeo consentendo di evidenziare il ruolo svolto dall'Unione Europea rispetto a questo fenomeno che affligge la popolazione dei diversi paesi membri. Si è analizzato, inoltre, il ruolo giocato dai sistemi sanitari nella riduzione delle disuguaglianze, oltre ad affrontare i costi economici che tale intervento comporta.

Il quarto capitolo eminentemente metodologico analizza le diverse fasi operative della ricerca sociale al fine di tradurre in prassi operativa le teorie precedentemente esposte in questo lavoro ed individuarne la metodologia più opportuna.

È dedicata attenzione all'approccio comparativo come elemento capace di spiegare i risultati delle analisi metodologiche, ma anche determinare i fattori e variabili da selezionare.

Il capitolo pertanto ci fornisce la "cassetta degli attrezzi" per affrontare l'analisi dei dati della ricerca.

Nel quinto capitolo, ci si è soffermati sull'analisi delle caratteristiche socio demografiche e nosologiche dei due paesi oggetto di comparazione nonché sulle caratteristiche dei due sistemi sanitari, al fine di costituire la base di conoscenza utile all'interpretazione dei dati di ricerca empirica.

Con il sesto capitolo si entra nel cuore di questo lavoro di ricerca, in cui dopo aver descritto le scelte metodologiche effettuate nonché i modelli statistici utilizzati vengono presentate le analisi dei dati e i risultati di ricerca ottenuti.

Particolare attenzione è dedicata alla scelta delle variabili oggetto di studio e all'analisi dei risultati in ottica comparativa.

Nell'ultima parte di questo, infatti, è stata dedicata particolare attenzione alla comparazione sforzandosi di individuare differenze e analogie tra i due paesi, attraverso un approccio transnazionale.

La mancante disponibilità di dati comparabili a livello regionale tra i due paesi non ha consentito di approfondire se e come il contesto territoriale incida sulle disuguaglianze di salute degli individui.

L'esplicito approccio comparativo, che si evince dal titolo di questo lavoro e che lo caratterizza, non nasce solo da una curiosità conoscitiva: sapere e mettere a confronto che cosa avviene in altri contesti, ma anche dalla consapevolezza che il concetto di salute e le disuguaglianze di salute non sono esenti dagli effetti dell'internazionalizzazione o globalizzazione.

Capitolo I La salute

***“LA SALUTE NON È TUTTO
MA SENZA SALUTE TUTTO È
NIENTE”.***

[ARTHUR SCHOPENHAUER]

1. Le origini del concetto di salute

Definire il concetto di salute è un compito, allo stesso tempo, arduo e agevole, poiché siamo in presenza di molteplici definizioni di salute di tipo medico, filosofico, antropologico e sociologico, che si differenziano, inoltre, in base, sia al contesto di studio ed ispirazione, sia al periodo storico. Secondo Marino [2003], inoltre, *“i concetti di salute e malattia non possono essere definiti in termini oggettivi in quanto sono categorie concettuali che si originano fuori dalla medicina”.*

La salute, però, è sempre stata legata al concetto di malattia, in quanto si riteneva che la prima fosse lo stato di assenza della seconda condizione.

Per poter comprendere il significato ed il valore attribuito, attualmente, al concetto di salute è necessario, quindi, effettuare un breve excursus storico.

Le prime concettualizzazioni dell'idea di salute e malattia, in Occidente, sono state sviluppate nell'ambito della scuola pitagorica.

Secondo Alcmeone di Crotona (500 a.c.), la salute era una condizione di equilibrio o "isonomia" delle forze organiche (umido e secco, caldo e freddo, amaro e dolce), rappresentabile come *"l'espressione a livello del corpo della giustizia inerente la natura delle cose"*. Il suo concetto di salute era condizionato, quindi, più da fattori esterni all'organismo umano che interni, egli sosteneva, infatti, che *"una variazione repentina del clima o una violazione esercitata da un agente esterno, ovvero la predominanza (o monarchia) di una delle forze potevano rompere l'equilibrio, provocando una perturbazione nell'organismo, ovvero la malattia"* [Corbellini 2004]. La guarigione si ottiene ripristinando l'equilibrio anteriore.

Questa definizione di malattia fu la prima a non considerare l'agire delle forze magiche o di divinità adirate, ma a concettualizzarla come perturbazione di una condizione naturale quale la salute e, non solo, come un evento primario.

Per molti autori [Cosmacini 2005], però, la nascita del pensiero medico occidentale può risalire alla seconda metà del V secolo a. c., periodo nel quale vennero definite le regole del sapere scientifico, grazie alla personalità di Ippocrate, considerato il "padre della medicina".

La figura del medico ippocratico si presentava come un uomo dotato di serietà professionale e di abilità tecniche, il suo operare era basato sul canone *observatio et ratio* e la sua interpretazione della malattia era pura, ovvero una lettura del fenomeno relativa all'organismo che, nella formulazione della prognosi, rifuggiva, sia dalle divinazioni, sia dalle influenze magiche. La dottrina ippocratica, quindi, si proponeva di liberare la medicina da ogni concezione magica o religiosa, per farne una scienza, una tecnica, un sapere positivo che basava la sua azione sull'assunzione e presunta conoscenza del determinismo della malattia.

La grandezza di Ippocrate risiede, principalmente, nel non dover spiegare verità preconcepite con i fenomeni osservati ma, piuttosto, nel cercare un significato a ciò che si osserva, utilizzando concetti derivati dalla filosofia. La medicina ippocratica adottava l'idea dinamica o funzionale della malattia proposta da Alcmeone, fondandola, però, sulla dottrina di Empedocle¹, secondo cui la materia è composta di quattro elementi: fuoco, aria, acqua e terra, e a essi riconduce i quattro umori, in base alle loro proprietà.

Per Ippocrate, infatti, la salute e la malattia sono il risultato di un'armonia o disarmonia interna dell'organismo umano, legata all'equilibrio dei quattro umori che esso contiene (sangue, flegma, bile gialla, bile nera), la cui diversa proporzione determina, inoltre, il temperamento dell'individuo (teoria umorale).

“C'è essenzialmente salute, quando questi principi sono in una giusta proporzione di crasi, di forza e di quantità, e la mescolanza tra essi è perfetta. C'è malattia quando uno di questi principi è in difetto, in eccesso o isolandosi nel corpo non è combinato con tutto il resto” [Ippocrate, Della natura dell'uomo, IV]

Queste dipendono, inoltre, dall'equilibrio/squilibrio e dall'adeguamento dell'organismo, sia all'ambiente climatico, idrologico, geografico, sia a quello politico – sociale.

Si svilupparono, a partire dalla dottrina di Ippocrate, differenti scuole di pensiero, per i metodici della Scuola di Roma, ad esempio, la medicina era un sapere in evoluzione e la sua pratica doveva fondarsi sul ragionamento, sull'osservazione e sulla cura.

Le malattie avevano una realtà ontologica e una sede elettiva da cui traevano origine e da cui prendevano il nome.

¹ Empedocle, filosofo greco attivo nel secolo V a.c., identifica quattro radici (*rhizōmata*) eterne, che egli identifica con Zeus, Era, Edoneo e Nesti. Questi sono i principi (*archai*) che restano qualitativamente inalterati e daranno origine, successivamente, alla nozione di elemento.

Un'altra figura importante da considerare, nell'evoluzione storica del concetto di salute, fu Galeno, medico che operò nella Roma imperiale, che diede all'esperienza clinica e al sapere teorico degli antichi, la forma più coerente e più durevole.

Per Galeno [Corbellini 2004] il medico doveva essere:

“Amico della verità e utilizzare il metodo razionale. Verità e razionalità secondo la filosofia aristotelica, per cui, ad esempio, ogni organo doveva trovare la sua spiegazione funzionale, perché la sua struttura non poteva che essere stata progettata e costruita da una natura preveggenze per consentirgli di svolgere specifiche funzioni.

“L'utilità di tutte le parti era sotto il controllo dell'anima, in quanto il corpo è strutturato in modo da assecondare le abitudini e le facoltà dell'anima”

Galeno concepì un'idea più moderna di malattia rispetto alle precedenti, il suo ragionamento clinico era volto a una diagnosi che localizzava la malattia a livello degli organi. Ad ogni parte del corpo corrisponde, infatti, una determinata funzione e quest'ultima è lesa quando le parti che la generano provano qualche “affezione”, non c'è, quindi, alcuna lesione della funzione senza che la parte dell'organismo corrispondente sia malato.

La malattia per Galeno era una “*praeter naturam*” intendendo per questa il risultato di un disturbo riguardante una parte particolare del corpo nell'equilibrio e nell'armonia degli umori e delle forze.

Nella sua opera “*De Symptomum differentiis*” [Kuhn1978], egli la definisce come:

*“Qualsiasi affezione del corpo che si allontani dallo stato naturale, o è malattia, o è la causa della malattia, o è il sintomo della malattia [...] si definisce malattia una costituzione oltre natura (*praeter naturam*), dalla quale è lesa in primo luogo la capacità di agire di una parte del corpo”.*

In un'altra opera stabilisce il concetto di salute come: *“Lo stato di salute si deve ricercare in queste due cose, o nelle funzioni secondo natura, o nella struttura degli organi, per mezzo dei quali esplichiamo le funzioni, e quindi la malattia è la lesione della funzione o della struttura”*.

Prima di esaminare la cultura sociologica sulla salute, è opportuno analizzare anche le concezioni ideologiche del sapere bio – medico, in quanto quest'ultime hanno fortemente condizionato, sin dal suo sorgere, la sociologia riflessiva sulle prassi sanitarie.

I paradigmi² della salute, interni alla disciplina medica, si basavano sul codice binario della diade salute – malattia, a partire da quello bio – medico che ha costituito la forma semantica fondamentale di un sistema sanitario organizzato intorno alla distinzione malattia/non malattia. La salute serve soltanto a rassicurarsi sull'esistenza di un'indeterminata condizione di non malattia.

Possiamo individuare, dall'avvento, in contesto illuminista, della moderna medicina ai suoi sviluppi odierni, tre importanti approcci al paradigma bio – medico quali:

1. Bio – medico scienista;
2. Medicina sociale;
3. Neo – scienista della ricerca genetica.

Il primo approccio, a impianto meccanicista, è stato il dominante; esso è centrato *“sullo studio causale del nesso tra singole malattie e singoli eventi patogeni interni all'organismo umano e /o provenienti dalla natura esterna”* [Kuhn 1978].

² Per paradigma si intende “ogni quadro concettuale, con interna coerenza logica, mediante il quale ogni comunità scientifica cerca di impostare gli specifici problemi da risolvere” [Kuhn 1978]

Questo trae origine, a livello epistemologico³, dalle teorie filosofiche di Cartesio della separazione ontologica fra anima e corpo, tra *res cogitans* e *res extensa*. Il corpo umano, infatti, viene considerato una macchina idraulica, costituita di canali in cui, di continuo, circolano dei fluidi di vario genere, a partire dal sangue. Questa macchina può essere analizzata scomponendola nelle sue parti.

La teoria bio – medica che derivò dall'influenza dello schema cartesiano, produsse il “modello meccanico” che interpretava la malattia come *“il cattivo funzionamento di meccanismi biologici”*.

Questo paradigma fu considerato, sia riduzionista, poiché riconduce tutto a cause biologiche da accertare con metodo empirico, sia scienziista poiché affermò che *“la malattia va trattata come un'entità indipendente dal comportamento sociale, ma spesso pretende anche che le deviazioni comportamentali umane siano, per quanto possibile, spiegate sulla base di processi somatici (biochimici o neurofisiologici) disturbati”* [Capra 1984].

La prima svolta, all'interno del paradigma bio – medico scienziista, si ha con l'immunologo francese Louis Pasteur (1890), secondo il quale *“il decorso di una malattia deve essere visto come il risultato di una continua interazione tra i meccanismi interni del corpo e l'ambiente”*.

Il secondo approccio, quello della medicina sociale, si affermò nell'Ottocento a partire da studi epidemiologici⁴, condotti in alcuni paesi

³ L'epistemologia è una disciplina che studia criticamente la struttura formale della scienza, cioè la riflessione filosofica sul linguaggio, sui metodi, sull'organizzazione interna e sui risultati delle varie scienze per definire la natura e il valore del sapere scientifico. Dall'epistemologia è escluso il contenuto della scienza, oggetto proprio della ricerca scientifica. Il centro dell'indagine epistemologica, quindi, è il rapporto tra organizzazione scientifica e sociale, soggetto conoscente e società.

⁴ Gli studi epistemologici si basano sull'epidemiologia. Questa consiste sull'analisi della distribuzione delle malattie di una popolazione, con riferimento sia ai fattori determinanti, naturali e sociali, sia alla progressione delle malattie aventi genesi ed andamento diffusivi ed epidemici. L'epidemiologia medica è sia diagnostica, sia terapeutica. Nel primo caso, essa è lo studio, in riferimento a popolazioni e ad aggregati di persone e gruppi sul territorio, delle variabili concernenti la malattie come definite in sede medica, i differenziali per gruppi e i determinanti delle medesime, con particolare attenzione alle mappe morfologiche del rischio. Nel secondo caso, essa riguarda le misure di bonifica

industrializzati, nei quali si scoprì la connessione esistente tra la diffusione di alcune specifiche malattie e le gravose condizioni di povertà e miseria in cui versavano le popolazioni soggette all'industrialismo.

Primario interesse, dei pionieri della medicina sociale, è stato quello di scoprire e cercare di rimuovere le con – cause sociali, delle malattie e delle disabilità, che furono ricercate, prevalentemente, nel rapporto tra sistemi sociali e habitat.

In questo modello, inoltre, il focus dell'intervento medico passò dal singolo malato, alla diagnosi e alla ricerca di cure per interi gruppi sociali e per ambienti di vita e di lavoro, a rischio di malattia.

Da parte dei medici sociali vennero mosse forti disapprovazioni al paradigma bio – medico scienziato che nacque dalla contestazione diretta del paradigma cartesiano caratterizzato, come abbiamo evidenziato in precedenza, dalla scissione netta tra anima e corpo.

Da queste analisi critiche, infatti, i medici sociali iniziarono ad occuparsi, oltre che agli aspetti clinici della malattia (*disease*) anche delle percezioni soggettive della malattia (*illness*) della gente.

Questo passaggio avvenne attraverso l'utilizzo del modello bio – psico sociali che si qualificavano per un'attenzione specifica verso:

- *“L'umanizzazione e la personalizzazione delle cure medico sanitarie, con particolare attenzione alle relazioni di mondo vitale che legano il malato al suo immediato contesto di familiarità;*

ambientale ed altri interventi di medicina preventiva. Gli studi epidemiologici si realizzano per: dimensionare i fenomeni sanitari; individuare gli agenti eziologici ed i fattori di rischio delle malattie; sorvegliare i fenomeni sanitari; organizzare i servizi sanitari. Essi possono essere vario tipo quali:

Studi descrittivi: basati sull'uso di dati delle statistiche sanitarie e non sanitarie correnti, al fine di fornire la rappresentazione dell'occorrenza di un evento (malattie) in una popolazione in studio.

Studi analitici: hanno come obiettivo l'individuazione della relazione tra malattie e presunti fattori di rischio, utilizzando appositi strumenti di approfondimento. Quelli che partono dall'osservazione di un ipotetico fattore di rischio per verificare gli effetti sulla salute, in un gruppo di persone esposte, si definiscono *studi di coorte*.

- *il tema dell'organizzazione societaria, in genere, e di quella delle riforme sanitarie e sociali sul territorio;*
- *il recupero in funzione preventiva, terapeutica e riabilitativa della famiglia e delle reti informali di supporto volontario e mutualistico per contrastare le disintegrazioni dei rapporti familiari e interpersonali come per diffondere stili salubri di alimentazione e di vita” [Ardigò 1997].*

Il terzo approccio, neo – scienista della ricerca genetica, sviluppatosi negli anni a noi più vicini, si origina dall'irrompere nella medicina di un nuovo modello bio – medico, caratterizzato da un forte mix tra scienze naturali e scienze dell'artificiale, tra biologia e scienze fisico – matematiche.

Nel linguaggio ordinario, quindi, salute e malattia sono utilizzate, in relazione a uno spettro di stati funzionali, la cui definizione è frequentemente mediata da una diagnosi medica, che possono risultare più o meno compatibili o adattativi rispetto alla capacità di un soggetto nel realizzare dei piani di vita. Quest'ultimi possono andare dalla mera sopravvivenza agli scopi più elaborati, che una persona vivendo nella società moderna, riesce a porsi.

2. Il concetto di salute nella storia del pensiero sociologico

Nel pensiero sociologico viene attribuita a Talcott Parsons la prima formulazione organica di una riflessione sociologica sul tema salute/malattia anche se, antecedentemente ad egli, alcuni autori hanno cercato di dimostrare che la salute fosse già da considerarsi una questione sociale oltre che medica.

Tra questi possiamo ricordare, Bernardino Ramazzini⁵ che si occupò e sviluppò la tematica della salute in relazione alla situazione e sicurezza sul posto di lavoro; Rudolf Virchow⁶ noto per i suoi aforismi che hanno permesso importanti riflessioni sulla sociologia della salute. Il più importante e attinente al tema in oggetto riguardò, sia i compiti della medicina e della politica, sia la definizione di patologia e malattia:

“La medicina è una scienza sociale e la politica non è altro che medicina su vasta scala.”.

“La patologia è un’alterazione fisiologica di una funzione normale, la malattia comincia nel momento in cui la capacità regolatoria del corpo è insufficiente ad eliminare i disturbi”. [Virchow 1848]⁷.

⁵ Bernardino Ramazzini (1633 – 1714), medico carpigiano si laureò a Parma in Filosofia e Medicina, esercitò la professione a Roma in contesti molto poveri, insegnò a Modena e all’Università di Padova. Egli fu autore di importantissime indagini sulle malattie dei lavoratori e sulla loro genesi sociale. “La sua produzione scientifica fu eclettica: dall’epidemiologia all’igiene, dalla filosofia alla peste, dalla sanità pubblica alla cultura generale, dalla terapia alla medicina alternativa”.

⁶ Rudolf Virchow, nato nel 1821 in Pomerania, fu un famoso citologo, riformatore sanitario, patologo e medico sociale. Nel 1848 fondò la rivista liberale *“Die medizinische Reform”*.

⁷ Per un approfondimento sul tema, si veda: Virchow R. (1848), “Die öffentliche Gesundheitspflege” in, *Die medizinische Reform*, n. 18.

Il sociologo Durkheim⁸ analizzò, nella sua opera “Les règles de la méthode sociologique⁹”, il concetto di salute in relazione all’integrazione sociale, in quanto riconobbe il forte ruolo giocato dalle relazioni sociali sul benessere individuale.

Egli individuò, infatti, la salute come un valore verso il quale la società e i suoi membri devono prestare un impegno inderogabile.

“La salute è buona e desiderabile, mentre la malattia rappresenta il male che deve essere evitato”.

In quest’ottica, quindi, la salute è la risultante dell’equilibrio tra l’individualismo e il collettivismo, mentre la malattia si origina dalla

⁸ Emile Durkheim (Épinal, Lorena, 1858 – Parigi, 1917) sociologo francese, trattò e analizzò il tema relativo agli aspetti problematici della relazione tra individuo e collettività. La società è caratterizzata dall’esistenza di una coscienza collettiva, che è costituita dall’insieme delle credenze e dei sentimenti comuni alla media dei membri che la costituiscono. Secondo Durkheim, la coscienza collettiva ispira e determina le azioni del singolo in misura tale che si può affermare che l’individuo è generato dalla società e non viceversa, in quanto la società è irriducibile alla somma degli elementi di cui è composta. Durkheim cercò di elaborare una sociologia che costituisse, non tanto una teoria generale della realtà sociale quanto, un modello teorico di riferimento per una sua corretta amministrazione.

⁹ L’opera “Les règles de la méthode sociologique”, scritta nel 1895, rappresentò un tentativo di fondazione della sociologia come disciplina autonoma e pose l’accento sull’individuazione dell’oggetto della ricerca sociale (il fatto sociale). In questa Durkheim tentò di applicare il metodo delle scienze naturali alle scienze sociali, in modo da dotare la sociologia di uno statuto epistemologico autonomo, attraverso un’impostazione che consideri i fenomeni sociali “come cose”. I concetti di *fatto sociale* e *rappresentazione collettiva* assumono centralità in tutto il componimento. Durkheim considerò, appunto, i fatti sociali come l’oggetto specifico dell’indagine sociologica, questi, attraverso meccanismi di obbligazione e di normatività, impongono coercitivamente l’adesione alle regole del gruppo sociale in cui gli individui erano inseriti e assumevano caratteri di necessità generale, in quanto dotati di valore sociale. Solo osservando oggettivamente i fenomeni sociali e comparandoli, si potevano delineare le leggi che si sottoponevano alla loro formazione e che regolavano la società. L’autore analizzò, poi, le categorie di *normale* e *patologico*, le loro differenze e la possibilità di formularle dal punto scientifico, in relazione a un’indagine sociologica; egli descrisse, inoltre, le regole metodologiche relative alla costituzione dei *tipi e delle specie sociali* che composero il corpo sociale. Per Durkheim i fatti sociali erano prodotti da altri fatti sociali, la cui origine era da ricercare nell’*ambiente sociale interno* a un gruppo. I *fatti sociali*, le *rappresentazioni collettive* e le *forme della coscienza* andavano interpretate, infatti, in base alla loro genesi e alla loro evoluzione all’interno dell’ambiente sociale. Lo strumento privilegiato della ricerca sociale era individuato da Durkheim nel *metodo delle variabili concomitanti*, ovvero lo studio di due fenomeni che variano regolarmente nello stesso modo.

disarmonia degli equilibri tra questi due elementi che, generandosi nella collettività, si ripercuotono, di conseguenza, nelle menti degli individui.

Durkheim può essere considerato un anticipatore della sociologia della salute, in quanto non la trattò solo in termini sanitari, ma centrò la sua analisi anche sugli aspetti relativi all'ambito sociale e relazionale, precorrendo, così, la distinzione tra: Illness, Disease e Sickness, esposta da Twaddle (1994), che evidenzia le importanti interconnessioni esistenti tra salute e integrazione sociale.

Un altro sociologo classico, Max Weber¹⁰, diede un contributo alla definizione della sociologia della salute, anche se nelle sue opere non è presente alcun riferimento esplicito a questo tema, le sue teorie possono essere ben applicabili alle organizzazioni sanitarie.

Weber (1922) propose, nei suoi studi,¹¹ una tipologia dell'agire sociale in base all'orientamento di senso che può essere determinato in modo:

1. *Razionale rispetto allo scopo;*
2. *Razionale rispetto al valore;*
3. *Affettivo;*
4. *Tradizionale.*

La prima tipologia è orientata in vista dei mezzi ritenuti adeguati per realizzare un certo fine: si tratta di una razionalità puramente formale, differente dai tipi d'azione che assumono lo scopo come valore incondizionato a prescindere dalla considerazione dei mezzi disponibili (è

¹⁰ Max Weber (Erfurt 1864 – Monaco 1920), sociologo tedesco, fu fautore di una sociologia che non determinò dogmaticamente, ma volta per volta, il senso del condizionamento fra i fenomeni storico – sociali. Egli, a differenza di Marx, non considerò la situazione di classe come determinante esclusiva dell'azione sociale, ma ritenne che questa, attraverso differenze negli stili di vita e nel prestigio dovuto alla professione, rendesse più complessa e fluida la struttura delle classi sociali. L'interesse di Weber si orientò, inoltre, sulla metodologia delle scienze sociali e dell'economia. La "summa" delle analisi sociologiche dell'autore uscirà postuma con l'opera *Economia e società* (1922).

¹¹ Weber M., (1922), *Wirtschaft und Gesellschaft*, Mohr, Tübingen, parte I, Cap. I., Trad. it, Weber M., (1961), *Economia e società*, Comunità, Milano.

il caso della razionalità rispetto al valore) e da altri, motivati da stati d'animo o da abitudini acquisite.

La razionalità formale è un costrutto idealtipico che permette di spiegare le altre forme dell'agire sociale in termini di maggiore o minore vicinanza al tracciato ideale. La progressiva applicazione al calcolo razionale, produce quella che Weber definisce razionalizzazione che comporta la perdita di legittimità di ogni pretesa alla validità incondizionata dei valori e l'impossibilità di reperire un significato univoco che ordini concettualmente la realtà. Il mezzo più efficace e funzionale, attraverso il quale si ottiene questo passaggio da azioni sociali ad azioni razionalmente legittimate, è la burocrazia. E' proprio quest'ultima, secondo Weber a far accrescere la superiorità del sapere professionale mediante il profondo delle sue cognizioni ed intenzioni. La connessione tra i tipi ideali d'agire sociale di Weber e le scelte di salute viene proposta in uno studio effettuato dalla Hiller dove si evince che:

“Molte persone nel mondo occidentale hanno delle concezioni della salute e della malattia in gran parte congruenti con quelle della medicina ufficiale, tuttavia allo stesso tempo le classificano (la salute e la malattia) in modi differenti. Le persone possono avere una concezione più o meno ampia delle cause della malattia che possono incorporare idee relative a fattori sociali come il lavoro, gli eventi catastrofici come una perdita affettiva.[...]”

Le concezioni profane della salute e della malattia possono essere considerate come un'importante difesa contro la zweckrationalität (l'agire razionale rispetto allo scopo) e la medicalizzazione del vita di tutti i giorni”.

Come si desume, quindi, il contributo di Weber non fu direttamente legato al concetto di salute, ma “è impossibile prescindere da lui negli studi organizzativi della sanità così come su quelli di bio – etica”.

Altri autori, in seguito, hanno trattato il tema della salute e della malattia legandolo, in particolare, alla società.

L'antropologo francese Marc Augé¹² (1986) rilevò un fondamentale paradosso costituito dal fatto che *“la malattia è allo stesso tempo il più individuale e il più sociale degli eventi. Ognuno di noi la sperimenta direttamente dentro di sé e può morire. [...] Eppure, tutto in essa è allo stesso tempo sociale, non solo perché un certo numero di istituzioni si fanno carico delle diverse fasi della sua evoluzione, ma anche perché gli schemi di pensiero che permettono di individuarla, di darle un nome e di curarla, sono eminentemente sociali: pensare alla propria malattia significa fare già riferimento agli altri”*.

Augé sostenne, infatti, che la malattia è una forma elementare dell'evento: momento di crisi individuale e sociale al contempo, collasso del singolo e del suo gruppo che, in quanto tale, necessita di una spiegazione. Come la malattia, così la salute, secondo Augé, è un evento che l'individuo può usare per interpretare il mondo e le relazioni con la società in cui vive è un *“repertorio di segni”* che l'individuo può utilizzare per interpretare l'ordine sociale.

La definizione di salute e malattia in un contesto dato non può prescindere, quindi, da tutte quelle altre rappresentazioni sociali costituenti ciò che si potrebbe definire il *“sistema cognitivo”* di una data popolazione ed in essa, quello di un dato individuo.

¹² Marc Augé è uno degli antropologi francesi più noti all'opinione internazionale per i temi riguardanti la salute e la malattia è inoltre, Direttore d'études presso l'École des Hautes Études di Parigi.

Come ha rilevato, inoltre, Kleinman (1980) la rappresentazione della salute e della malattia è strettamente, ma non deterministicamente, correlata con l'immagine d'uomo elaborata all'interno d'ogni società, di conseguenza non si può definire la variabile salute/malattia senza quella di uomo.

Si trovano, così, società, dove l'uomo è pensato come composto di elementi caldi e freddi in armonia, e dove la malattia si situa nello spazio di squilibrio tra questi due ordini, e la cura consiste nel loro bilanciamento; dove l'uomo è visto come agito da un principio spirituale (anima) la malattia potrà essere il furto o la compromissione di tal essenza vitale; dove l'uomo è rappresentato come articolazione, sia di una *res extensa*, sia di una *res cogitans*, la malattia sarà affezione di ciascuno di questi domini, malattia del corpo o della psiche.

È importante rilevare, inoltre, come tale immagine dell'essere umano non possa evitare di articolarsi, sia in un mondo di altri esseri umani, dando luogo a strutture complesse definite, a volte impropriamente, "società semplici", sia in uno di rapporti e di relazioni intersoggettive (gruppi di discendenza, classi di età, gruppi di genere). La rappresentazione del male si articolerà, dunque, anche a partire da tale rete di scambi tra sottogruppi, giocando, a volte, il ruolo di vero e proprio principio ordinatore.

La malattia sarà, quindi, effetto di sanzione mistica per obblighi non rispettati, ma anche risultato di rapporti problematici, che si esprimono attraverso i termini dell'invidia e dell'aggressività.

Secondo l'antropologo sociale Helman (1994), poi, se analizziamo la malattia come una rappresentazione culturalmente codificata del male, possiamo spostare il locus abituale del malessere dal corpo alla società, dall'organico al sociale. Egli ritiene che:

“La malattia diventa così pensabile non più solo come affezione corporea del singolo, ma come vero e proprio fatto sociale globale”.

Secondo questa definizione, quindi, parlare di una malattia significa evocare un'interpretazione collettiva ed essa assume il suo pieno senso solo in rapporto a una data organizzazione sociale e simbolica: *“una situazione anomala o patologica può essere vissuta e trattata come tale solo perché è parte integrante di un contesto”* [Lanternari 1994].

Questa tesi fu criticata dalla sociologa Claudine Herzlich (1986) che sostenne che ogni malattia è una sorta di metafora, che parte dal corpo e si estende alla società e al rapporto fra l'individuo e il suo mondo.

Essa *“esige sempre un'interpretazione che va al di là del corpo individuale e dell'eziologia specifica”*, ma si esprime all'interno di una società definita, di cui ci parla indirettamente.

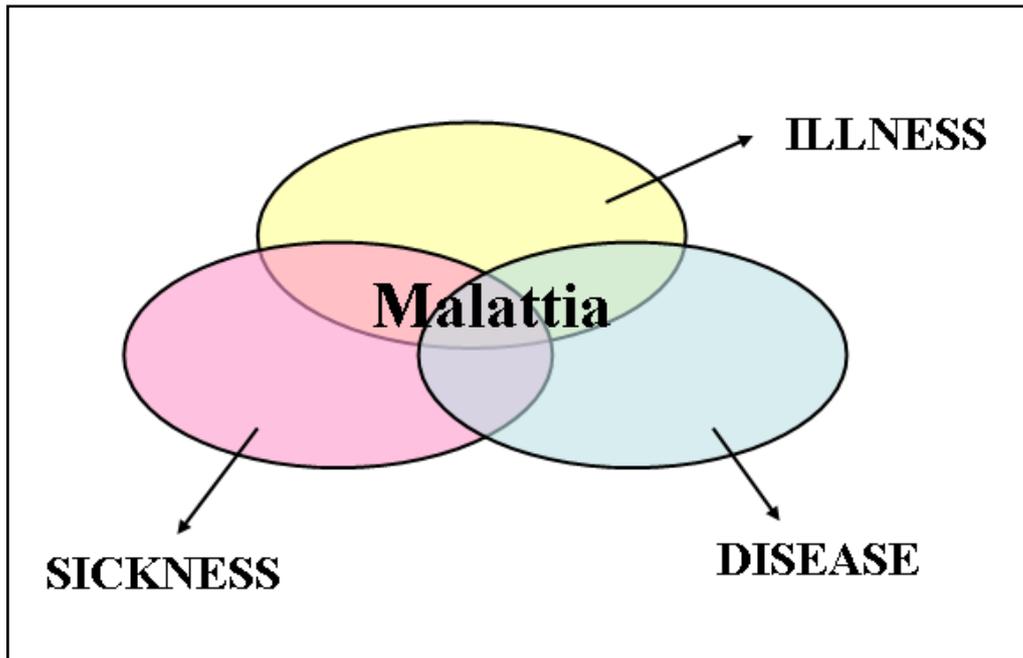
Da quanto esposto sinora sul tema di salute e malattia si evince che, quando si analizza quest'ultima condizione, si devono considerare, almeno altri tre aspetti che ad essa si legano, così identificabili:

1. dimensione oggettiva (**disease**): clinicamente osservabile, che permette di identificare e diagnosticare la malattia in base ad esami effettuati dai medici, secondo, quindi, i canoni biomedici;
2. dimensione soggettiva (**illness**): quest'aspetto è relativo allo stato psicologico dell'individuo che si sente malato, è la sua percezione del malessere;
3. dimensione sociale (**sickness**): è riferita alla costruzione culturale e alla rappresentazione sociale della malattia, quindi, *“Affermare che qualcosa è malattia significa dire inevitabilmente qualcosa sulla natura dell'uomo e sul suo benessere [Tognetti Bordogna 1989]”*.

Questa si sviluppa nel campo di elezione dell'antropologia medica. La malattia come *sickness* deve essere intesa, inoltre, come il processo

attraverso il quale, a comportamenti preoccupanti e a sintomi biologici (*illness* e *disease*), viene attribuito un significato socialmente riconoscibile e, di conseguenza, accettabile.

Figura 1 Le dimensioni concettuali della malattia



Fonte: Nostra elaborazione grafica

Queste tre diverse dimensioni tra loro coesistono creando una dinamica di continuo confronto ed interscambio quotidiano.

Riassumendo possiamo affermare che la malattia, e, di conseguenza la salute, possono essere compresi solo analizzando le teorie sulla salute e sulla malattia dell'individuo e della società in cui vive. L'interpretazione soggettiva e sociale dello "stare male", infatti, influenza la percezione dei sintomi, la denominazione della malattia, i suoi esiti e le aspettative. È per questo che *"la malattia è allo stesso tempo il più individuale e il più sociale degli eventi"* [Augé, Herzlich 1986].

Caratteristiche fisiche “anormali” diventano malattia quando interferiscono con il comportamento sociale dell'individuo, assumendo la forma, socialmente condivisa, di malattia.

La salute e la malattia sono strettamente condizionate dall'attribuzione di senso, dal significato che ogni evento ha per quella persona e per quel gruppo a cui l'individuo appartiene o sente di appartenere.

Salute e malattia sono, dunque, eventi complessi perché determinati da fattori molteplici ma, in particolare, perché assumono significato differente, per persone diverse in contesti distinti.

3. La sociologia della salute

Uta Gerhardt (1990), una delle più qualificate studiose della storia della sociologia applicata ai temi della salute, ritenne che si può propriamente parlare di sociologia sanitaria solamente a partire dal XX° secolo in quanto *“la salute è stata un tema non sociologico fino agli anni Trenta”*.

Da quel periodo in poi, cominciano a diffondersi studi e ricerche di sociologia su fenomeni di salute e malattia, sia in Gran Bretagna, sia negli Stati Uniti, ma che presentavano forti differenziazioni in termini di contenuto, metodo e prospettive epistemologiche. Si ottennero, così, due diversi percorsi e approcci al tema della salute, quali:

- sociologia nella Medicina – ***sociology of medicine;***
- sociologia della Medicina – ***medical sociology.***

Il primo approccio, prevalente in Gran Bretagna, si caratterizzò per l'utilizzo dei paradigmi di riferimento della medicina, assumendo cioè le definizioni di malattia e di cure proprie della dottrina e della prassi medica. La ricerca sociologica avvenne, principalmente, correlando dati di fonte e di definizione bio – medica, con le variabili socio – demografiche e sociali

dei malati. Si trattava, quindi, di una statistica sociale al servizio dell'epidemiologia.

Tra le critiche espresse alla "Sociologia nella Medicina" la più rilevante consistente nel fatto che, non era posta attenzione alla soggettività dei pazienti (*embodied subjectivity*) rendendo *"questa sociologia subalterna all'egemonia medica e cioè dipendente da una prospettiva la quale aliena salute e malattia dalla storia di vita dell'individuo e della società"* [Ardigò 1997].

La sociologia della medicina nacque negli Stati Uniti alla fine degli anni Trenta, essa si distinse, inizialmente, da quella anglosassone per *"l'autonomia dell'approccio socio – sanitario nell'impianto concettuale e metodologico"*, rispetto a quello bio – medico.

Il suo impianto di base, secondo cui l'analisi dei fenomeni di malattia e salute può trovare fondamento solo se collocata nell'interscambio tra sistema sociale e attore sociale, si sviluppò grazie all'apporto del sociologo americano Talcott Parsons¹³ che, nello specifico dello studio delle cure sanitarie, trattò un aspetto fondamentale quale il rapporto medico – paziente, attraverso l'utilizzo del paradigma struttural – funzionalista. La teoria generale parsonsiana della società quindi si presta come paradigma attraverso cui interpretare i fenomeni e le dimensioni attinenti alla salute.

Per poter comprendere le riflessioni di Parsons (1931), in merito alle questioni sanitarie, è necessario inquadrarle all'interno della sua teoria del sistema sociale, in quanto *"ogni relazione sociale si esplica come funzione sociale all'interno della società"*. Egli definisce un sistema sociale come *"quelle modalità di organizzazione della vita di moltitudini di individui, che*

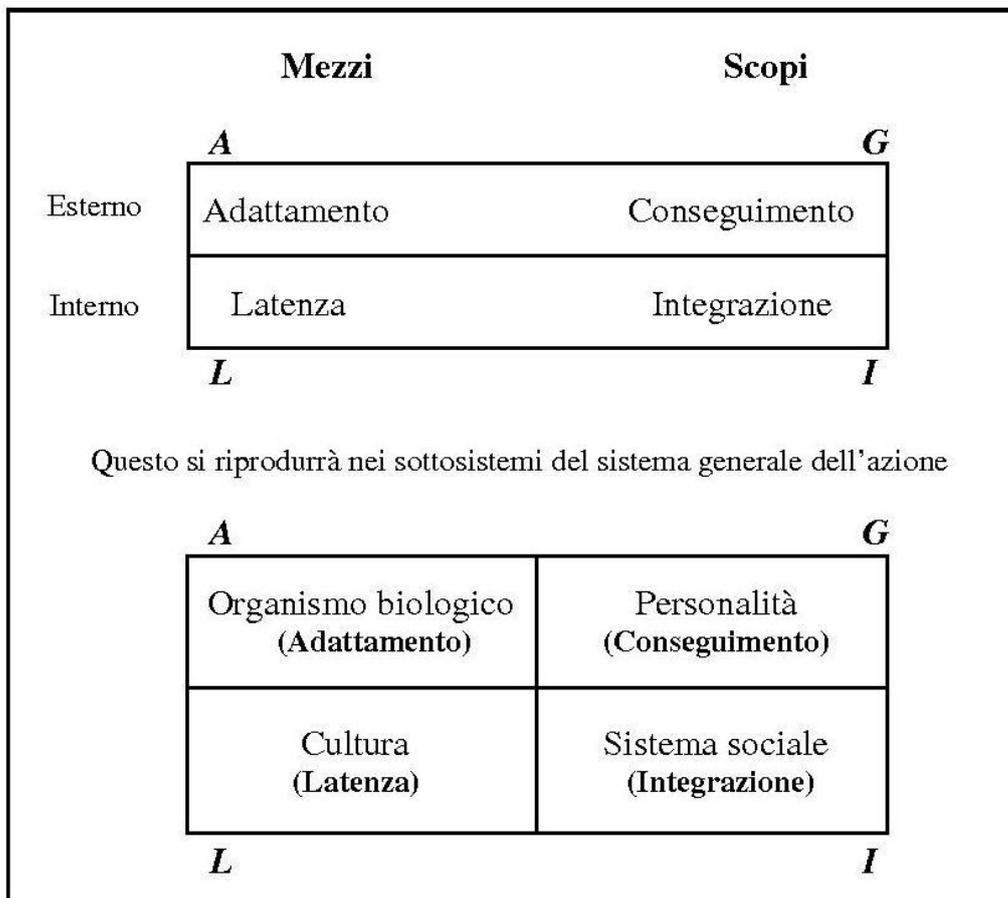
¹³ Talcott Parsons (Colorado, 1902 – Monaco di Baviera 1979), sociologo statunitense, si occupò dapprima di economia per poi occuparsi di sociologia. La sua formazione deve molto all'influenza di autori europei come: Marshall, Durkheim e Weber, che contribuirono ad orientarlo verso l'elaborazione di concetti e teorie sistemiche.

garantiscono, nel tempo e nello spazio, la persistenza o processi ordinati di mutamento”.

Ogni sistema sociale, per poter continuare ad esistere ed avere stabilità, deve assolvere a quattro prerequisiti funzionali tra loro interdipendenti e interconnessi quali:

- Adattamento all'ambiente (***Adaptation***): da questo il sistema sociale deve trarre le risorse fisiche necessarie per trasformarle in beni e servizi;
- Perseguimento delle mete del sistema (***Goal attainment***): che si fonda nella funzione di potere della strategia politica cui sono chiamate le istituzioni;
- Integrazione sociale (***social Integration***): che consiste nella diffusione dei valori e delle norme che sono culturalmente e socialmente di guida ad ogni gruppo sociale. E' da questa integrazione che traggono fondamento i ruoli e le istituzioni, capaci di influenzare il necessario consenso motivato dei comportamenti, che costituiscono ogni società come comunità.
- Mantenimento in latenza (***Latency***): questo rappresenta il controllo societario delle tensioni e delle devianze comportamentali dei singoli, che si formano anche a livello inconscio, rispetto alle aspettative sociali di ruolo.

Figura 2 Paradigma funzionale del sistema dell'azione di Parsons



Fonte: Nostra elaborazione da: Giannotta M. A. (1987)

Secondo Parsons ¹⁴ la struttura sociale è composta da gruppi di soggetti svolgenti ruoli differenti che si sono consolidati oggettivamente, in base ai valori accettati nel processo di interazione sociale e, soggettivamente in seguito ai processi di interiorizzazione delle norme a cui i soggetti sono sottoposti. A ogni ruolo, quindi, corrispondono determinati tipi d'azione. Parsons individua nelle dicotomie universalismo – particolarismo, realizzazione – attribuzione, affettività – neutralità

¹⁴ I quattro prerequisiti funzionali, sono noti, insieme, con la sigla AGIL dalle iniziali delle quattro parole inglesi. Tale schema si legge in senso orario.

affettiva, le variabili strutturali che costituiscono diverse alternative di valore e di azione sociale e disposizione dei soggetti.

La loro combinazione, di conseguenza, può dare adito a diversi tipi di relazione sociale e di società.

Il tema della salute/malattia viene affrontato da Parsons, nella sua opera "The social system", con riferimento ai prerequisiti funzionali del sistema sociale, in quanto secondo l'autore la malattia chiama in causa, sia la funzione di controllo in latenza delle tensioni, sia quella di integrazione sociale poiché coinvolge l'integrazione con le relazioni intersoggettive e con i valori normativi sistemici.

Il binomio salute/malattia risulta, quindi, rilevante in base al ruolo sociale ricoperto dall'individuo ed è affrontato secondo logiche strettamente istituzionalizzate. Secondo l'autore, infatti, l'individuo sano è colui che riesce a svolgere i compiti che il ruolo sociale gli attribuisce, mentre il soggetto malato non è in grado di assolverli.

Egli specifica, successivamente, un altro aspetto importante di tale concetto che consiste nel fatto che:

“La malattia deve essere vista come una forma di comportamento deviante dei singoli alle pressioni sociali cui sono sottoposti, cioè una via per sottrarsi a responsabilità sociali e produttive”.

Per trattare il concetto di salute/malattia Parsons (1937) studiò il rapporto medico/paziente, perché i due soggetti, avendo compiti di ruolo funzionali all'equilibrio del sistema sociale, sono tra loro legati e interconnessi. Il malato è riconosciuto da Parsons (1937) come portatore di un ruolo sociale istituzionalizzato (**sick role**) all'interno del sistema sociale.

In Italia, sicuramente in ritardo rispetto ad altri paesi, sul finire degli anni '70, si affermò un gruppo di lavoro sulla sociologia sanitaria che affrontò,

in modo organico continuato e istituzionalmente rilevante, il tema della salute nel contesto della sociologia italiana. Questa lentezza d'intervento gli permise di superare, sin dal suo sorgere, la ristrettezza del paradigma istituzionale medico di matrice parsonsiana.

Il primo obiettivo di questo gruppo di lavoro, che si esplicitò attraverso un convegno nazionale dedicato alla sociologia sanitaria, fu quello di definire il passaggio dalla "**sociologia della medicina**" alla "**sociologia della salute**".

La sociologia della salute italiana, quindi, si è posta, sin dalla sua fase pionieristica, in una prospettiva d'innovazione epidemiologica e contenutistica centrata, sia sui processi di generazione del benessere, sia sui fenomeni di malessere.

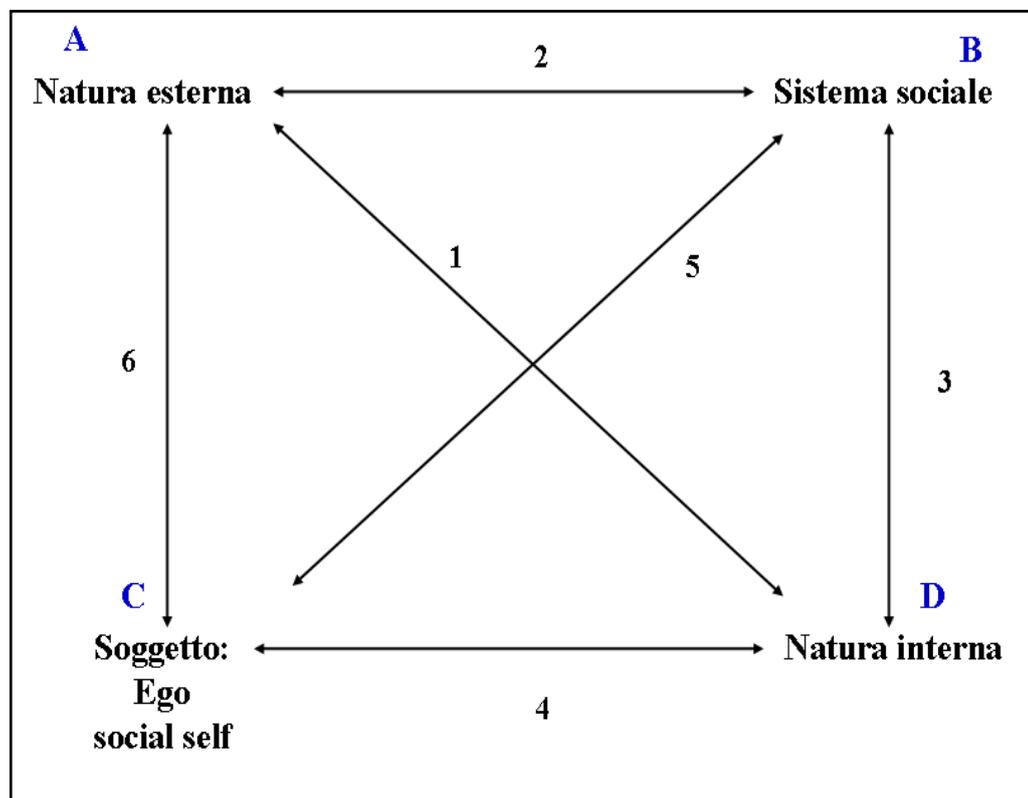
Le tematiche di salute, malattia e sistemi sanitari vengono definiti, analizzando il paradigma correlazionale proposto da Ardigò (Fig. 3), attraverso una matrice di quattro concetti da interconnettere tra loro quali:

- A. *Natura esterna*: considerata come l'ambiente rispetto al sistema sociale, sia fisico, sia habitat. Questa è generatrice sia di agenti patogeni per la salute, sia di risorse per la cura;
- B. *Sistema Sociale*: è inteso come una rete comunicativa selettiva durevole tra individui, istituzioni e ruoli sociali, col supporto di valori e di linguaggi praticati, come di norme riconosciute, entro culture socialmente condivise; mediante queste si producono contesti sociali di vita di relazione. Un insieme di persone, famiglie, gruppi sociali formano un sistema sociale dotato di senso quando riescono a mantenere una continuità culturale e di strutture sociali malgrado il continuo fluire delle generazioni e il variare delle contingenze e delle sfide ambientali;
- C. *Soggetto*: a partire dal contesto di vita quotidiana si presenta in una duplice forma. Quella di "ego" come attore sociale dotato di

coscienza e di capacità intenzionale nell'agire, quella di "social self" che si sforza di comprendere come gli altri soggetti a lui significativi lo vedono e come vorrebbero che fosse, attraverso la sua auto – osservazione;

D. *Natura interna al soggetto*: che consiste nel corpo umano degli individui considerato, sia come base biologica, sia come entità psico-somatica.

Figura 3 Il "quadrilatero" del paradigma correlazionale proposto da Ardigò



Fonte: Nostra elaborazione da: Ardigò (1997), pag. 97.

Se colleghiamo i quattro poli concettuali tra loro, a due a due, ricaviamo sei coppie di congiunzioni bidirezionali che formano il quadro esplicativo del tema salute che possono essere così analizzate:

1. *Connessione tra natura esterna e natura interna del soggetto*: tra i fattori patogeni esterni e la capacità risanatrice del corpo umano. Nella pratica sanitaria la natura esterna è stata assunta, nei diversi periodi storici, secondo differenti schemi concettuali: da un lato come “*natura continuamente operosa per mantenere l’equilibrio nel corpo umano*”, che costituisce, quindi, la condizione di salute, dove il medico può svolgere, solamente, una funzione di aiuto alla natura per ripristinare lo stato di equilibrio perturbato dalla malattia. Dall’altro come “ambiente perturbatore” nei confronti del quale la società ha il dovere di intervenire, attraverso interventi di prevenzione collettiva;
2. *Connessione tra natura esterna e sistema sociale*: le forze organizzate della società, intese come sistema sociale, devono intervenire in difesa dei propri soggetti dalle sfide patogene della natura esterna;
3. *Connessione tra sistema sociale e natura interna del soggetto*: questa individua, proprio nell’organizzazione sociale della vita e del lavoro, le fonti patogene per la natura interna delle persone. Il sistema sociale deve riparare a ciò utilizzando, in particolare, le strutture pubbliche. Questa “connessione tra malattia e miseria torna purtroppo di attualità¹⁵”, ne è un esempio concreto il riacutizzarsi delle disuguaglianze sociali ingiuste e della povertà nelle metropoli più ricche del mondo, specie tra gli immigrati di minoranze etniche svantaggiate. La ricerca socio – epidemiologica ha contribuito ad aiutare il ripristino di una situazione di equilibrio attraverso la costruzione, sia di mappe territoriali di gruppi e categorie della popolazione ad alto rischio di malattia e inabilità, sia di studi di prevenzione delle malattie professionali;

¹⁵ Ardigò A., (1997) pag. 101.

4. *Connessione tra soggetto e natura interna*: consiste nel rapporto tra essere sociale ed essere bio-psichico, la relazione diventa, attraverso vari condizionamenti, esperienza e studio della propria corporeità e del proprio stato di salute, può assumere le vesti del mutuo – aiuto, dell'auto – cura, della negazione, del timore, del ritiro in se stessi e anche della contestazione;
5. *Connessione tra soggetto e sistema sociale*: va intesa come processo del soggetto, dalla salute alla malattia, alla cura della medesima, entro i condizionamenti e le variabili presenti nel sistema sociale che agiscono, sia nella definizione e interpretazione di malattia, sia nella scelta del processo terapeutico;
6. *Connessione tra soggetto e natura esterna*: consiste nelle attenzioni e nelle preoccupazioni del soggetto verso le tematiche riguardanti i problemi ecologici.

Il quadrilatero che si ottiene dalle interconnessioni sopraelencate identifica, come specifico oggetto di studio, il sistema della salute, poiché in questo sono considerate tutte le molteplici dimensioni dalle cui relazioni e interconnessioni sorge una definizione di salute di tipo correlazionale.

Il limite di questo modello consiste nella “non esplicitazione” delle possibili connessioni tra le variabili (natura interna, soggetto, sistema sociale, natura esterna) ed il sistema salute che viene analizzato come una variabile indipendente dal sistema sociale generale. Questo modello di analisi rappresenta, quindi, il quadro concettuale dentro cui collocare l'attività della sociologia della salute.

3.1. Gli approcci teorici alla sociologia della salute

Nel pensiero sociologico viene attribuita a Talcott Parsons la prima formulazione di una organica riflessione sociologica sul tema salute/malattia [Donati 1993] anche se, antecedentemente ad egli, alcuni autori hanno cercato di dimostrare che la salute fosse già da considerarsi una questione sociale oltre che medica. Tra questi possiamo ricordare sicuramente Émile Durkheim che nella sua opera "*Les règles de la méthode sociologique*" affronta il tema della dicotomia tra normale e patologico, anticipando la *Medical Sociology* ma soprattutto aprendo la strada dello *struttural-funzionalismo* in sociologia. Egli analizzò il concetto di salute in relazione all'integrazione sociale, in quanto riconobbe il forte ruolo giocato dalle relazioni sociali sul benessere individuale.

In quest'ottica Durkheim può essere considerato un anticipatore della sociologia della salute, in quanto non la trattò solo in termini sanitari, ma centrò la sua analisi anche sugli aspetti relativi all'ambito sociale e relazionale, anticipando, così, la distinzione tra: *Illness, Disease e Sickness*, proposta da Twaddle (1984) che evidenzia le importanti interconnessioni esistenti tra salute e integrazione sociale. Infatti, la nuova sociologia della salute ha come punto di partenza la negazione, o almeno la rottura dell'equazione, data per scontata, salute = malattia [Donati 1983, p.17].

Nell'analisi e interpretazione dei fondamenti della sociologia della salute possiamo rifarci a quattro paradigmi classici (struttural-funzionalista; fenomenologico; marxista; radicale) ma anche a nuovi punti di vista che, negli ultimi anni, si stanno prospettando (ecologico relazionale, ecologico – sociale, sistemico-costruttivista). Vediamo quindi ora, nello specifico, i

diversi approcci teorici di questa disciplina, per comprenderne l'evoluzione e la singola influenza nel tempo.

3.2. Il paradigma struttural-funzionalista

L'approccio struttural – funzionalista si sviluppò grazie all'apporto del sociologo americano Talcott Parsons, come già anticipato, secondo cui l'analisi dei fenomeni di malattia e salute può trovare fondamento solo se collocate nell'interscambio tra sistema e attore sociale [Donati 1983, Rutigliano 2001]. Questo modello è stato considerato come presupposto fondamentale per la sociologia della medicina in America da cui quella italiana, come vedremo, trae origine.

Il pensiero del sociologo di Harvard parte dall'assunto che ogni fenomeno sociale è il prodotto di un sistema di relazioni e di azioni sociali, ove il sistema sociale è niente meno che il contesto in cui gli uomini agiscono.

Parsons, nella sua opera "The Social System"¹⁶, evidenzia come la malattia sia intesa quale comportamento deviante del malato, poiché quando si trova in tale stato non è più in grado di ricoprire il proprio ruolo forte di lavoratore.

Secondo questo paradigma, quindi, la malattia va considerata come disfunzionale alla società e il medico, attraverso la diagnosi e la prescrizione, svolge una funzione di controllo sociale che viene riconosciuta dall'intero sistema sociale.

¹⁶Si veda in particolare Parsons T. "La struttura sociale e il processo dinamico: il caso della professione medica moderna" (capitolo X) in Parsons T. *The Social System*, Free Press, Glencoe, 1951.

Se la malattia è un oggetto disfunzionale, la salute, sempre secondo Parsons (1958) è: “situazione ottimale dell’individuo per l’efficace compimento dei ruoli e dei compiti per i quali è stato socializzato”.

Sicuramente il paradigma struttural-funzionalista prende spunto ed è influenzato dall’approccio bio – medico, in quanto l’idea di salute e malattia così strutturata è legata alla professione medica quale unica competente sia per intervenire sulla malattia, che nel sistema sanitario.

Questa visione della sociologia della medicina fu profondamente criticata negli anni ’70 dalla corrente marxista e, in particolare, da Freidson (1970) che si focalizza sul “sistema sociale nel quale medici e pazienti sono situati” e vede la medicina come un’istituzione che agisce in base agli interessi economici della società capitalista [Tognetti Bordogna 1989; Vicarelli 2002].

3.3. L’approccio fenomenologico

L’orientamento fenomenologico, che rientra nei paradigmi microsociologici, vede la salute e la malattia come un’esperienza umana, a differenza del precedente, non si sofferma sul sistema sociale generale in cui si sviluppa la relazione medico-paziente e il ruolo del malato, ma pone l’attenzione sul soggetto nell’esperienza del quotidiano.

La salute, dagli autori afferenti a questa corrente, viene trattata come “provincia finita di significato¹⁷” mentre, la malattia deve essere vista come una messa in discussione di un’interazione sociale.

I fenomenologi, nelle loro differenti prospettive, focalizzano il loro interesse sul concetto di Sé (Self), sulle componenti di soggettività e di intersoggettività.

¹⁷ Schütz A., *Saggi sociologici*, Utet, Torino, 1979.

L'elemento che caratterizza quest'approccio, rispetto ad altri, è l'interpretazione che viene data dal soggetto della propria situazione di salute e malattia. Altra novità consiste nel mostrare che la distribuzione sociale delle malattie è determinata dal contesto e dalla sua cultura [Tognetti Bordogna 1989; 2008].

3.4. L'approccio marxista e i teorici del conflitto

Questo paradigma, di tipo macrosociologico, vede la medicina come strumento sia di controllo delle società capitaliste, sia di riproduzione delle disuguaglianze sociali. La medicina costituisce, inoltre, un'appendice della struttura economica; è *considerata come ideologia del controllo sociale, ossia come falsa coscienza diffusa da quei gruppi sociali che traggono da certe pratiche vantaggi particolari*" [Donati 1983].

Robert Merton (1957) ci ricorda, infatti, che quando i sociologi prendono in rassegna le maggiori istituzioni della società americana – ad esempio, la famiglia e l'economia, le istituzioni pubbliche, religiose e militari, comunicative e ricreative – essi debbono includervi, in virtù del suo esteso scopo e dell'ampiezza, l'istituzione della medicina e della cura.

I teorici del conflitto [Simmel 1917, Touraine 1992, Darhendorf 1992], inoltre, hanno fatto della critica al funzionalismo la loro base epistemologica per far fronte a un sistema meno dipendente dal contesto economico-politico di stampo liberalista.

La responsabilità rispetto alla salute e alla malattia e al proprio stato di salute è soltanto del soggetto e non del sistema sociale, ma da quest'ultimo ne viene condizionato.

E' proprio all'interno del sistema sanitario che si riproduce l'alienazione sociale e si perpetua la divisione in classi sociali la dominanza dei medici da un lato, quello del potere, e i pazienti dall'altro.

3.5. L'approccio radicale

Gli autori afferenti a questo approccio leggono la dicotomia salute/malattia, non solo in termini economici come il modello precedente, ma prestano una maggiore attenzione allo studio dei fenomeni empirici attraverso l'utilizzo anche di altre discipline come l'epidemiologia o la statistica medica. Altro elemento di novità e, allo stesso tempo, di contrasto al modello precedente, è la critica fatta alla società industriale quale produttrice di alienazione [Tognetti Bordogna 1989].

Ivan Illich è l'esponente di maggior rilievo grazie al suo concetto di *iatrogenesi*. Per quest'autore, infatti, è la modalità propria della cultura occidentale di considerare il bisogno e la malattia in termini istituzionali e burocratici che rappresenta un problema, con la conseguente produzione della iatrogenesi medica [Illich 1976].

Quest'ultima, quindi, trae origine dal processo d'industrializzazione e dall'utilizzo della tecnologia in medicina più che dal modello economico politico capitalista. Il sistema sanitario crea, infatti, nuove patologie e dipendenze dovute principalmente alla gestione professionale della medicina [Nuvolati, Tognetti Bordogna 2008].

Utilizzando le parole di Illich (1976) possiamo affermare che: la burocrazia medica crea cattiva salute aumentando lo stress, moltiplicando i rapporti di dipendenza che rendono inabili, generando nuovi bisogni dolorosi, abbassando i livelli di sopportazione del disagio o del dolore abolendo il diritto dell'individuo ad auto salvaguardarsi.

3.6. L'approccio ecologico

Oltre ai paradigmi classici, finora affrontati, si prospettano nuovi punti di vista.

L'approccio ecologico, di matrice macrosociologica, segue un percorso costruttivista che vede la salute e la malattia come equilibrio (o non) tra l'individuo e l'ambiente [Ingrosso 1994] e considera il sistema sanitario come sistema culturale. La malattia viene affrontata come un'esperienza soggettiva e nella sua relazione con il sistema di cura.

Solo più recentemente, anche grazie alla crisi degli apparati sanitari, si passa, da modi di pensare centrati sulla ridefinizione della forma socio-istituzionale, ad altri in cui la vita sociale è vista come una circolarità di azioni e reazioni che, partendo da una struttura attuale, generano nuovi rapporti o mantengono, cambiano, limitano quelli esistenti, si sviluppano nuove prospettive che costituiscono un'ulteriore elaborazione del modello ecologico [Nuvolati, Tognetti Bordogna 2008].

Gli approcci relazionali, ecologico-sociali, sistemico-costruttivisti hanno così elaborato una visione dinamica ed evolutiva della vita sociale come ricerca combinatoria dei diversi attori sociali finalizzata alla creazione di ambienti ed ecologie sociali adeguate alla vivibilità, all'integrazione, alla qualità del vivere. La salute sociale non è quindi più uno "stato", ma *un moto, una risultante dinamica*, tendenzialmente acentrica e non controllabile unilateralmente da una delle parti in gioco" [Ingrosso 2001].

L'antropologo francese Marc Augé (1985) rilevò un fondamentale paradosso costituito dal fatto che *la malattia è allo stesso tempo il più individuale e il più sociale degli eventi. Ognuno di noi la sperimenta direttamente dentro di sé e può morire. [...] Eppure, tutto in essa è allo stesso tempo sociale, non solo perché un certo numero di istituzioni si fanno carico delle diverse fasi della sua evoluzione, ma anche perché gli schemi di pensiero che permettono di individuarla, di darle un nome e di curarla, sono eminentemente sociali: pensare alla propria malattia significa fare già riferimento agli altri.*

Questa prospettiva appare particolarmente interessante poiché, oltre alla dimensione soggettiva, valorizza anche quella relazionale e in particolare tiene conto del contesto in cui l'individuo mette in atto le sue interazioni.

Tale dimensione consente così di uscire, decisamente, dal solo mondo medico e dal solo sistema sanitario per aprirsi al contesto di vita, all'ambiente in cui l'individuo struttura le proprie relazioni.

La sociologia, aprendosi alle altre scienze, combina la propria metodologia con quella statistica, epidemiologica ed economica; il suo sapere s'interseca con la medicina, l'economia, l'antropologia, e anche con la narrativa.

La domanda relativa alla salute è una delle questioni più vive nel recente dibattito sociologico e tale interesse sembra andare a coincidere con la frattura tra il positivismo medico e quello sociologico, prendendo così in considerazione l'osservazione del mondo vitale degli individui, dei loro bisogni, delle soggettività e delle relazioni quotidiane.

In sintesi, l'itinerario scientifico che realizza la sociologia, attraverso i suoi strumenti, è quello di sottolineare la necessità di una visione di insieme, non colta da altre discipline come la medicina, in cui la salute va

considerata, non come stato fisico e psichico interno, o almeno non solo, ma come un processo dinamico e relazionale, di scambio, fra il proprio ambiente ed il mondo vitale.

La sociologia della salute affronta, dunque, in modo nuovo il tema della salute e della malattia.

4. L'Organizzazione Mondiale della Sanità e il concetto di salute

Nei paesi industrializzati, dopo la seconda guerra mondiale, si è sviluppato un forte processo di rafforzamento dei servizi sanitari in senso universalistico legato, da una parte al boom economico degli anni cinquanta e sessanta, dall'altra al radicamento del concetto di salute come componente fondamentale dei diritti umani. L'art. 25 della Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo proclama che:

“Ogni individuo ha diritto a un livello di vita sufficiente a garantire la sua salute, il suo benessere e quelli della sua famiglia, principalmente per l'alimentazione, il vestiario, l'abitazione, le cure mediche nonché i servizi sociali necessari, ed ha diritto alla sicurezza in caso di disoccupazione, malattia, invalidità, vedovanza o in ogni altro caso di perdita dei mezzi di sussistenza per circostanze indipendenti dalla sua volontà¹⁸”.

Questa, pertanto, non garantisce un diritto alla salute “*per sé*”, ma esclusivamente connesso al diritto ad un adeguato standard di vita¹⁹.

¹⁸ General Assembly, *Universal Declaration of Human Rights*, Adopted and proclaimed by resolution n. 217 of 10 December 1948.

¹⁹ Taylor A. L., (1992), “Making the World Health Organization work” in, *American Journal of Law and Medicine*, ASLME, Boston, pag. 309.

Quando si analizza il tema della salute, attualmente è opportuno fare riferimento all'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS; World Health Organisation - WHO), agenzia internazionale a base universale coordinata dall'Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU), a cui è riconosciuta la qualifica di istituto specializzato ai sensi della carta delle Nazioni Unite.

Figura 4 Organigramma delle Nazioni Unite



Fonte: Nostra elaborazione da: www.onuitalia.it

L'OMS trae vita in maniera diretta, quindi, dalle Nazioni Unite, anche se il primo disegno della sua Carta non fece specifico riferimento alla "Salute", come uno degli interessi dell'Organizzazione, la Conferenza di San Francisco del 1945 si dimostrò sensibile alla necessità di estendere la cooperazione internazionale al campo sociale e, in particolare, al campo

della sanità, la cui importanza era già apparsa evidente all'epoca della Società delle Nazioni.

Si rendeva pertanto necessario, dare vita ad un'istituzione unitaria, capace di mettere ordine tra le diverse e parziali forme di cooperazione sanitaria internazionale. Grazie ad un'iniziativa delle delegazioni Brasiliana e Cinese, la Prima Assemblea Generale delle N.U. approvò la proposta di convocare una conferenza per la creazione di un'organizzazione mondiale della sanità e la "Salute" fu inserita, di conseguenza, nella Carta.

Nel febbraio del 1946, il Consiglio Economico e Sociale dell'ONU, richiamandosi agli art. 55 e 59 della Carta²⁰, adottò una risoluzione con la quale convocava una Conferenza Internazionale della Sanità finalizzata alla creazione di un'organizzazione *ad hoc* che s'inserisse nell'erigendo sistema delle N.U. (che avrebbe dovuto tenersi non oltre il 20 giugno del 1946) dando così vita ad un Comitato di Cooperazione Tecnica composto di 16 esperti provenienti da sedici Paesi (otto Europei, cinque Americani, due Asiatici e un Africano).

La Conferenza tenne la sua prima riunione a New York, il 19 giugno 1946, con la partecipazione di 64 Stati, delle Autorità Alleate di controllo in Germania, Giappone e Corea e di 10 Organizzazioni Internazionali. In un mese di lavoro questa portò a termine il suo compito: il progetto del Trattato istitutivo dell'OMS. Il 22 luglio 1946 fu sottoscritto dai rappresentanti di 61 Stati (51 dei quali erano Membri delle N.U.) il Trattato Istitutivo della World Health Organization (WHO – OMS).

Quest'ultimo entrò in vigore il 7 aprile 1948 data in cui, secondo quanto previsto dall'art. 80 dello stesso, i 26 Membri delle Nazioni Unite accederanno all'Organizzazione, tramite ratifica del trattato, in conformità alle modalità prescritte dall'art. 79 secondo cui:

²⁰ Draetta U., Fumagalli Meraviglia M., (2005), (a cura di), *Il diritto delle Organizzazioni Internazionali*, Giuffrè Editore, Milano.

“Gli Stati possono acquisire la qualità di membro a seguito di firma del Trattato istitutivo senza riserva di approvazione, di firma con riserva di approvazione oppure di accettazione pura e semplice²¹”.

Questa è una previsione molto elastica, volta a consentire a ciascuno Stato di operare in ossequio alle proprie norme costituzionali²². L'Italia è Membro dell'Organizzazione dall'11 aprile 1947 (la ratifica italiana fu approvata con il D. lgs. C.P.S. 4 marzo 1947, n. 1068).

Il 7 aprile di ogni anno si celebra la “Giornata Mondiale della Sanità” a ricordo della costituzione dell'OMS dedicata a un tema o argomento particolare.

Secondo quanto enunciato nel Preambolo dell'atto costitutivo dell'OMS, per salute si deve intendere:

“Uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non meramente assenza di malattie o infermità”.

Il godimento del più alto livello possibile di salute è definito come *“uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano”*, e il concetto di salute è ricollegato a quelli di pace e sicurezza, obiettivi globali del sistema delle Nazioni Unite²³.

“La salute di tutti i popoli è fondamentale per il conseguimento della pace e della sicurezza e dipende dalla massima cooperazione dei singoli e degli stati”.

L'obiettivo centrale dell'Organizzazione, sinteticamente delineato dall'art. 1, consiste nel raggiungimento, da parte di tutti i popoli, del più alto livello possibile di salute.

In questa definizione del concetto di salute viene accentuata la multidimensionalità del fenomeno che implica la messa in campo di quei

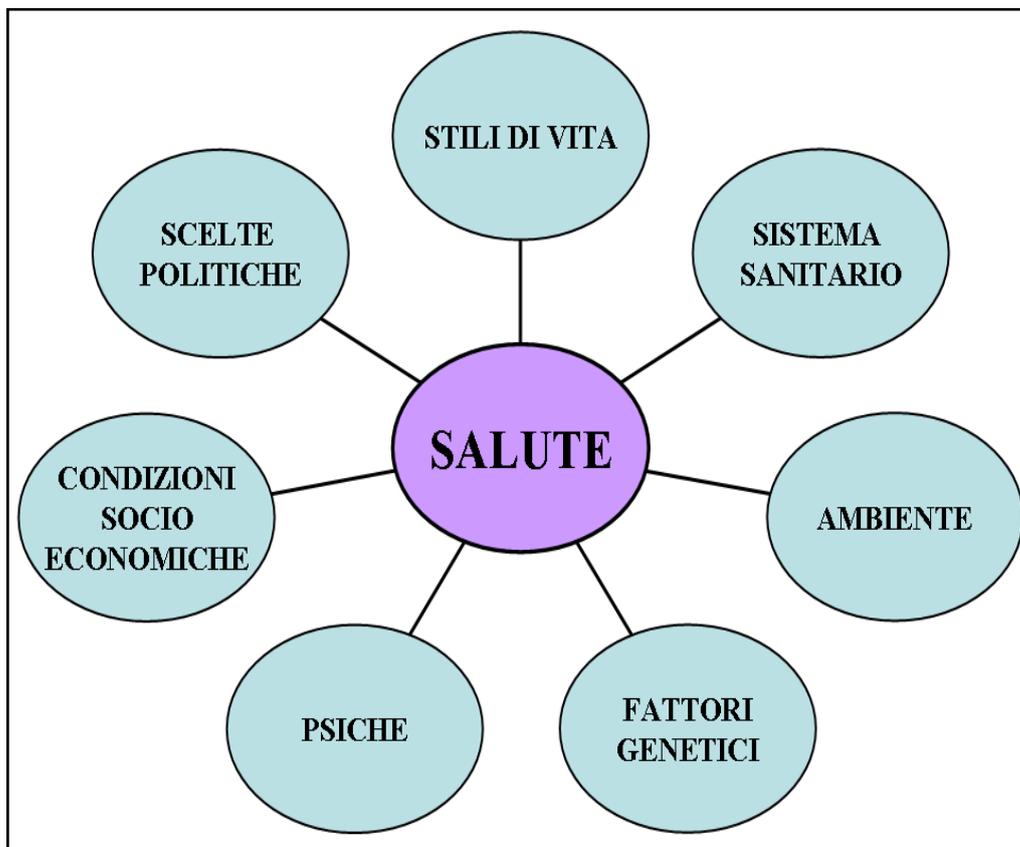
²¹ WHO, (2002), *Basic Documents*, Forty- Fourth Edition, WHO, Geneva.

²² Greppi E., (1987), “OMS” in, *Novissimo Digesto Italiano*, Appendice, Volume V, UTET, Torino, pag. 447.

²³ WHO, (2002), op. cit.

fattori che consentono il miglioramento delle condizioni fisiche e psichiche degli individui e dei popoli. In tale contesto poi, la salute viene considerata più un mezzo che un fine e può essere definita, inoltre, come una risorsa che consente agli individui di condurre una vita produttiva a livello individuale, sociale ed economico.

Figura 5 Multidimensionalità del concetto di salute



Fonte: Nostra elaborazione grafica

La definizione di salute, contenuta nel Preambolo dell'atto costitutivo, come anticipato in precedenza, si fonda su due elementi, uno individuale e l'altro collettivo:

- elemento individuale: *“La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non consiste soltanto nell'assenza di malattie ed infermità”*. Sempre mantenendo l'individuo al centro di questa definizione viene evidenziato che, *“Il godimento del migliore stato di salute raggiungibile costituisce un diritto fondamentale di ogni essere umano, senza distinzioni di razza, religione, opinioni politiche, condizione economica o sociale”*;
- elemento collettivo: due fattori che concorrono alla definizione della salute, da questo punto di vista, hanno carattere positivo: *“La salute di tutti i popoli è una condizione fondamentale per la realizzazione della pace e della sicurezza e dipende dalla più completa collaborazione tra gli individui e tra gli Stati”*; *“i risultati conseguiti da ogni Stato, nel miglioramento e nella protezione della salute, sono preziosi per tutti”*. Un fattore ha, invece, carattere negativo: *“Un progresso diseguale nei diversi Paesi nel miglioramento della salute e nella lotta alle malattie, in particolare contro le malattie contagiose, costituisce un pericolo comune”*.

Sul concetto di salute e sulla sua definizione nel tempo, si è sviluppato un interessante dibattito internazionale che ha portato, inoltre, alla formulazione di alcune proposte alternative ma che, fino ad ora, non hanno riscontrato un soddisfacente successo e, di conseguenza la definizione del 1948 rimane ancora un punto di partenza e di riferimento.

L'estensione a tutti i popoli delle conoscenze in materia sanitaria, poi, è riconosciuta strumento indispensabile per il raggiungimento degli obiettivi dell'Organizzazione.

Nello spirito degli estensori del Trattato istitutivo dell'OMS, tre condizioni sono indispensabili per raggiungere gli obiettivi che questa si prefigge:

1. l'estensione a tutti i popoli dei vantaggi delle conoscenze mediche, psicologiche è essenziale ai fini del raggiungimento del più alto livello di salute;
2. l'informazione e l'attiva cooperazione della collettività sono di estrema importanza nel miglioramento della salute delle persone;
3. i governi sono responsabili della salute dei loro popoli e devono adottare tutte le misure mediche e sociali. Questa responsabilità potrebbe essere realizzata dai singoli Governi, come pure in cooperazione con l'Organizzazione che, in ordine al raggiungimento del suo obiettivo, deve operare come autorità di direzione e coordinamento, e assicurare un'effettiva collaborazione con le Nazioni Unite.

Un altro problema basilare è quello della collocazione della salute pubblica all'interno dell'economia degli Stati, infatti:

“La salute è parte integrante dello sviluppo economico e sociale e l'uomo è il primo autore di questo sviluppo. Senza di lui lo sviluppo non ha significato. E senza la salute lo sviluppo non ha speranza di mettere radici²⁴”.

I programmi nazionali della salute devono, allora, essere integrati nei programmi economici e sociali di ogni Stato. L'OMS stesso dovrebbe integrare i propri programmi sanitari ai livelli nazionale e internazionale

²⁴ WHO, (1968), *The Second Ten Years of the World Health Organization 1958 – 1967*, WHO, Geneva, pag. 9.

all'interno della struttura generale dei piani dello sviluppo economico e sociale.

Il processo di affermazione del concetto di salute come diritto raggiunse il suo massimo livello di sviluppo con la Conferenza Internazionale sulla Primary Health Care (PHC), tenutasi ad Alma Ata nel 1978, promossa dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e dall'Unicef²⁵ (United Nations International Children's Emergency Fund) con lo scopo di aggiornarsi sullo stato della salute e dei servizi sanitari nel mondo, di diffondere e promuovere in tutti i paesi il concetto di PHC, di definirne i principi e stabilire il ruolo dei governi nello sviluppo di questi.

La traduzione del concetto di salute, in termini operativi ed in azioni, ha costituito, da sempre, un processo complesso e difficile, soprattutto quando le implicazioni per l'azione hanno richiesto il cambiamento del nostro modo di pensare e di agire.

Per dare un impulso significativo, in questo senso, al perseguimento della salute da parte dei governi, ai suoi diversi livelli, la WHO ha cercato di rendere operative, a partire dagli anni ottanta, due strategie operative (promozione della salute, strategie della salute per tutti), nella consapevolezza che la salute sia il risultato di una serie di determinanti di tipo sociale, ambientale, economico e genetico e non il semplice prodotto di una organizzazione sanitaria.

Per raggiungere uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, un individuo o un gruppo deve essere capace di identificare e realizzare le proprie aspirazioni, di soddisfare i propri bisogni, di cambiare l'ambiente circostante o di farvi fronte.

La salute, come più volte identificato, è un diritto umano fondamentale ed è essenziale per lo sviluppo sociale ed economico. La promozione della salute, attraverso investimenti e azioni, agisce sui suoi determinanti

²⁵ WHO, Unicef, (1978), "Alma- Ata 1978 Primary Health Care" in, *Health for all Series*, n. 1, WHO, Geneva.

per creare il maggior guadagno di salute per le persone, per contribuire in maniera significativa alla riduzione delle iniquità rispetto alla stessa, per garantire i diritti umani e per costruire il capitale sociale.

L'obiettivo finale consiste nell'aumentare la speranza di salute e ridurre le differenze esistenti tra i vari paesi e tra gruppi diversi.

Tendenze demografiche quali l'urbanizzazione, l'aumento delle persone anziane e della prevalenza delle malattie croniche, il comportamento sempre più sedentario, la resistenza agli antibiotici e ad altri farmaci comunemente disponibili, l'abuso di droghe e la violenza nella vita quotidiana e tra le mura domestiche, minacciano la salute e il benessere di centinaia di milioni di persone. E' essenziale, quindi, che la promozione della salute si evolva per affrontare i cambiamenti nei determinanti della salute.

Un altro elemento, che ha avuto un impatto significativo sulla salute, è costituito da fattori transnazionali; questi comprendono l'integrazione dell'economia globale, i mercati finanziari ed il commercio, l'accesso ai mezzi e alle tecnologie della comunicazione, il degrado ambientale dovuto ad un uso irresponsabile delle risorse. Questi cambiamenti modellano i valori, gli stili di vita a ogni età e le sue condizioni in ogni parte del mondo; alcuni di questi, come lo sviluppo tecnologico delle comunicazioni, rappresentano una grande opportunità per la salute altri, invece, hanno un impatto negativo rilevante, come ad esempio il commercio internazionale del tabacco.

Le ricerche e gli studi applicativi, svolti nei diversi paesi, mostrano in maniera convincente che le strategie di promozione della salute agiscono in maniera positiva sviluppando e modificando, non solo gli stili di vita, ma anche le condizioni sociali, economiche ed ambientali che determinano la salute. Questa strategia rappresenta un approccio concreto per ottenere una maggiore equità nei confronti della salute.

A livello decisionale, diventa quanto mai necessario che la classe politica e quella amministrativa si rendano conto dell'esigenza di considerare i problemi di salute in chiave globale, tenendo conto, inoltre, del proprio atteggiamento nei confronti dei medesimi problemi.

Accreditati studi internazionali²⁶ (Tab. 1) hanno effettuato una stima quantitativa dell'impatto di alcuni fattori sulla longevità della comunità, utilizzata come proxy della salute.

I fattori socio-economici e gli stili di vita, contribuiscono per il 40-50%, lo stato e le condizioni dell'ambiente per il 20-33%, l'eredità genetica per un altro 20-30% e i servizi sanitari per il 10-15%.

Il gradiente socio-economico risulta essere il più rilevante fattore esplicativo della qualità e quantità di vita e, di conseguenza, più importante di altri fattori come, ad esempio, il contributo dei sistemi sanitari.

Ragguardevole risulta, poi, la comparazione tra i risultati dei sistemi sanitari in termini di longevità della popolazione di riferimento, si nota, infatti, che tra i paesi industrializzati avanzati che garantiscono, quindi, un accesso equo ai servizi, non esiste praticamente nessuna correlazione tra la spesa (intesa come disponibilità di servizi e operatori) e la speranza di vita; un esempio di quanto esplicitato è la "cultura" mediterranea che, legata essenzialmente a specifici fattori alimentari e climatici, concede una "rendita" di partenza, in termini di speranza di vita, ai popoli del Sud Europa di circa 2-3 anni rispetto a quelli del Centro/Nord Europa, questo indipendentemente dall'efficacia e dall'efficienza dei servizi sanitari.

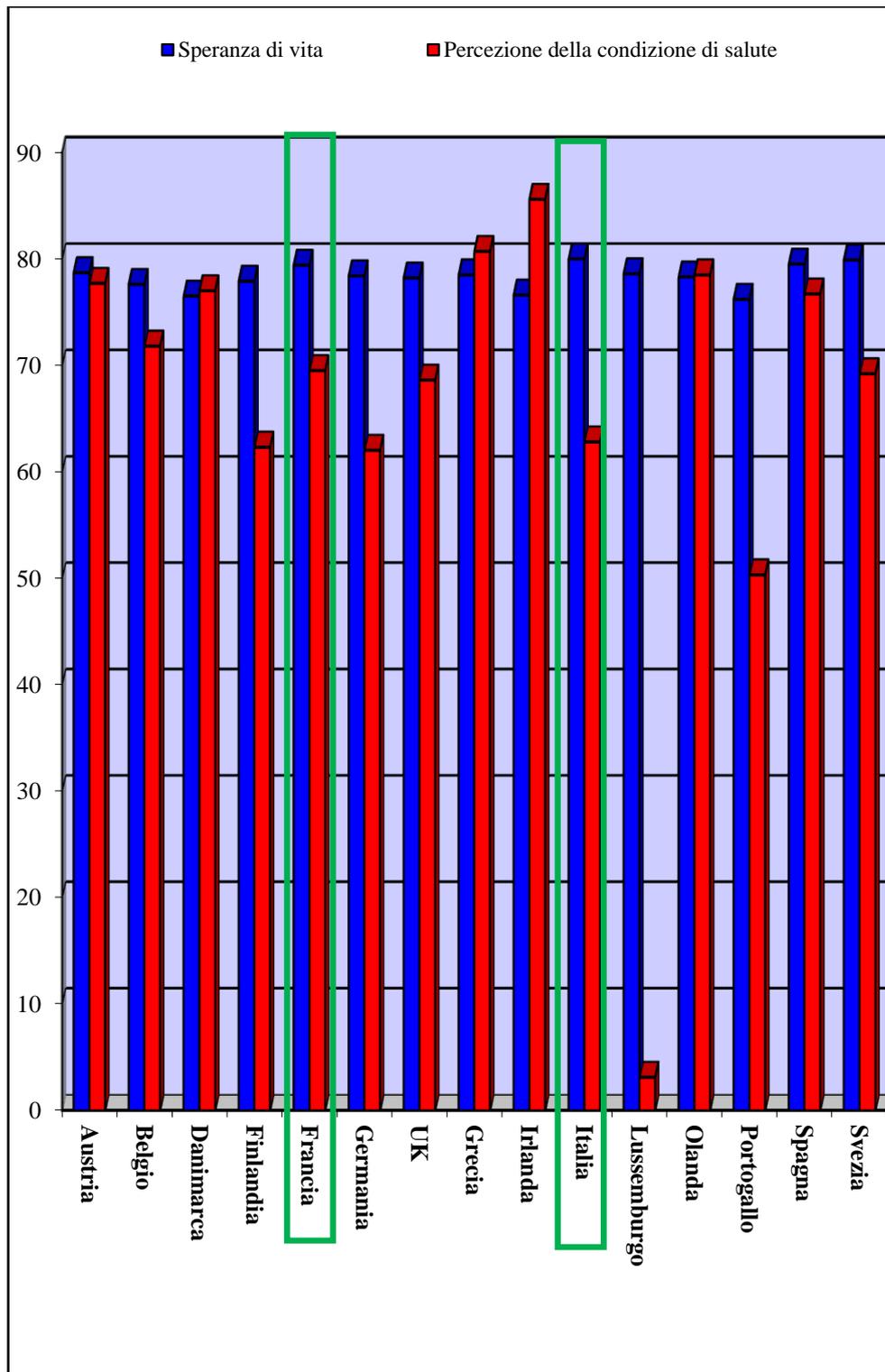
²⁶ Si veda in tal proposito: www.euro.who.int; WHO, (2005), *Targets in support for the European Strategy for Health for All*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

Tabella 1 Condizioni di salute in alcuni Paesi Europei

<i>Paesi Europei</i>	<i>Speranza di vita alla nascita (Anni)</i>	<i>Anziani over 65 Anni (Valore in %)</i>	<i>Condizione di Salute percepita dai cittadini (Valore in %)</i>
<i>Austria</i>	78.7	16.3	77.7
<i>Belgio</i>	77.6	16.3	71.8
<i>Danimarca</i>	76.5	14.9	77.0
<i>Finlandia</i>	77.9	16.1	62.3
<i>Francia</i>	79.4	16.1	69.5
<i>Germania</i>	78.4	16.4	62.0
<i>Gran Bretagna</i>	78.2	15.6	68.6
<i>Grecia</i>	78.5	17.5	80.7
<i>Irlanda</i>	76.6	11.2	85.6
<i>Italia</i>	80.0	18.1	62.8
<i>Lussemburgo</i>	78.6	14.3	74.2
<i>Olanda</i>	78.3	13.6	78.5
<i>Portogallo</i>	76.2	15.5	50.3
<i>Spagna</i>	79.5	16.9	76.7
<i>Svezia</i>	79.9	17.3	69.2

Fonte: Nostra elaborazione su dati: WHO, (2005), op. cit.

Figura 6 Condizioni di salute in alcuni Paesi Europei



Fonte: Nostra elaborazione grafica.

La salute e il modo in cui essa si distribuisce, il più delle volte, in modo disuguale all'interno di una società, è determinata, come accennato in precedenza, dall'insieme di diversi fattori (politici, economici, sociali, storici) che, se legati insieme da nessi di causalità, possono rendere, sia i singoli componenti, sia interi gruppi della popolazione, fragili e vulnerabili alla malattia.

Esistono studi²⁷ e prove che dimostrano la correlazione esistente, nei paesi industrializzati, tra condizione socio – economica e stato di salute, ma ciò che desta maggiori preoccupazioni, per gli studiosi, è che *“le disuguaglianze socio – economiche, nonostante e forse di conseguenza del tipo di modello di sviluppo e di crescita economica della maggior parte dei paesi, stanno progressivamente aumentando”*.

Un'analisi, condotta in undici Paesi dell'Europa Occidentale sull'andamento della mortalità in rapporto alla classe occupazionale per alcune patologie (malattia ischemica cardiaca, tumori, malattie cerebrovascolari, malattie gastro-intestinali e cause esterne), ha evidenziato l'esistenza di una forte correlazione con le basse classi occupazionali (lavori manuali); l'entità della differenza di mortalità tra lavoratori manuali e non manuali per singola causa di morte considerata, è diversa nei vari Paesi considerati.

Lo studio delle disuguaglianze di salute è divenuto, nel tempo, un tema d'interesse per la sociologia in quanto queste sono in notevole aumento, sia a livello macro, tra i paesi del mondo, sia a livello meso, all'interno cioè dei singoli stati e regioni, sia a quello micro che è costituito dai contesti locali.

Il tema delle disuguaglianze nella salute, che tratteremo nel proseguo di questo lavoro di tesi, è interessanti dal punto di vista teorico, sia per la loro

²⁷ Leon D., Walt G., (2001), *Poverty, Inequality and Health*, Oxford University Press, London.

dimensione interdisciplinare, sia per il tipo di relazione che si instaura tra individuo e società, ma anche sul piano etico e delle politiche sanitarie.

5. I determinanti della Salute

Affermatosi il concetto che la salute è il risultato di diversi fattori, si è posto il problema di identificare quali fossero tali elementi in modo tale da poter proporre politiche idonee in grado di ridurre ed eliminare le disuguaglianze in salute. I determinanti della salute sono quindi quei fattori che influenzano lo stato di salute di un individuo e, più estesamente, di una comunità o di una popolazione.

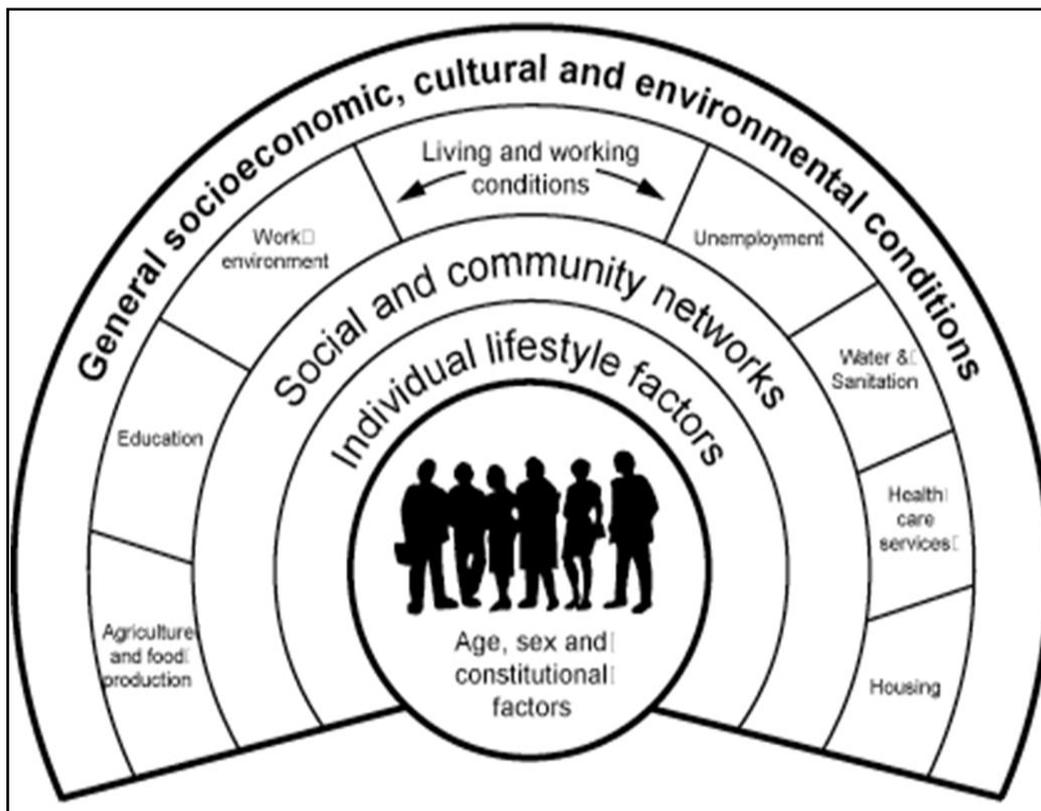
I determinanti della salute possono essere raggruppati in varie categorie: comportamenti personali e stili di vita; fattori sociali che possono rivelarsi un vantaggio o uno svantaggio; condizioni di vita e di lavoro; accesso ai servizi sanitari; condizioni generali socio-economiche, culturali e ambientali; fattori genetici. La semplice enumerazione di questi fattori non genera alcun problema concettuale; la lista può essere incrementata o ristretta, resa più analitica o sintetica senza che ciò provochi particolari discussioni o controversie [Mackenbach et al. 1988].

Le discussioni iniziano quando si propongono modelli concettuali che pongono in evidenza un fattore piuttosto che un altro, quando stabiliscono una gerarchia di valore tra i vari elementi.

Gli schemi concettuali che vennero proposti sono riconducibili principalmente a due modelli: uno europeo ed uno statunitense, tra loro profondamente differenti, che portano ad antitetiche strategie di sanità pubblica.

Fra i primi quadri concettuali di riferimento europei troviamo quello delle britanniche Whitehead e Dahlgren che, nel 1991, elaborarono uno schema sintetico dei determinanti della salute (Fig.7).

Figura 7 I determinanti principali della salute



Fonte: Dahlgren, Whitehead (1991)

Il modello di Dahlgren e Whitehead è probabilmente il più conosciuto e utilizzato in epidemiologia sociale, questo articola in tre livelli di espressione i determinanti sociali: individuale, ambientalista e sociale.

La pluralità di questi determinanti è illustrata qui in strati sovrapposti con, al centro, gli individui, caratterizzati dalla loro età, il loro genere e da alcuni fattori costitutivi e genetici di cui l'effetto sulla salute è innegabile, ma che sono generalmente immutabili.

Secondo questo *framework* concettuale i fattori biologici sono al centro dello schema, a sottolineare come l'età, il genere, i fattori genetici e biologici appartenenti all'individuo siano immodificabili e rappresentino il punto di partenza nel determinismo delle condizioni di salute.

Da questi elementi, come cerchi concentrici, maggiormente importanti a seconda della loro ampiezza, dipartono gli altri fattori quali:

- a) lo stile di vita e i comportamenti individuali;
- b) le reti sociali, familiari, amicali e le risorse relazionali ad esse connesse;
- c) l'ambito comunitario, costituito dagli elementi influenti legati alla casa, all'assistenza sanitaria, all'occupazione all'istruzione ed alimentazione;
- d) le condizioni generali socio economiche, culturali ed ambientali del contesto di vita dell'individuo.

Infine, al di sopra di tutti gli altri livelli, troviamo le condizioni socio-economiche, culturali e ambientali presenti nella società; per esempio, lo status economico (ricchezza) di un paese ed il suo mercato del lavoro, hanno impatti su tutti gli altri livelli, influenzando le scelte e le capacità degli individui.

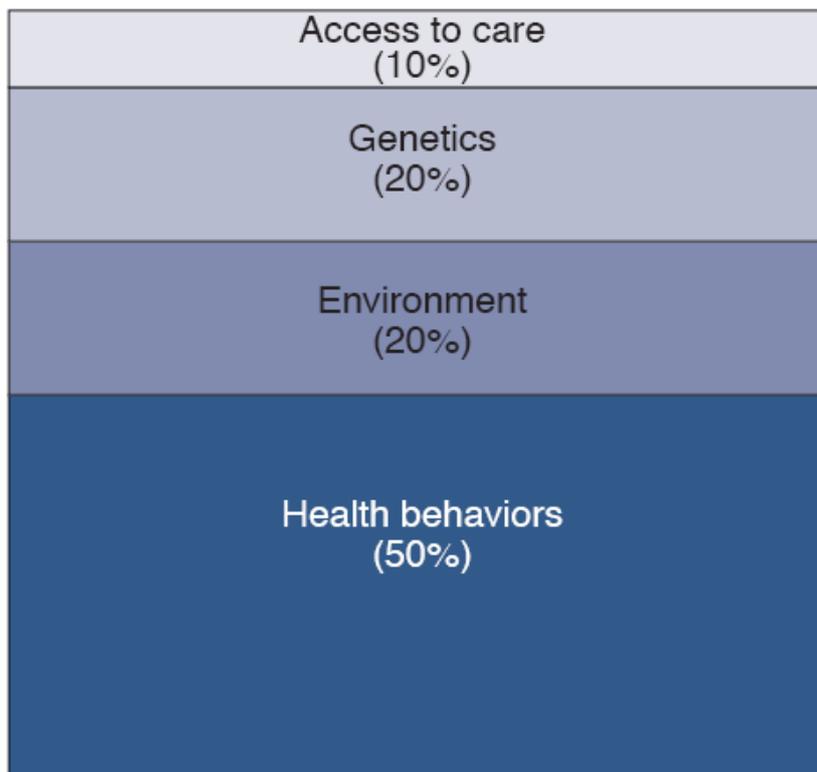
I determinanti modificabili, quelli, ovvero, che sono suscettibili di essere corretti e trasformati, si muovono dagli strati interni verso quelli più esterni: gli stili di vita individuali, le reti sociali e comunitarie, l'ambiente di vita e di lavoro, il contesto politico, sociale, economico e culturale.

Il modello concettuale che abbiamo appena descritto, molto complesso, rivela attraverso la grafica a semicerchi concentrici una gerarchia di valore tra i diversi determinanti della salute (sono i semicerchi più esterni, quelli che rappresentano il “contesto”, a influire maggiormente sullo stato di salute). È un modello concettuale che riflette la cultura europea di welfare state fondata sul diritto alla salute.

Secondo il modello statunitense (Fig. 8), invece, lo stato di salute delle persone sarebbe condizionato per il 50% dai loro comportamenti e dal loro stile di vita. Molto meno importanti gli altri fattori: fattori ambientali (20%), fattori genetici (20%), assistenza sanitaria (10%).

Si tratta di un modello che mette in primo piano il ruolo degli stili di vita delle persone e rispecchia l'enfasi che negli USA viene posta nella responsabilità individuale nei confronti della salute e delle malattie.

Figura 8 L'influenza dei determinanti sulla salute



Fonte: Centers for disease control and prevention

Riconoscendo il ruolo dominante dei determinanti di salute, l'OMS, nel 2005, ha creato un'apposita Commissione "Commission on Social Determinants of Health", con la missione di legare le conoscenze alle azioni. La Commissione, costituita da 20 membri tra accademici, ex Ministri della Salute, premi Nobel ed ex Capi di Stato, impiegò tre anni per redigere il rapporto finale "Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health", nel quale veniva ribadito con forza, che tutti i governi devono intervenire sui determinanti sociali di salute al fine di eliminare o almeno ridurre le disuguaglianze di salute.

Presieduta dall'epidemiologo britannico Sir Michael Marmot, la Commissione si propose di studiare i dati a disposizione al fine di effettuare raccomandazioni per interventi e politiche efficienti al miglioramento della salute delle popolazioni e alla riduzione delle disuguaglianze nella salute.

La Commissione ha concentrato il suo lavoro sulle "cause delle cause" delle disuguaglianze, all'interno e tra i paesi, vale a dire i determinanti sociali, come le persone crescono, vivono, lavorano e l'età; basando il suo lavoro sull'idea che le disuguaglianze sanitarie risultano dalle interazioni complesse tra diversi fattori presenti a livello globale, nazionale e locale. Il contesto globale svolge un ruolo importante nei lavori della Commissione e li posiziona alla fonte delle relazioni internazionali per plasmare i propri standard e le politiche nazionali.

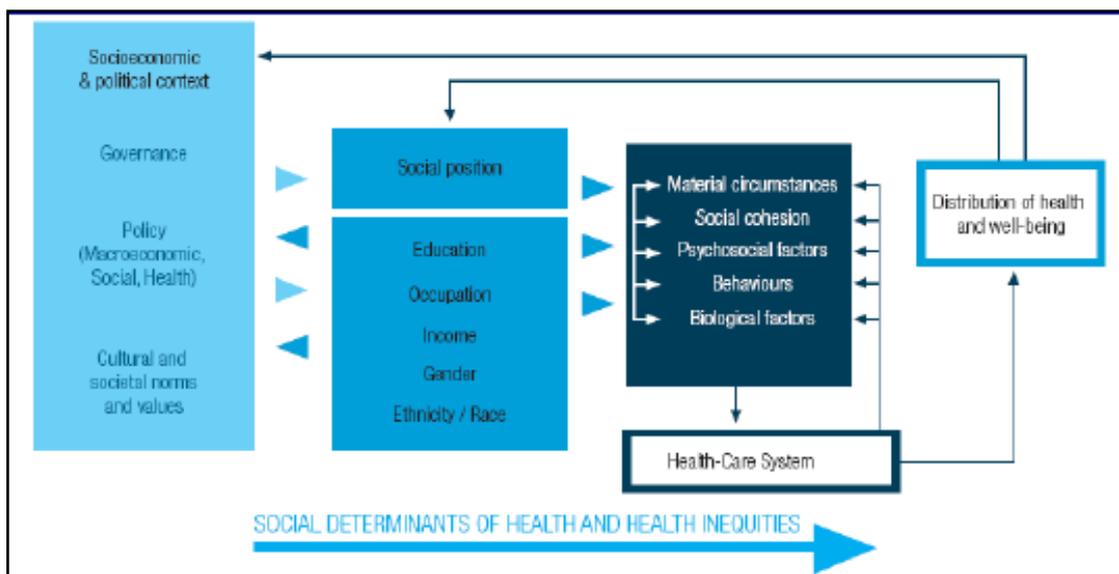
Le norme e politiche nazionali, a loro volta, influenzano l'organizzazione della società a livello locale, che costituisce la posizione di origine e la gerarchia sociale degli individui. Per raggiungere i suoi obiettivi, la Commissione ha sviluppato nuove reti del sapere, composte da accademici e professionisti provenienti da tutto il mondo, con il compito di

raccogliere dati sulle politiche e interventi per migliorare la salute e ridurre le disuguaglianze di salute.

Queste reti del sapere si sono interessate allo sviluppo infantile, alle condizioni di lavoro, alla globalizzazione, alla condizione femminile e di genere, all'esclusione sociale e al sistema sanitario. La Commissione ha anche firmato numerose collaborazioni con diversi paesi impegnati sia nella lotta contro le disuguaglianze sociali nella salute che nella partecipazione attiva al cambiamento nel futuro. A monte, la Commissione ha dovuto superare le limitazioni dei modelli concettuali da noi presentati in precedenza e lavorare verso un quadro concettuale più integrato dei determinanti sociali. Nel rapporto finale la Commissione propone un nuovo modello concettuale dei determinanti di salute.

Il modello proposto dall' OMS (Fig. 9) è la rielaborazione di quello proposto da Finn Diderichsen e parte dal considerare anche i fattori coinvolti nella diseguale distribuzione della salute all'interno di una Nazione.

Figura 9 Quadro concettuale dei determinanti di salute secondo la Commission on Social Determinants Of Health (CSDH)



Fonte: Solar and Irwin (2007)

Il modello evidenzia l'accento posto dalla Commissione sulle cause sociali e strutturali delle disuguaglianze di salute - le "cause delle cause" - e mostra come influenzino altri fattori intermedi e successivi per determinare, in ultima analisi, lo stato di salute differenziale della popolazione, costituendo, ad oggi, il modello di maggior successo per spiegare le origini di disuguaglianze sociali di salute.

Il modello va letto da sinistra a destra, con continui feedback in senso inverso.

I fattori che hanno un impatto sulla salute sono: il contesto politico e socioeconomico; la posizione socioeconomica; le condizioni di vita e di lavoro; i fattori psicosociali; i comportamenti individuali; i fattori biologici e il sistema sanitario.

Il contesto socioeconomico e politico comprende tutti gli aspetti strutturali del sistema sociale; essendo un fattore così ampio è impossibile quantificarne la reale portata sulla salute del singolo, è evidente che eserciti una forte influenza su come la società distribuisca le risorse e di conseguenza sulle opportunità di salute.

Gli elementi che caratterizzano il contesto socioeconomico e politico sono:

- **governance:** il termine si riferisce alla responsabilità e alla trasparenza delle politiche e della pubblica amministrazione; sono i processi attraverso i quali i cittadini possono difendere i loro diritti;
- **politiche sociali:** includono le politiche del lavoro e le politiche di Welfare State, sulla sanità, la previdenza e l'educazione. Lo Stato ha un ruolo chiave nella protezione dei cittadini;

- politiche macroeconomiche: quest'aspetto rispecchia gli effetti della globalizzazione e quindi la redistribuzione della ricchezza all'interno delle nazioni; inoltre, le politiche macroeconomiche di orientamento liberista hanno indebolito le reti di protezione sociale, colpendo anche la sanità;
- valori culturali e sociali: essi si riflettono nelle priorità del governo, ma rispecchiano anche il modo in cui una società tratta il finanziamento dei servizi sanitari.

Per quanto riguarda la posizione socioeconomica, in ogni società le risorse sono distribuite in modo ineguale. Il sistema di stratificazione sociale, presente in quasi tutte le società, è evidente nelle disuguaglianze, che si strutturano attraverso la presenza di alcune variabili: reddito, istruzione, occupazione, classe sociale, genere.

Il reddito insieme all'educazione rappresentano una forte associazione con la salute. Anche l'occupazione riveste un ruolo forte perché aiuta a collocare le persone nella scala sociale e indica l'esposizione a specifici rischi occupazionali.

I membri delle classi sociali alte spendono meno energia e sforzo e ottengono di più, in termini di stipendio, promozioni, sicurezza del lavoro, mentre gli appartenenti alle classi sociali basse ottengono meno, ma fanno maggiori sforzi. Quindi i meno potenti sono a maggiore rischio di esaurire le loro riserve di "energie" e di sviluppare un deficit di salute fisico e psicologico.

Un altro aspetto da considerare è l'appartenenza di genere, infatti, essere donne può portare ad ulteriori discriminazioni o svantaggi. Così come l'appartenere a una minoranza etnica.

Il contesto politico e socioeconomico, insieme alla posizione sociale, costituiscono i determinanti strutturali. Sono definiti strutturali, in quanto generano la stratificazione sociale e definiscono la posizione

socioeconomica degli individui attraverso le gerarchie di potere, prestigio e accesso alle risorse.

Dopo di essi si collocano i determinanti intermedi di salute, costituiti dalle condizioni di vita e di lavoro, fattori psicosociali, coesione sociale, comportamenti individuali e fattori biologici, sistema sanitario.

- condizioni materiali: rappresentano il più importante determinante intermedio, riguardano gli standard materiali della vita quotidiana, quali salubrità dell'abitazione, disponibilità di acqua potabile e cibo sano, disponibilità di servizi igienici e riscaldamento;
- coesione sociale: si manifesta nella qualità delle relazioni sociali e nell'esistenza della condivisione di valori e doveri all'interno della comunità;
- condizioni psicosociali e ambientali: lo stress cronico può essere causa di diverse malattie, legate alle precarietà della situazione finanziaria o all'incertezza della condizione lavorativa.
- comportamenti individuali: questa categoria è facilmente comprensibile e il ruolo nell'influenzare la salute è ben noto, andiamo dall'uso di fumo e alcool alla mancanza di attività fisica;
- fattori biologici: sono costituiti dal patrimonio genetico, dall'età e dal genere.

Il modello concettuale che qui stiamo presentando, individua nel sistema sanitario un fondamentale determinante sociale di salute e di equità. Il compito del sistema sanitario è di intervenire con azioni di prevenzione primaria e d'igiene ambientale, ridurre la vulnerabilità nei confronti delle malattie attraverso le campagne di vaccinazione, curare e riabilitare i problemi di salute che rappresentano il gap socioeconomico del carico di malattia, proteggere contro le conseguenze sociali ed economiche della malattia attraverso la copertura assicurativa sanitaria.

Nel Report finale “Closing the gap in a generation” pubblicato nel luglio del 2008, la CSDH propose una serie di azioni e raccomandazioni per sconfiggere le disuguaglianze di salute, in particolare le principali sono le tre seguenti:

1. migliorare le condizioni di vita quotidiana, vale a dire, le circostanze in cui le persone nascono, crescono, vivono, lavorano e invecchiano;
2. lottare contro le disuguaglianze nella distribuzione del potere, denaro e risorse, sono i fattori strutturali di quelle condizioni della vita quotidiana a livello globale, nazionale e locale;
3. sviluppare la ricerca, la valutazione e la formazione.

La prima conclusione dei lavori della Commissione sui determinanti sociali della salute suggerisce che i principali fattori che determinano le disuguaglianze sanitarie nella società sono al di fuori del settore tradizionalmente dedicato alla salute. Infatti, la regolamentazione delle condizioni di vita e la distribuzione iniqua del potere, denaro e risorse sono generalmente forniti da altri settori di attività del governo.

L'intero apparato amministrativo deve essere messo in discussione dalla questione delle disuguaglianze sociali di salute, che non allevia il settore sanitario per l'esercizio della leadership necessaria per il perseguimento degli obiettivi di equità nella salute. La leadership si sviluppa su quattro livelli d'impegno. Il primo livello è prima di tutto un impegno per il settore sanitario per ridurre le disuguaglianze sociali nella salute.

Questo impegno di solito comporta l'identificazione della riduzione delle disuguaglianze sanitarie come settore prioritario, oltre a migliorare la salute della popolazione.

Il secondo livello, è relativo agli attori sanitari per sviluppare le necessarie collaborazioni con altri settori della pubblica amministrazione,

ma anche con la società civile e il settore delle imprese, per sviluppare e attuare strategie per trasformare le condizioni che sono la causa delle disuguaglianze sociali di salute. A un terzo livello, è possibile fornire al Ministro della Salute dei poteri di analisi, revisione e la raccomandazione di proposte legislative in base al loro impatto sulla salute delle popolazioni, comprese differenze tra alcuni gruppi di persone.

A un quarto livello d'impegno, il settore sanitario deve attuare le azioni necessarie per mitigare l'impatto delle disuguaglianze sociali sulla salute in un piano d'azione e le strategie concordate. È generalmente riconosciuto come le persone socialmente più vulnerabili siano anche quelle per le quali l'uso dei servizi sanitari è tra i più bassi, nonostante i piani di assicurazione universale.

In questo capitolo, abbiamo cercato di descrivere gli strumenti di base per comprendere questo campo. Purtroppo, quando si tratta di questioni complesse come le disuguaglianze di salute, la traduzione in azione degli elementi di un modello esplicativo non è evidente.

Capitolo II Le disuguaglianze di salute

Nel presente capitolo verrà posta attenzione al tema delle disuguaglianze di salute attraverso un'evoluzione storica dei determinanti sociali e delle dinamiche che da essi vengono originati, partendo dalla pubblicazione del Black Report, cercando di individuare i diversi approcci teorici che si sono succeduti nel tempo, evidenziandone i relativi framework esplicativi.

Affrontare il tema delle disuguaglianze di salute significa, innanzitutto, parlare di salute di una certa popolazione e delle relazioni che si instaurano tra questa e alcune condizioni sociali, culturali e ambientali.

Disuguaglianza in salute è, sostanzialmente, un termine descrittivo usato per indicare differenze, variazioni e disparità nel raggiungimento della salute da parte d'individui e gruppi. Indagando le disuguaglianze di salute è, così, possibile analizzare le eterogeneità caratterizzanti la distribuzione della salute in una popolazione e, nel contempo, associarne caratteristiche di tipo sociale diversificanti la popolazione stessa [Lucchini, Sarti, Tognetti Bordogna, 2009].

Gli studi empirici sulle disuguaglianze di salute, come vedremo, s'interrogano sulla diversa influenza dei comportamenti individuali da un

lato, e degli effetti strutturali generati dal tipo di organizzazione sociale (economica, politica e culturale) dall'altro.

La maggior parte delle disuguaglianze in salute tra gruppi sociali risultano essere ingiuste proprio perché riflettono una distribuzione ineguale dei determinanti sociali di salute²⁸ che ne costituiscono la base.

Le disuguaglianze sociali di salute fanno riferimento “a differenze sistematiche, non necessarie ed evitabili, nei livelli di salute tra gruppi sociali definiti sulla base di fattori di natura socio-economica, demografica, o geografica” [Bronzin 2008].

Le disuguaglianze di salute sono un riflesso della disparità che possono essere ampiamente osservate in una società ma anche tra società diverse. Le condizioni socio-economiche in cui versano i soggetti determinano il rischio di ammalarsi e le misure da adottare per prevenire o trattare la malattia quando si verifica.

I fattori che danno luogo a tali disuguaglianze sono molteplici e di diversa natura e incidono in maniera totalmente differenziata da individuo a individuo. I motivi più rilevanti e prioritari delle disuguaglianze nella salute sono quelli caratterizzanti la posizione sociale, il reddito e il grado di cultura.

Lo stato di salute della popolazione, quindi, varia con il variare delle condizioni economiche, dello status sociale, del lavoro, dell'alimentazione, dell'abitazione e di molti altri elementi che rendono evidente come all'interno dei vari gruppi sociali, e nel confronto di questi con altri, vi siano delle dinamiche multifattoriali che producono ricadute differenziate sul benessere personale che permettono di parlare di disuguaglianze nella salute di una data popolazione.

²⁸ I determinanti sociali di salute del singolo individuo e di una popolazione possono essere riconducibili a quattro categorie: impronta genetica-biologica, assistenza sanitaria, comportamenti individuali, condizioni sociali e contesto ambientale [Wilkinson, Marmot 2003].

Storicamente l'origine delle disuguaglianze di salute sono da ricercarsi nelle differenti condizioni di vita e di morte, a partire dal XX secolo anche nelle condizioni di lavoro e di accesso alla salute.

Da un punto di vista storico, le disuguaglianze in salute non sono un fenomeno recente. Fin dal IX secolo, grandi figure della salute pubblica, come Villerme in Francia, Chadwick in Inghilterra e Virchow in Germania, impegnarono gran parte dei loro studi su questo argomento [Raineri & Martino 2007]. Edwin Chadwick, per esempio, dimostrò come nella città di Liverpool nel 1840 l'età media alla morte fosse di 35 anni per aristocratici e professionisti, 22 per commercianti e le loro famiglie e di 15 per operai e servitori, mentre Louis Rene Villerme analizzò la differenza di mortalità fra i distretti di Parigi, evidenziando più alti tassi di mortalità nelle zone in cui vivevano le classi sociali più basse, rispetto a quelli dove vivevano le classi sociali più alte. Virchow, ed altri pionieri della medicina moderna nell'Ottocento, riconobbero nello sviluppo socioeconomico distorto e nelle sue conseguenze sull'igiene e sulla povertà, le principali cause delle epidemie che affliggevano le popolazioni dell'epoca.

Da allora, lungo tutto il XX secolo, la scoperta dei germi ed i progressi della medicina prima, e l'attenzione al ruolo degli stili di vita poi, fecero dimenticare le radici sociali ed ambientali della salute, radici che oggi l'evidenza delle disuguaglianze di salute ci restituisce più attuali che mai [Costa, 2009].

Come già più volte detto, è solo dopo la pubblicazione del Black Report in Gran Bretagna nel 1980 che iniziò, da un lato, l'esplorazione della connessione tra fattori sociali e salute attraverso una grande quantità di studi e ricerche, dall'altro, il tentativo dei decisori politici di concettualizzare i risultati di tali ricerche allo scopo di applicarli nella pratica e di tradurli in politiche concrete. Questo report, contribuì a sfatare un mito: dopo trent'anni da Beveridge e dalla creazione dei Servizi Sanitari Nazionali, le disuguaglianze sociali nella mortalità negli anni Settanta

erano molto più accentuate di quelle che si osservavano prima della guerra [DHSS, 1980; Lalonde, 1974].

Si iniziava quindi a comprendere che nell'organizzazione della società doveva esserci qualche fattore che influenzava la salute in modo più rilevante che non una buona medicina resa disponibile per tutti.

L'ultimo rapporto sulle disuguaglianze in salute in Inghilterra, pubblicato nel 1998 e forse più noto come Achenson Report, analizzò l'andamento della mortalità negli ultimi 30 anni, correlandola con sei gruppi di persone selezionati per differente classe lavorativa. Questo lavoro mise in evidenza l'esistenza di una sostanziale iniquità in salute caratterizzata da importanti differenze di mortalità tra uomo e donna, abitanti della città ed abitanti delle campagne, popolazione autoctona ed immigrati. In altri termini, emerse l'esistenza di un gradiente socioeconomico in salute [Kawachi, 2002].

In tutti i paesi europei che nel XX secolo condussero validi studi, la mortalità risultava maggiore fra le persone in bassa posizione socioeconomica (indicata da livello di educazione, classe occupazionale, reddito), perciò l'esistenza di una relazione inversa fra condizione socioeconomica e stato di salute della popolazione all'interno di un paese era divenuta un dato ormai indiscutibile.

1. Approcci teorici allo studio delle disuguaglianze di salute

Le tematiche legate alla salute e alle disuguaglianze sono state e lo sono attualmente, sempre con più enfasi, care alla sociologia. L'attenzione al tema delle disuguaglianze di salute da parte delle politiche pubbliche e degli studiosi si è concentrata dopo la pubblicazione, in Gran Bretagna,

del Black Report nel 1980 [Department of Health and Social Security 1980].

Questa raccolta di dati sulla relazione tra malattia, salute e morte, svolta in Inghilterra e Galles tra il 1950 e il 1970, pone l'accento su tre elementi centrali in tema di disuguaglianze di salute quali: capirne la natura, valutarne le dimensioni ed analizzarne le cause. Tale lavoro di ricerca ha mostrato che le prospettive di morte in tarda età, e quindi una vita lunga, sono legate alla posizione sociale ed economica e alla classe sociale.

Il Black Report costituisce sicuramente il contributo più recente e autorevole sul dibattito delle disuguaglianze di salute [Blane 1985; Bartley 2004] ed ha avuto, per di più, un notevole impatto sulle ricerche rispetto alle disuguaglianze sociali di salute, sia in ambito sociologico, che epidemiologico, segnando la nascita di un "vivace" dibattito in tutti i paesi occidentali, che ha portato alla produzione di ricerche empiriche e concettuali sul tema [Blane 2004; Bartley 2004; Tognetti Bordogna 2008].

Il Black Report propone quattro tipi di spiegazioni per la relazione esistente fra condizione sociale e stato di salute quali: la teoria dell'artefatto esplicativo; la teoria della selezione naturale e sociale; la spiegazione comportamentale e quella strutturale, che presume una causazione sociale [DHSS 1980; Blane 1985; Macintyre 1997; Bartley 2004; Costa e Spadea 2004; Cardano 2008; Genova 2008].

Il primo approccio (teoria dell'artefatto) ci spinge a guardare, in modo critico, la struttura con cui salute e classe sociale vengono misurate, e suggerisce che l'apparente relazione tra queste due variabili possa essere, in qualche modo, insita nelle stesse misure [Blane 1985].

La spiegazione della selezione sociale naturale, invece, vede la salute come avente un importante influenza sulla possibilità di mobilità sociale delle persone. Coloro i quali versano in migliori condizioni di salute, si

sostiene, si caratterizzerebbero per una mobilità ascendente, mentre i soggetti con salute peggiore, per una mobilità discendente. Questa spiegazione accetta, quindi, un nesso di causalità tra la salute e classe sociale, e vede la classe sociale come variabile dipendente [Bartley 2004].

L'ipotesi comportamentale suffraga che i soggetti appartenenti alle classi sociali inferiori abbiano atteggiamenti, comportamenti e stili di vita (consumo di tabacco, alcool, non svolgere alcuna attività fisica ecc..), che possano diventare lesivi per la propria salute. Una critica a quest'approccio, pur non riconoscendo ai comportamenti di cui sopra il ruolo autonomo loro attribuito, ne accetta il significato eziologico [Genova 2008].

La spiegazione strutturalista, che, nel tempo, ha riportato i più ampi consensi nel mondo scientifico, afferma come siano gli effetti della struttura sociale ad influire sulla salute e come le differenze, strutturalmente determinate, nelle sfere di produzione e consumo, siano da considerare come le più probabili cause delle differenze di classe sociale in salute [White 2002].

Secondo quest'ultima teoria, inoltre, le disuguaglianze di salute, a livello macro, possono essere viste come una conseguenza inevitabile dell'accumulazione concorrenziale del capitale, mentre, a livello meso, la salute può essere legata a fattori quali la distribuzione del reddito e della ricchezza, la povertà, l'accesso all'istruzione e al ciclo economico [Macintyre 1997].

Gran parte del successivo dibattito scientifico su queste spiegazioni si è caratterizzato per la commistione tra la variante "hard" e quella "soft" di ciascuna tipologia esplicativa [Blane 1985; Macintyre 1997], che sono così sintetizzabili:

<i>Tipologia di spiegazione</i>	<i>Versione "hard"</i>	<i>Versione "soft"</i>
1. Artefatto	Nessuna correlazione tra classe e la mortalità; puramente un artefatto di misurazione della salute.	L'entità del gradiente di classe osservato dipende dalla misura, sia della classe, sia della salute.
2. Selezione naturale e sociale	La salute determina la posizione sociale. Il gradiente é moralmente neutrale.	La salute può contribuire a raggiungere le posizioni sociali maggiori e a spiegare il gradiente sociale.
3. Strutturalista	Le condizioni materiali e fisiche della vita, associate con la struttura di classe, sono la spiegazione completa per il gradiente sociale in salute.	Le caratteristiche fisiche e psico sociali, associate con la struttura di classe, influenzano la salute e contribuiscono ad osservare il gradiente sociale.
4. Comportamentale	Comportamenti liberamente scelti dai soggetti, nei diversi ceti sociali, possono comportare danni alla salute, ciò trova spiegazione per il gradiente sociale.	I comportamenti dannosi per la salute sono diversamente distribuiti tra le classi sociali e contribuiscono a osservare il gradiente sociale.

Fonte: Macintyre (1997), nostra traduzione

Successivamente alla pubblicazione, negli anni '80, del "Black Report"²⁹, anche le maggiori organizzazioni internazionali, tra cui l'OMS³⁰, hanno pubblicato rapporti sulle disuguaglianze sociali di salute i cui risultati sono abbastanza intuibili *"relativamente alla maggior parte delle affezioni che conducono a morte prematura, delle malattie a lungo termine e delle disabilità, i gruppi meno privilegiati sono quelli che corrono i rischi più alti"*.

Tali esiti hanno permesso uno sviluppo di conoscenze relative alle problematiche legate, sia alla perdita e riacquisizione della salute, sia alla società nel suo complesso e alle sue dinamiche interne, anche se questo miglioramento d'informazione e di un possibile cambiamento di prospettiva di analisi ha trovato alcuni ostacoli, soprattutto da parte del sapere medico, che non riconosce come ipotetici responsabili di malattia o portatori diretti di effetti negativi sulla salute, l'ambiente sociale ed economico.

In ambito sociologico, a partire dagli anni '90, le interpretazioni che vengono maggiormente utilizzate per la spiegazione delle disuguaglianze di salute, oltre all'approccio comportamentale – culturale, seguono due differenti correnti di pensiero, da un lato quella psico-sociale [Marmot Wilkinson 2001], dall'altro l'approccio neo-materialista [Lynch 2000].

²⁹ Townsend P., Davidson N., Whitehead M., (1992), *Inequalities in Health. The Black Report and The Health Divide*, Penguin Books, London.

³⁰ L'OMS, in particolare, ha pubblicato un rapporto sul tema a livello europeo. Si veda in tal proposito: WHO, (2005), *The European Health Report 2002*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

2. Approccio comportamentale – culturale

La spiegazione comportamentale – culturale fu l'approccio più diffuso negli studi immediatamente successivi per spiegare le differenze negli stati di salute emerse nel Black Report.

I comportamenti presi in considerazione da questa linea di studio sono quelli che possono avere un maggior impatto sullo stato di salute degli individui come il fumo, il consumo di bevande alcoliche, l'esercizio fisico ed una dieta equilibrata. Diversi studi [Towsend, Davidson e WhiteHead, 1986; Bartley 2004] hanno dimostrato come, anche nella diffusione di questi comportamenti, vi sia la presenza di un gradiente sociale in quanto questi sono maggiormente presenti in individui appartenenti a classi sociali più svantaggiate.

All'interno di questo approccio è possibile individuare differenti filoni di ricerca, infatti alcuni autori [Olser et alr 2000] focalizzano la loro attenzione solo sulla relazione tra i comportamenti adottati dagli individui e il loro stato di salute, tralasciando il legame culturale tra questi aspetti. Gli autori osservarono come la crescita del divario nella mortalità per problemi cardiovascolari a favore delle classi sociali più elevate sia legato alla crescita del divario riguardante l'abitudine al fumo tra le classi sociali.

La prospettiva di questi autori, come di altri afferenti a questa branca di ricerca, viene denominata modello comportamentale diretto [Bartley 2004] in quanto si basa sull'assunto che gli individui con una minore sicurezza lavorativa, con minor reddito e quindi appartenenti a classi sociali basse, presentino in minor misura le caratteristiche personali che aiutino il soggetto a seguire i comportamenti sopra indicati.

Secondo questo approccio il collegamento tra posizione sociale e comportamento è strettamente legato alle caratteristiche dell'individuo, ne deriva, quindi, che le differenze tra le classi sociali sarebbero dovute

soprattutto alla diversa concentrazione di persone con determinate caratteristiche psicologiche.

Nella definizione dei comportamenti individuali potrebbero influire anche altri fattori, come ad esempio assumere alcuni tipi di atteggiamenti potrebbe costituire un elemento per distinguersi da altri gruppi; questa teoria si rifà chiaramente al concetto di distinzione di Bordieu (1979).

Un ulteriore filone di ricerca di questo approccio si è sviluppato recentemente [Siegrist 2000] e propone di comparare a livello internazionale la diffusione dei comportamenti che incidono sullo stato di salute e di malattia.

I primi risultati dimostrano, per esempio, che nonostante nei Paesi del Sud Europa siano presenti grandi disparità reddituali, i cittadini raggiungono buoni livelli di salute. Una delle ragioni è il fatto che, in questa zona d'Europa, tradizionalmente si segue una dieta sana ed equilibrata.

Questo filone di studi sarà molto utile al nostro scopo di ricerca, confrontare cioè le disuguaglianze in salute presenti in Francia e in Italia, in quanto potremo verificare se i diversi stili di vita delle due nazioni si riflettono sul benessere della popolazione.

3. Approccio psico – sociale

Dalla descrizione dell'approccio comportamentale - culturale appare chiara la necessità di indagare più a fondo per individuare le caratteristiche soggettive che determinano i comportamenti indicati nel paragrafo precedente.

Una delle ragioni che ha spinto gli esperti di disuguaglianze in salute a cercare altre cause di tale fenomeno, è la constatazione che lo svantaggio

in termini di benessere non sia concentrato solo all'estremità più bassa della scala sociale, ma sia distribuito su tutti i livelli.

La teoria psico - sociale sostiene che, oltre alle disuguaglianze economiche, anche le relazioni sociali hanno un forte impatto sul benessere psico sociale dei soggetti e possono spiegare il quadro di salute di una popolazione [Wilkinson 1992; 1996; 1997].

In questo ambito, quindi, le disuguaglianze di salute si qualificano come la sedimentazione nei corpi delle differenze che separano le traiettorie biografiche degli individui in ragione della loro collocazione sociale [Cardano 2008].

Il primo fattore analizzato da questo approccio è il supporto sociale, ossia i processi interpersonali che aiutano a prevenire l'insorgenza di disturbi psichici e fisici nell'individuo. Berkam e Syme (1979) hanno osservato la presenza di una correlazione positiva tra relazioni interpersonali e tassi di mortalità e morbilità.

L'aspetto rilevante di questo studio è la constatazione che nelle persone con maggiori relazioni interpersonali il migliore stato di salute sia effettivo, basato su dati oggettivi e non solo sulla percezione che esse hanno di questo. Le relazioni interpersonali, in effetti, possono favorire un migliore stato di salute attraverso diversi meccanismi quali:

- a) la trasmissione di informazioni sanitarie;
- b) i meccanismi di mutua assistenza;
- c) la promozione di comportamenti salutari;
- d) l'effetto buffering.

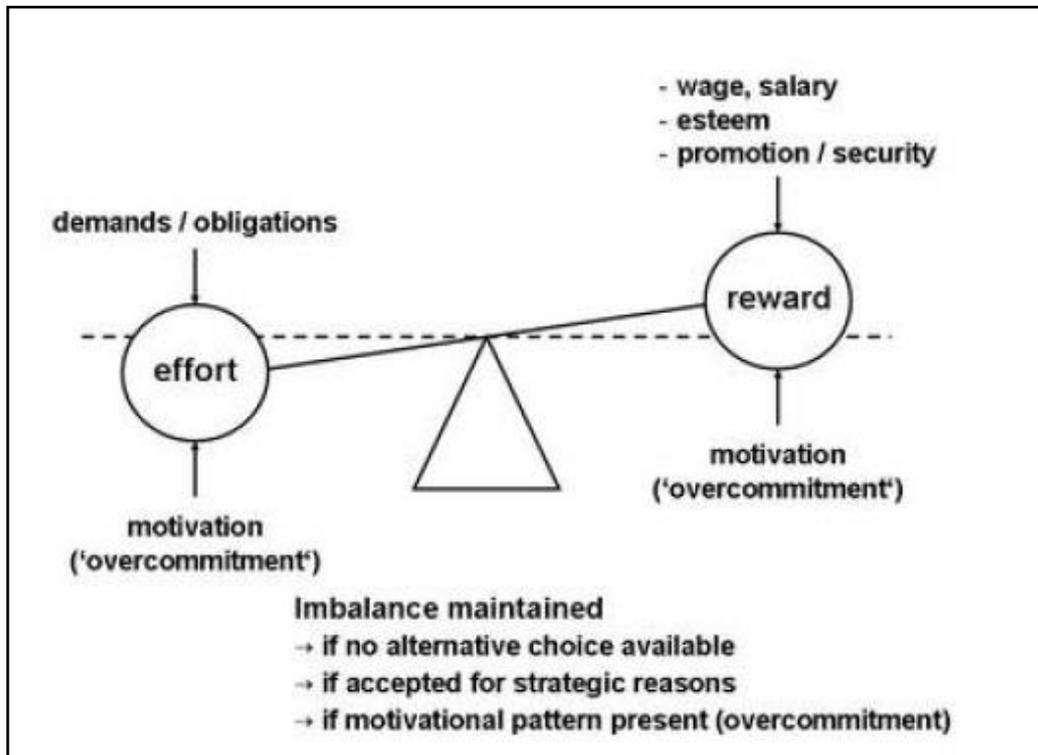
Il secondo fattore considerato all'interno dell'approccio psico sociale consiste nel controllo e nell'autonomia sul lavoro. Alcuni studi [Bosma et al. 1998] hanno dimostrato che soggetti con occupazione meno prestigiose e poco controllo sul lavoro avevano maggiori probabilità di

sviluppare problemi cardiaci. Altri studi [Schnall et al., 1998] hanno rilevato una correlazione positiva tra la tensione lavorativa e alcuni cambiamenti di tipo biologico come l'innalzamento della pressione arteriosa.

I risultati ottenuti permettono di creare un collegamento tra la teoria sociologia delle classi sociali (si veda paragrafo successivo) e le disuguaglianze in salute. Si può sostenere infatti che individui che ricoprono posizioni lavorative prestigiose e, quindi, godono di autonomia lavorativa, sperimentano uno stato di salute migliore e viceversa.

L'ultimo fattore analizzato da questo approccio è il bilanciamento tra gli sforzi effettuati e i risultati raggiunti (Fig. 10); questo concetto è stato coniato da Siegrist e colleghi (1996) sulla base di diversi studi che hanno mostrato come, individui che, nonostante si impegnino sul lavoro, non ricevano ricompense in termini di salario e sicurezza, tendono ad avere una pressione sanguigna più alta.

Figura 10 Modello effort – reward



Fonte: Siegrist (1996);

L'interpretazione di natura psico sociale di Siegrist, impone quindi agli effetti diretti ed indiretti dello stress dovuto dalla consapevolezza di inferiorità nella gerarchia socioeconomica, l'esistenza di disuguaglianze in salute.

4. Approccio materialista e neo materialista

Questo approccio, come già accennato in precedenza, costituisce una delle spiegazione fornite dagli autori del Black Report alle disuguaglianze di salute, in quanto considera le caratteristiche strutturali della società come una delle maggiori cause di questo fenomeno.

Le evidenze empiriche hanno dimostrato come la salute sia peggiore e l'attesa di vita minore nelle persone con basso reddito. Diventa qui rilevante la definizione di classe sociale, in quanto si pone il problema di individuare i meccanismi che determinano le disuguaglianze di salute, per tale ragione è utile distinguere tra i concetti di classe e status sociale.

Le due principali teorie sulla struttura sociale, attribuibili a Marx e a Weber, dividono la società in gruppi basati sull'occupazione e hanno generato diverse tipologie di misure della posizione sociale.

Goldthorpe (1987) identificò i gruppi sociali basandosi su elementi comuni legati all'occupazione, a livelli di reddito simili e autonomia lavorativa, lo schema di Goldthorpe, infatti, si basa su due criteri: la situazione del lavoro e la situazione di mercato e su queste basi vengono generate tre categorie di lavoratori: gli imprenditori, i lavoratori autonomi e i lavoratori dipendenti.

Infine, un'ultima ipotesi è la tesi di David Coburn dell'Università di Toronto (2000), secondo cui la causa di tutto è da attribuirsi al neo-liberismo. Infatti, il neo-liberismo, cioè la liberalizzazione dei mercati e della competizione, ha creato maggiori disuguaglianze di reddito e una più bassa coesione sociale che ha portato ad uno stato di salute della popolazione più basso di quello che ci si potrebbe attendere. La filosofia del neo-liberismo è una società orientata al mercato: economia, stato, società civile sono di fatto inestricabilmente interrelati [Coburn 2000].

Secondo i neo-liberali le disuguaglianze sono inevitabili, sono il necessario sotto-prodotto del buon funzionamento dell'economia e rispondono al principio secondo cui "se qualcuno entra nel mercato, qualcun altro ne deve uscire".

Oggi, con la diffusione della globalizzazione, sempre più economie in tutto il mondo si sono votate al neo-liberismo, con politiche di commercio globale, strategie di crescita economica che trascurano la lotta alla

povertà, rischi occupazionali e perdita di coesione sociale, che sempre più si associano a rapide e crescenti ineguaglianze. Tutto ciò porta, direttamente o indirettamente, ad un peggiore stato di salute della popolazione.

La tesi di Coburn dimostra quanto i concetti della scienza politica e della filosofia economica possano essere utili per comprendere la complessità delle differenze nella condizione socio-economica e nella salute [Tarlov 2000].

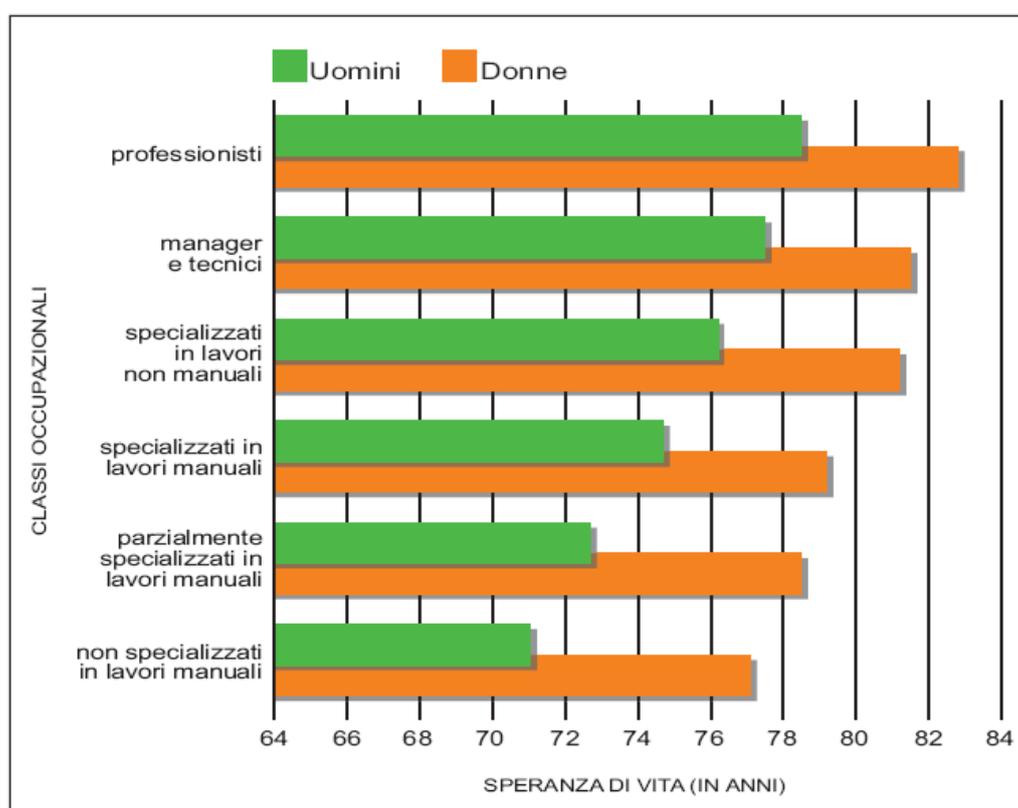
Il concetto di status sociale identifica, invece, la posizione di un individuo nei confronti di altri soggetti nell'ambito di una comunità organizzata. Le norme sociali di attribuzione dello status dipendono dal gruppo sociale e possono essere molto variegate.

La scala di misurazione maggiormente utilizzata in sociologia è il Registrar General's Social Class (Tab.7) basato sulla tipologia di impiego; il principio alla base di tale classificazione è la presenza di un *continuum* da posizioni manuali a professionali.

Tabella 2 Registrar General's Social Class

Classe	Descrizione
I	Professionisti
II	Manager
III	Skill non manuali e manuali
IV	Poche skill manuali
V	Nessuna skill

Figura 11 Differenze della speranza di vita nelle classi occupazionali, Inghilterra e Galles, 1997-1999.



Fonte: DONKIN A, GOLDBLATT P, LYNCH K. *Inequalities in life expectancy by social class 1972– 1999*. Health Statistics Quarterly, 2002, 15, pp. 5-15.

Attualmente si tende ad utilizzare come misura di riferimento la Posizione Socio Economica (SEP) in quanto misura multidimensionale in grado di rappresentare diversi indicatori come l'educazione, l'occupazione, il settore di impiego, il reddito e l'essere proprietari di beni materiali.

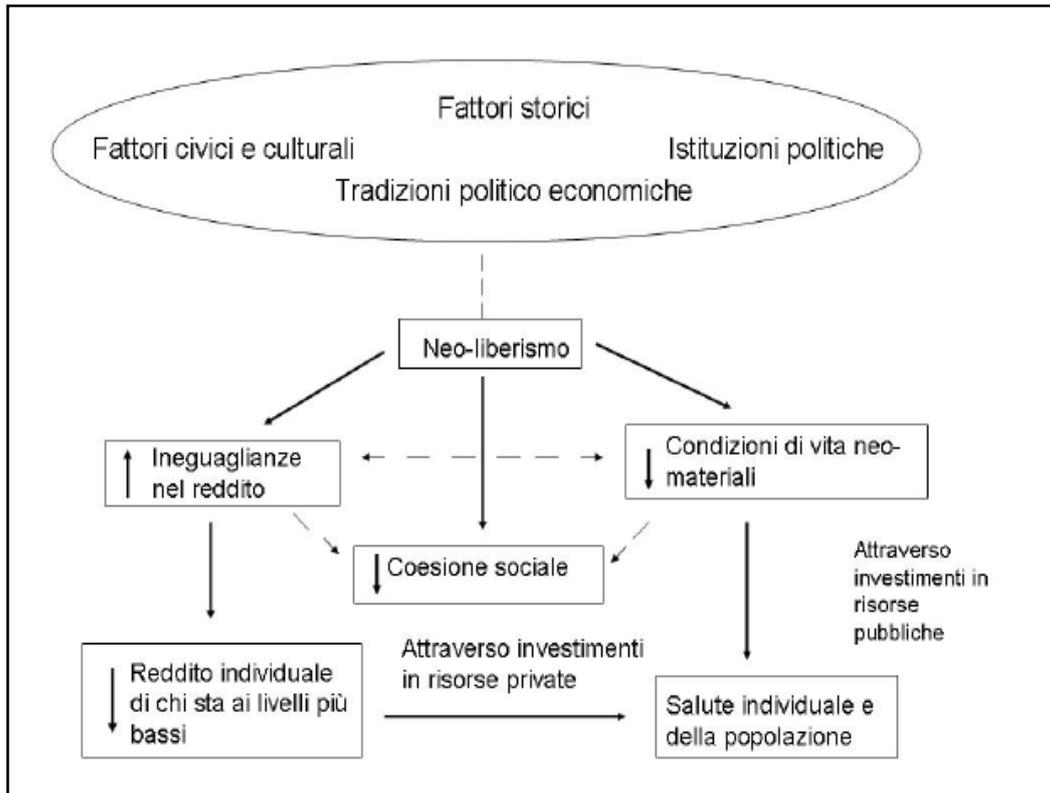
Tra i fattori utilizzati per determinare il SEP, l'educazione è quello che mostra (come vedremo successivamente nel proseguo di questo lavoro) la maggiore correlazione con tutte le misure utilizzate per analizzare la salute.

Le ragioni per cui l'istruzione possa portare un effetto benefico sulla salute sono molteplici migliora la capacità : decisionale e di *problem solving* degli individui; di adottare comportamenti salutari; di avere maggiore autocontrollo nonché di sviluppare fattori psicologici di cui abbiamo trattato precedentemente.

All'interno di questo filone di studi si è delineato l'approccio neo-materialista, secondo il quale sarebbero le disuguaglianze nel reddito a influenzare la salute dei soggetti poiché portano, come conseguenza, differenze sostanziali negli stili di vita dei singoli e della popolazione in generale.

Secondo tale visione, quindi, le disuguaglianze nella salute sono il risultato di differenti accumulazioni di esposizioni e di esperienze che hanno la loro radice nel mondo materiale [Lynch 2000].

Figura 12 Interpretazione neo-materialista delle disuguaglianze di salute



Fonte: Lynch 2000

Secondo gli studiosi [Lynch, Kaplan 2000] aderenti a questa corrente, *“le disuguaglianze nella salute sarebbero il risultato dell’accumulo di differenti esposizioni ed esperienze negative che hanno la loro radice nel mondo materiale, come ad esempio una mancanza di risorse economiche individuali, associate a un sistematico insufficiente investimento in una serie di infrastrutture umane, fisiche, sanitarie e sociali”*.

5. Approccio del ciclo di vita

Gli approcci fino ad ora presentati basano i loro assunti su rilevazioni effettuate in un unico momento della vita dell'individuo, il *life course approach*, invece, come suggerisce il nome, studia la salute del soggetto durante il corso di vita [Blane 1993].

E' stato possibile istituire questo filone di ricerca solo dopo lo sviluppo degli studi longitudinali che hanno permesso di rilevare se gli individui osservati hanno sperimentato eventi che hanno condizionato il loro stato di salute. Gli aspetti innovativi rispetto ai precedenti approcci si possono individuare, in primo luogo, nel fatto che la salute non viene più vista come caratteristica stabile, ma diventa la risposta ad eventi che interessano il soggetto durante la sua esistenza [Krieger 2001] ed inoltre spiega sia le cause biologiche che quelle comportamentali e psicologiche [Sisson 2007].

Questo approccio si propone di studiare come i vantaggi o gli svantaggi biologici, psicologici e sociali sperimentati durante il corso della vita, si riflettano sul benessere individuale; la posizione sociale dell'individuo ricopre anche in questo caso un ruolo fondamentale.

Oltre a quelle finora evidenziate, vanno considerate anche le variabili socio ambientali poiché possono influenzare le condizioni di salute della popolazione. Studi di tipo ecologico [Costa Spadea Cardano 2004; Marinacci et altri 2004], infatti, hanno evidenziato una correlazione tra condizioni ambientali di un certo territorio e salute dei cittadini in esso residenti.

Alcuni autori [Macintyre et altri 2002] propongono tre tipi di spiegazioni per questa correlazione tra territorio e salute e la loro variazione

geografica: la prima, definita compositiva, considera significativa l'associazione di più elementi individuali; la seconda, di tipo contestuale, ritiene che le differenze territoriali siano dovute, principalmente, ai fattori ambientali sociali e fisici [Nuvolati Tognetti Bordogna, 2008]. L'ultima spiegazione, di tipo collettivo, vede le diversità territoriali come espressione delle condizioni sociali di una comunità.

Le condizioni sociali sono identificate dalle forme di capitale individuate da Bourdieu [1986], intese come economico, culturale e sociale. Questo tipo di condizioni interessa le risorse materiali e simboliche a disposizione di un soggetto nell'interazioni con gli altri individui della stessa comunità.

E' proprio dalle possibili relazioni tra condizioni sociali, salute, presenza o assenza di disuguaglianze di salute nei diversi territori che nasce il nostro interesse di ricerca.

Le disuguaglianze non riguardano, infatti, solo differenze di reddito, ma anche "disposizioni socializzanti" – variabili culturali, sociali, intersoggettive, intrecciate nelle società plurali contemporanee in possibili configurazioni contestuali non necessariamente coerenti [Schizzerotto 2002]. Il che rende, però, difficile la ricerca di regolarità assolute e di determinanti specifiche generalizzabili rispetto alla salute.

6. Approccio epidemiologico

Il tema delle disuguaglianze di salute è argomento d'interesse sia della sociologia che dell'epidemiologia, in quanto risulta difficile distinguere le scelte metodologiche di una disciplina rispetto all'altra [Sarti 2006].

Sicuramente gli epidemiologi sono più concentrati a ricercare le cause delle malattie a livello biologico, ambientale e sociale [Vineis 1990].

Gli studi degli epidemiologi cercano, infatti, di identificare le cause prossime della morbosità e della mortalità, senza escludere quelle derivate dalle differenze di status socioeconomico.

Dal punto di vista sociologico, l'attenzione è rivolta non tanto all'individuazione delle condizioni che possono generare una patologia, ma piuttosto ricondurre le disuguaglianze di salute a quelle sociali. Il sociologo non ricerca una spiegazione in senso predittivo degli stati di salute, ma cerca di dimostrare l'incidenza dell'ineguale distribuzione di risorse materiali e simboliche sulla salute e di comprenderne le relazioni in termini generali [Sarti 2006].

Nonostante qualche discordanza a livello teorico, sul piano empirico gli obiettivi dei sociologi e degli epidemiologi tendono a convergere e spesso a confondersi nei campi di interesse.

L'epidemiologia è definita come lo studio della distribuzione e dei determinanti di stati o eventi correlati alla salute in specifiche popolazioni, e l'applicazione di questo studio al controllo dei problemi sanitari [Last, 1995].

L'epidemiologia, quindi, studia quali sono i rischi possibili per la salute di una comunità o popolazione. Un fattore di rischio (*hazard*) è una fonte di danno che può danneggiare la salute umana; il rischio invece è la probabilità che il danno alla salute avvenga [WHO 1989].

Per ridurre i rischi è necessario individuare quali sono i fattori di rischio, i gruppi di popolazione maggiormente esposti, il livello a cui sono esposti, l'impatto di tali fattori sulla salute e gli approcci per ridurre l'esposizione.

La ricerca epidemiologica si occupa della distribuzione delle malattie nello spazio e nel tempo e dei fattori che spiegano tale distribuzione.

Inizialmente l'epidemiologia si occupava di analizzare solo la diffusione delle epidemie, in seguito ha esteso il suo campo di interesse anche alle malattie croniche ed infettive non a carattere epidemico. Il metodo

epidemiologico consiste nell'osservare come una malattia si diffonde in un dato territorio e in quanto tempo (epidemiologia descrittiva) e nel formulare ipotesi sui fattori ambientali responsabili della diffusione della malattia (epidemiologia analitica).

La metodologia epidemiologica misura e pesa i fenomeni di salute e di malattia, identifica i fattori di rischio, quelli determinanti e quelli protettivi, progetta interventi sperimentali ed infine ne valuta l'efficacia.

L'epidemiologia, per descrivere l'impatto delle disuguaglianze, utilizza in prevalenza i dati di mortalità messi a confronto con le caratteristiche socio-economiche dei soggetti presi in esame.

L'epidemiologo ha il compito di cooperare a migliorare le condizioni di salute esistenti [Padovani 2008].

Ai dati biomedici ed epidemiologici il sociologo, invece, aggiunge il suo contributo specifico con l'introduzione di altre variabili di tipo socio demografico e sociali.

L'apertura della ricerca epidemiologica ai fattori sociali rappresenta sicuramente una base feconda per la collaborazione con la sociologia, verso un approccio articolato ed integrato.

Dal punto di vista dell'epidemiologia, la questione centrale dovrebbe essere non la differenza tra le spiegazioni materiali e non materiali, ma la distinzione tra riduzionismo e stratificazione.

Dal punto di vista della sociologia, l'obiettivo dovrebbe essere quello di trasformare i concetti sociali in misure empiriche adatte all'analisi statistica. In questo modo, le due discipline possono contribuire allo sviluppo di un nuovo paradigma in grado di sostenere la ricerca teorica ed empirica [Pratschke 2006].

Come abbiamo descritto in questo capitolo, dopo la pubblicazione del Black Report le ricerche sociologiche non hanno esplorato le cause delle disuguaglianze di salute legate al sistema sanitario e di cura. La comunità

scientifico ha sempre manifestato dubbi sull'impatto del sistema sanitario sullo stato di salute di una popolazione. Questa ipotesi di assenza di impatto della cura sulla salute nasce dalla constatazione storica di McKeown (1979) secondo la quale, le cause di decessi che sono maggiormente diminuite tra il XVIII e il XIX secolo, sono le cause per le quali non si sono rilevati progressi nelle scienze mediche dell'epoca³¹.

Evans e Stoddart (1994), generalizzando l'idea, hanno proposto un modello in cui il livello di cura consumato spiega solo una piccola parte del livello di salute. Al contrario, altri autori sostengono che i trattamenti medici, più efficaci, spiegano una percentuale significativa dei guadagni rispetto all'aspettativa di vita [Mackenbach 2003].

Questo dibattito non può essere risolto in modo decisivo dai pochi studi empirici disponibili che forniscono risultati contrastanti³².

L'impatto di un migliore accesso alle cure sanitarie per le popolazioni svantaggiate è stato anche mostrato in lavori di studiosi nord americani [Dourgnon; Grignon; Jusot 2001].

Alcuni studiosi francesi [Couffinhal et al. 2002] hanno mostrato, dai primi risultati dell'analisi longitudinale della sanità IRDES, che l'uso di cure ha un impatto sullo stato di salute della popolazione quattro anni più tardi, non in termini di numero di malattie o di pericolo di vita, ma in termini di disabilità. Questo sosterrrebbe l'ipotesi che le cure mediche, se non permettono di eliminare malattie croniche, tuttavia ne hanno limitato l'impatto sulla disabilità funzionale e sulla qualità della vita.

³¹ McKeown ha per esempio osservato che il principale abbassamento della mortalità per tubercolosi si è prodotta nel XIX secolo, prima della scoperta del bacillo di Koch nel 1882 e della messa a punto del vaccino BCG nel 1921.

³² Così pochi studi nella popolazione permettono di valutare oggettivamente l'effetto delle cure sulla salute, lo stato di salute è sia causa che conseguenza dell'uso della sanità: ad una determinata data, si osserverà che le persone più gravi consumano più cura. Vi è quindi la necessità di dati panel per osservare l'effetto di consumare cura oggi sul futuro stato di salute. Ma questo tipo di dati è raramente disponibile.

Un modo indiretto per chiarire la questione dell'impatto sulla sanità è quello di analizzare il contributo alla riduzione della diminuzione di mortalità globale della mortalità per le malattie in cui il sistema sanitario ha un impatto. Il più recente lavoro sui paesi dell'Unione Europea [Nolte e McKee 2004] mostra che questo contributo è molto significativo negli anni '80 del secolo scorso rispetto al nuovo millennio, soprattutto nei paesi del Nord Europa attestandosi ad alti livelli nell'Europa meridionale.

Sebbene la cura contribuisca alla salute, un'altra domanda è: le disuguaglianze di accesso a determinati trattamenti (curativi e preventivi) ha comportato la formazione di disuguaglianze di salute?

Nel complesso, la ricerca sulle disuguaglianze ritiene che la risposta a questa domanda sia negativa. La prima argomentazione è che da un lato lo sviluppo di sistemi sanitari gratuiti ed equi non riduce le disuguaglianze nella salute, d'altra parte esistono disuguaglianze nello stato di mortalità per malattie per le quali non esiste un trattamento soddisfacente [Mackenbach et al. 1989].

Per tale ragione Marmot e Wilkinson (1999) considerano che le disuguaglianze di accesso al sistema sanitario e alle cure non costituiscano una spiegazione da studiare.

Un argomento più radicale sollevato da Hertzman et al. (1994) è che, sebbene la cura migliore o più accessibile possa rimuovere alcune cause di morte che portano a differenze sociali nella mortalità in un momento, altre cause necessariamente le rimpiazzerebbero. Questo è spiegato da una vitalità diversa tra gruppi sociali, un presupposto che sembra, in primo approccio, confermato dalla constatazione di un aumento della mortalità associato al fondo della scala sociale per tutte le cause di morte, con l'eccezione dell' AIDS [Jouglu et al. 2000].

Lynch et al. (1998) ha sviluppato il concetto di "causa fondamentale", secondo la quale le risorse finanziarie educative e sociali

determinerebbero la capacità di un individuo di proteggersi contro il rischio di malattia. Le implicazioni in termini di politiche pubbliche sono chiare: riduzione delle disuguaglianze soprattutto attraverso la redistribuzione della ricchezza, l'istruzione, e aumentando gli investimenti realizzati nel sistema sanitario.

Capitolo III Le politiche di riduzione delle disuguaglianze di salute

Per il mantenimento dello stato di salute è essenziale la sinergia tra amministrazione pubblica, forze sociali e singoli individui, e che la strategia delle politiche pubbliche abbia tra le sue priorità quella di correggere o almeno limitare le disuguaglianze sociali in ambito di salute.

La progettazione di politiche tese alla riduzione delle disuguaglianze di salute non deve essere disgiunta dalla definizione esplicita dei criteri che consentono di valutarne l'efficacia. Già il Report Acheson del 1998 individuò 11 aree, nelle quali sarebbe necessario un intervento pubblico per ridurre le disuguaglianze di salute:

1. povertà, reddito, tassazione;
2. educazione;
3. occupazione;
4. abitazione ed ambiente;
5. mobilità, trasporti, inquinamento;
6. nutrizione e politiche agricole;
7. madri, bambini, famiglie;
8. giovani ed adulti in età da lavoro;
9. anziani;
10. differenze etniche;
11. differenze di genere.

Molti degli 11 interventi individuati sono volti a migliorare i determinanti di salute in generale, come le campagne antifumo e quelle contro gli stili di vita a rischio, ma anche ad equiparare la distribuzione dei principali determinanti di salute (reddito, istruzione, servizi sanitari), per renderli più accessibili alle persone svantaggiate.

Solo migliorando la salute dei gruppi più svantaggiati, infatti, si può raggiungere una maggiore uguaglianza ed equità.

Stabilite quali possono essere le cause generatrici delle disuguaglianze di salute, l'attenzione degli studiosi si è concentrata sulle strategie di riduzione.

Costa (2008) ha proposto uno schema esplicativo a tal fine, nel quale fornisce alla posizione sociale un ruolo centrale quale fattore causale fondamentale.

In relazione alla posizione occupata vi sarà un differente controllo sulle risorse materiali e gli interventi di contrasto dovrebbero puntare a ridurre la stratificazione sociale attraverso politiche integrate, volte a favorire l'occupazione, ridurre la disoccupazione e aumentare la lotta alla povertà.

Come abbiamo evidenziato nei capitoli precedenti vi è anche da considerare l'analisi dell'esposizione ai fattori di rischio (psico-sociali, comportamentali, ambientali e di accesso ai servizi). In questo caso, gli interventi di contrasto dovrebbero essere orientati a diminuire l'esposizione a tali fattori con campagne d'informazione e di educazione, interventi di riqualificazione urbanistica e di sostegno abitativo.

La vulnerabilità al danno, quale conseguenza della maggiore esposizione ai fattori di rischio, è particolarmente presente nei gruppi svantaggiati.

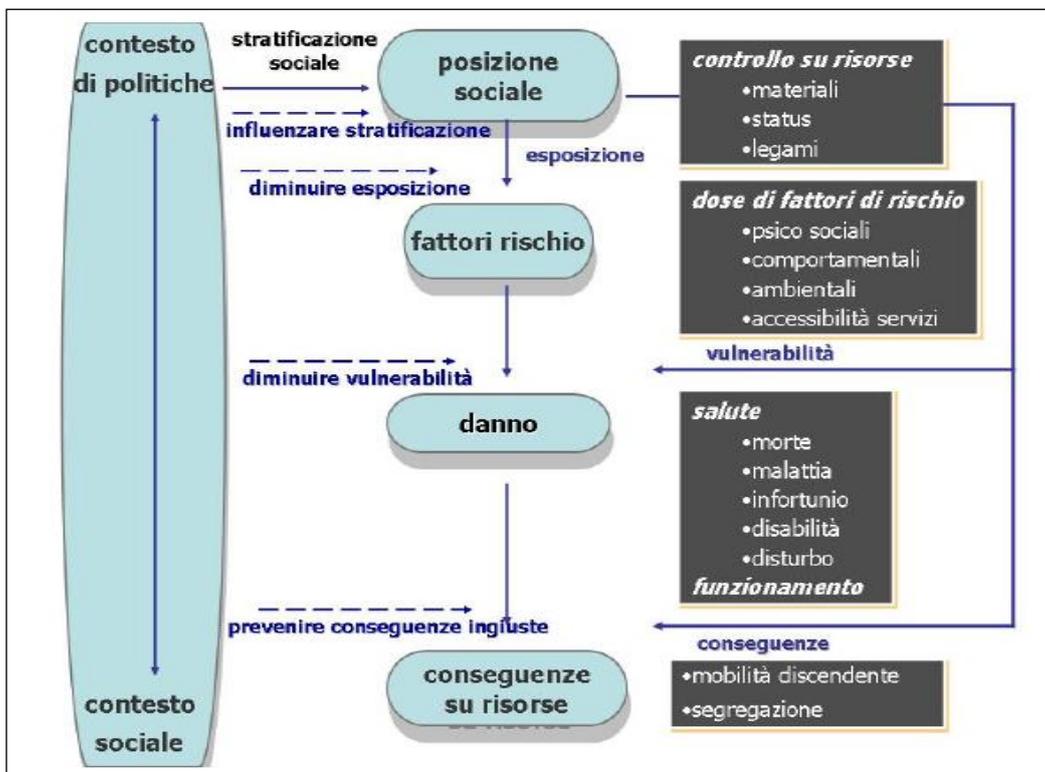
Gli interventi di contrasto dovrebbero cercare di prevenire, o almeno, moderare la vulnerabilità dei soggetti, soprattutto con interventi sociali integrati per favorirne l'inclusione.

Secondo David Stuckler (2010), per combattere le disuguaglianze di salute sono necessarie politiche attuative mirate a questi temi.

I tagli alla spesa sanitaria pubblica decisi in tempo di crisi dalla maggior parte dei Paesi europei per ridurre il deficit, si stanno traducendo in un aumento del rischio di morte per cause legate a malattie collegate a questioni sociali, come cardiopatie e patologie da abuso di alcolici.

La spesa in campo sanitario è quanto mai importante per il benessere e la stessa sopravvivenza della popolazione.

Figura 13 Meccanismi generatrici delle disuguaglianze di salute



Fonte: Costa, 2008.

Lo schema di Costa (Fig.13) inquadra quello che la medicina chiama la storia “naturale” di ogni problema di salute all’interno della dimensione delle disuguaglianze sociali di salute. Nello schema la catena centrale descrive le quattro principali categorie di stati/eventi che la compongono:

- per posizione sociale si intende qualsiasi dimensione della stratificazione sociale (sia quelle relazionali che distributive) che si caratterizzi per un differente grado di controllo sulle risorse che servono a soddisfare i bisogni;
- per fattori di rischio si intendono tutte quelle caratteristiche della persona che influenzano la distribuzione di salute, sia aumentando la probabilità di insorgenza di un problema di salute, sia esponendo alla progressione di un problema di salute verso un esito sfavorevole;
- per danno si intendono tutte quelle caratteristiche della salute fisica, psicologica e mentale, espresse sia in termini nosologici (malattie), sia di salute soggettiva (qualità della vita percepita), sia di abilità residue, che qualificano l’alterato funzionamento di una persona in un particolare contesto;
- per conseguenze sociali si intendono quei processi di mobilità discendente sulla scala sociale o di segregazione che comportano una limitazione del livello di controllo sulle risorse che una persona aveva raggiunto in assenza del problema di salute.

Il primo meccanismo identificato nello schema è quello che genera la stratificazione sociale stessa; esso dipende dal contesto economico e del lavoro che creano e distribuiscono ricchezza e potere, dal contesto comunitario e di welfare che ne regolano e moderano gli effetti, e dalla storia e dalla cultura che ne influenzano i vissuti. Questo meccanismo si

esprime sulla traiettoria di vita di una persona attraverso le circostanze di vita, economiche, ambientali e psicologiche dell'infanzia, a cui si aggiungono quelle del lavoro e di vita in età adulta e anziana, le quali a loro volta influenzano le disparità nell'accesso e nel controllo delle risorse materiali, di status e di aiuto.

Il secondo meccanismo è quello che fa sì che la posizione sociale e le disparità di risorse influenzino la probabilità di esposizione e la dose di esposizione ai fattori di rischio per l'insorgenza di un problema di salute: fattori psico-sociali, stili di vita insalubri, fattori di rischio esterni, condizioni di suscettibilità/fragilità clinica. Le condizioni di lavoro più rischiose per la salute (per esposizione a fattori di rischio, meccanici, fisici, chimici, ergonomici e psico-sociali) sono concentrate tra le occupazioni manuali e non manuali meno qualificate. Queste disuguaglianze professionali di esposizione ai rischi per la sicurezza spiegano bene le disuguaglianze per classe sociale negli infortuni sul lavoro.

Vanno inoltre considerate le differenze occupazionali nell'esposizione a fattori psicosociali; la mancanza delle risorse necessarie a soddisfare le proprie aspettative impedisce una piena partecipazione sociale e, quindi, un livello adeguato di soddisfazione e ricompensa.

Questa condizione si tradurrebbe in un danno per la salute attraverso una diminuita capacità di resistenza alle malattie che si manifesta in misura maggiore dove il contesto esponga a maggiori rischi ambientali o sia più competitivo.

Tra i fattori di rischio esterni vanno annoverate anche le esposizioni a rischi ambientali esterni ai luoghi di lavoro. Per quanto riguarda il meccanismo dei fattori di rischio ambientali, si può concludere che la diseguale distribuzione sociale delle esposizioni a rischi ambientali sia un mediatore delle disuguaglianze sociali nella salute, ma non sono disponibili prove sufficienti per stimarne l'impatto relativo rispetto agli altri meccanismi.

Tra i fattori di rischio da considerare, come mediatori delle disuguaglianze sociali nell'insorgenza di nuovi problemi di salute, ci sono gli stili di vita insalubri, in particolare le dipendenze (tra gli altri: fumo, alcool e sostanze), l'alimentazione scorretta e l'esercizio fisico.

Per quanto riguarda le dipendenze, nella letteratura è noto che la deprivazione individuale o familiare influenzi l'avvio, il grado di dipendenza e la capacità di cessazione del fumo e dell'abuso di alcool, mentre quella del contesto ne rafforza la dipendenza, questi meccanismi possono interagire con norme familiari e sociali.

Nel loro complesso, le dipendenze hanno un impatto molto rilevante sulle disuguaglianze di salute, in particolare su quelle di mortalità: le cause di morte che mostrano la più alta proporzione di morti attribuibili alle differenze sociali sono esattamente quelle associate all'abuso di droghe, alcool e al fumo.

Anche gli stili di vita non legati alla dipendenza, come i comportamenti alimentari squilibrati o la sedentarietà, affliggono con maggiore frequenza e gravità le persone di bassa posizione sociale e i loro figli.

Nell'analizzare gli stili di vita, bisogna riconoscere che anche per intraprendere uno stile di vita insalubre ci vogliono risorse, motivazioni ed energie. Spesso l'adozione e il mantenimento di uno stile di vita insalubre può rappresentare la risposta di adattamento della persona ad una situazione permanente di stress.

Il terzo meccanismo è quello secondo il quale la posizione sociale influenza il grado di vulnerabilità delle persone esposte all'azione del fattore di rischio. Questo meccanismo può agire modificando l'effetto di un fattore di rischio e quindi prevenendo l'insorgenza di un nuovo problema di salute.

Il quarto meccanismo è quello che vede la salute compromessa retro-agire sulla carriera sociale di una persona; è quanto accade nei processi di selezione che, sulla base della salute compromessa interrompono o modificano la mobilità sociale, soprattutto quella occupazionale. Ma è anche quanto accade quando il concorso alla spesa per far fronte a un problema di salute rende socialmente vulnerabili o fa scivolare nella trappola della povertà, innescando storie ricorsive di disuguaglianze di salute in cui non si sa più cosa sia iniziato prima, se il danno di salute o la povertà.

La considerazione dei meccanismi di generazione delle disuguaglianze di salute appena eseguita suggerisce quali punti di ingresso per le politiche e gli interventi siano più promettenti per guadagnare salute nella popolazione riducendo le disuguaglianze sociali, così come la strategia europea “Salute in Tutte le Politiche” si ripromette.

1. Le politiche in Europa

In Europa lo sviluppo di politiche relative alle differenze di salute ha iniziato ad affermarsi soprattutto verso la fine degli anni '90. In seguito al Summit Europeo di Lisbona del 2000, i 25 paesi dell'Unione Europea hanno sottoscritto un accordo che riconosce l'importanza di un'azione di contrasto alla povertà e all'esclusione sociale. Le sfide lanciate da Lisbona sono: maggior partecipazione al mercato del lavoro, modernizzazione dei sistemi di sostegno sociale, equità nell'istruzione e nella formazione, abolizione della povertà infantile, garanzia di una degna abitazione, miglioramento dell'accesso a servizi di qualità, lotta alle discriminazioni e aumento dell'integrazione sociale dei disabili, minoranze etniche ed immigrati.

Analizzando l'impatto dei fattori di tipo sociale nell'insorgenza di differenze negli esiti di salute, si riconosce la necessità di integrare a livello di strategia politica di intervento, i due ambiti, sociale e sanitario. In molti paesi tale integrazione ancora non esiste; occorre che la sanità attui una riduzione delle disuguaglianze agendo sui fattori sociali che le determinano e che la giustizia sociale valuti anche gli esiti sulla salute delle sue azioni politiche.

Il tema delle disuguaglianze della salute è un importante aspetto della sanità pubblica che coinvolge, in diversa misura, tutti i paesi europei; queste costituiscono una preoccupazione fondamentale in Europa, visto l'aumento del divario e del gradiente sociale nella speranza di vita all'interno dei paesi e tra paesi diversi.

I prerequisiti per contrastare le disuguaglianze nella salute includono:

1. impegno a garantire che tutte le persone abbiano uguali opportunità di migliorare o mantenere il proprio stato di salute;
2. valutazione delle politiche e dei programmi sanitari in relazione ai loro specifici effetti sulle disuguaglianze nella salute, dalle risorse ai risultati, ricorrendo a dati disaggregati relativi a sottopopolazioni diverse;
3. comprensione dei percorsi che dai determinanti sociali conducono a differenze in termini di esposizione, vulnerabilità e interazione con il sistema sanitario, e a diversi risultati sanitari;
4. identificazione delle situazioni di partenza e delle azioni necessarie per il cambiamento, prevedendo la partecipazione della comunità e di altri stakeholders e tenendo conto delle basi fattuali esistenti in merito a ciò che può essere fatto per ridurre le disuguaglianze nella salute.

Le azioni interne al settore della salute o al sistema sanitario possono includere strategie per la ridefinizione dei programmi esistenti per

migliorare l'equità di accesso all'assistenza e intervenire sui processi che escludono le persone svantaggiate o vulnerabili.

Le azioni nei confronti dei determinanti sociali della salute richiedono spesso che molteplici settori allineino i propri obiettivi, lavorino insieme e raggiungano obiettivi sociali multipli.

La distribuzione delle ricchezze, del livello di istruzione e della situazione lavorativa - all'interno dei paesi o tra paesi diversi - riflette il livello di stratificazione di una popolazione, e tale distribuzione costituisce anche un importante determinante sociale della salute all'interno dei paesi e fra paesi diversi.

I risultati di una indagine qualitativa sui paesi europei [Mackenbach 2003] distinguono tre livelli crescenti di coinvolgimento degli Stati nella lotta alle differenze di salute. Tale suddivisione prende spunto dallo schema proposto da M. Whitehead [1998] per analizzare le diverse fasi di consapevolezza, predisposizione e azione, da parte delle istituzioni politiche dei diversi paesi, nell'affrontare il tema delle disuguaglianze di salute.

All'estremità inferiore della scala rientrano paesi come la Grecia e la Germania, in cui il contrasto alle disuguaglianze è presente solo come indicazione di principio all'interno della legislazione che regola il welfare

Un secondo gruppo di paesi, tra cui la Francia e l'Italia, dispone di una programmazione politica basata sui principi di promozione dell'equità in salute, con obiettivi di lotta alle disuguaglianze, anche se non sono contemplati specifici target quantitativi.

La Francia, in particolare, ha come obiettivo la riduzione della mortalità e morbosità evitabile e delle differenze di salute tra le regioni. In Italia, invece, si riconosce l'importanza delle disuguaglianze sociali negli indicatori di salute, ma si rivolge l'attenzione soltanto a due gruppi sociali emarginati: immigrati e tossicodipendenti.

Al livello più elevato rientrano paesi che affrontano il tema in maniera più sistematica, con target specifici e obiettivi quantificabili il cui raggiungimento è previsto entro limiti temporali pianificati.

Non esiste un modello d'intervento per ridurre le disuguaglianze di salute adottato in tutti i paesi europei, poiché non ci sono ancora evidenze circa l'efficacia delle politiche di contrasto. Inoltre, i risultati delle attività spesso non vengono resi disponibili al di fuori dei confini nazionali, ostacolando così la diffusione di buone pratiche.

Sebbene ogni politica d'intervento sia influenzata dal contesto locale, dalla cultura e dai valori propri di quel paese, esistono elementi chiave per le iniziative di contrasto alle disuguaglianze che si associano a maggiori probabilità di successo.

E' importante sottolineare come la Unione Europea possa giocare un importante ruolo nella promozione della lotta alle disuguaglianze di salute nei vari paesi membri attraverso la comunicazione. Infatti, è solo condividendo gli uni con gli altri le proprie esperienze, i progressi raggiunti o le criticità riscontrate nella gestione di un tema così delicato e complesso, che si possono trovare spunti originali di azione politica che ciascuno Stato potrà poi personalizzare in base al suo contesto sociale e alle proprie necessità.

Per comprendere l'impegno che, in questi anni, l'Europa sta approfondendo per proteggere i propri cittadini contro le minacce alla salute e per creare un'Europa della Salute, attraverso la costituzione di un progetto Europeo, è essenziale riportare uno stralcio del discorso di Byrne³³.

“L'Unione Europea, infatti non deve solamente preoccuparsi dei mercati, della competitività, delle finanze pubbliche o delle relazioni internazionali: occorre potenziare la solidarietà, l'uguaglianza e soddisfare

³³ David Byrne è membro della Commissione Europea e Responsabile per la Salute e Protezione del cittadino.

il bisogno di rendere l'Europa visibile nella realtà quotidiana della gente. Questo è il concetto che va applicato altresì a quello della Salute.

I cittadini chiedono alla Comunità di essere protetti e che la loro salute venga migliorata. Vogliono che la Comunità contribuisca a rendere sano e sicuro l'ambiente di vita, chiedono che i prodotti che comprano e consumano siano esenti da rischi per la salute e, nel caso questi ultimi si verificassero, avere l'accesso ad un alto livello di assistenza sanitaria.

E' necessario però, per creare un'Europa della Salute, lavorare maggiormente e dare priorità a quelle aree nelle quali l'Europa può fare la differenza.

Occorre essere preparati rispetto alle minacce alla salute che richiedono una rapida e coordinata reazione non limitata da confini nazionali. E' importante che la Comunità affronti i problemi della salute con tutti gli strumenti e la forza a propria disposizione.

Il perseguire questi obiettivi assicurerà ai cittadini reali benefici per la loro salute e sarà un contributo tangibile per la Salute Europea e per creare quella Europa che i cittadini desiderano”.

La sanità può essere vista, per l'importanza che la salute riveste nella vita quotidiana del cittadino europeo e per l'entità delle risorse utilizzate, la “cartina tornasole” di una reale volontà politica dei Governi nazionali e delle capacità delle istituzioni europee di creare un tessuto sociale unitario e di consolidare l'appartenenza alla dimensione europea.

2. I costi economici delle disuguaglianze di salute in Europa

Negli ultimi anni l'Unione Europea ha rivolto un'attenzione crescente ai potenziali vantaggi economici derivanti da interventi di miglioramento sulla salute della popolazione: la prosperità di una nazione, infatti, dipende in parte dalla salute della sua cittadinanza.

Nel 2001 il report OMS della Commissione su Macroeconomia e Salute ha dimostrato che il miglioramento della salute può essere visto come una strategia chiave per la crescita del reddito e la riduzione della povertà nei paesi a basso e medio reddito [CMH 2001].

A seguito di questa relazione, nel 2005 è stata pubblicata una panoramica di evidenze riguardanti l'impatto della salute sull'economia dei paesi ad alto reddito, in particolare dell'Unione Europea [Suhrcke et al. 2005]. Entrambe le relazioni suggerivano l'esistenza di forti argomenti economici per investire in salute, azione da non identificare solo come un costo per la società, ma bensì come un potenziale motore per la crescita economica e per l'aumento della competitività dell'Europa a livello globale.

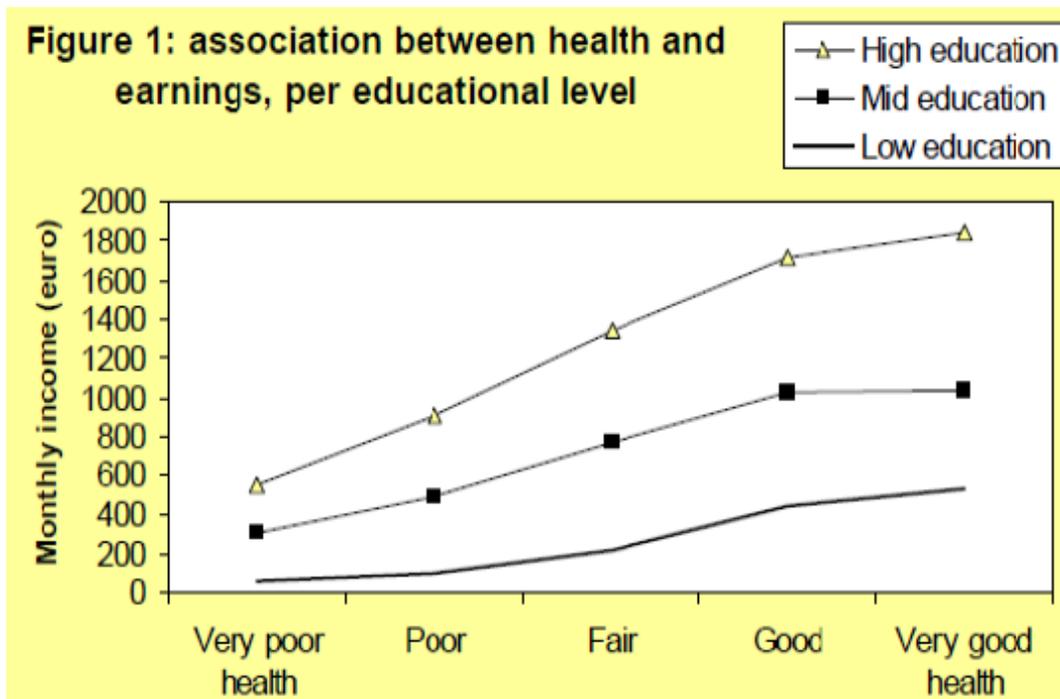
La Commissione, nel 2007, ha poi condotto un'indagine pilota con il principale obiettivo di attribuire un valore monetario alle disuguaglianze sanitarie della popolazione dell'Unione Europea e di quantificare i costi economici dovuti alla perdita di salute delle fasce sociali più svantaggiate.

Questo lavoro, i cui risultati sono stati pubblicati nel report "Economic implications of socioeconomic inequalities in health in the European Union" [Mackenbach, Meerding et Kunst 2007], si identifica come un primo tentativo di far luce sul legame tra salute pubblica, disuguaglianze sociali ed efficienza economica all'interno dell'Unione Europea.

Come mostrato dai dati dell'indagine European Community Household Panel (ECHP), ovvero il Panel Europeo sulle famiglie, le persone con basso livello di istruzione, occupazione e/o reddito, tendono a manifestare sistematicamente tassi di morbilità e mortalità più elevati del resto della popolazione. L'istruzione è stata, dunque, utilizzata come indicatore chiave della posizione socioeconomica.

Nel grafico che segue, tratto dal report, si possono osservare notevoli differenze di reddito a seconda dello stato di salute: persone con una salute "buona" e "molto buona" tendono a guadagnare quattro volte di più rispetto a individui che non godono di buona salute. Inoltre, la salute ha un impatto maggiore sul reddito personale dei più istruiti e questo è dovuto all'associazione esistente tra reddito e istruzione.

Figura 14 Associazione tra salute e guadagni, per livello d'istruzione



Fonte: Mackenbach, Meerding et Kunst, 2007

Dallo studio è emerso che il numero di decessi attribuito a disuguaglianze sanitarie nell'Unione Europea (UE a 25 Stati membri) nel suo complesso è di 707 mila l'anno e l'equivalente numero di anni di vita persi ammonta a 11,4 milioni.

Le disuguaglianze in salute influiscono anche sull'aspettativa di vita media di donne e uomini diminuendola di 1,84 anni. La cifra sale a 5,14 anni se si considera l'aspettativa di vita media in "buona salute".

Lo studio ha calcolato inoltre che, se il valore di una vita salvata è valutato in circa 862.500 euro, l'abbattimento della mortalità, dovuta alle disuguaglianze in salute, comporterebbe un risparmio di 610 miliardi di euro.

L'ammontare dei costi totali dovuti alle disuguaglianze in salute è stato ricavato dalla combinazione dei dati relativi a mortalità e morbilità, e si avvicina ai 980 miliardi di euro, ovvero il 9,38% del PIL dell'Unione Europea a 25 Stati membri.

In altre parole, la perdita di salute dovuta alle disuguaglianze socioeconomiche rappresenta il 15% dei costi dei sistemi di sicurezza sociale e il 20% dei costi dei sistemi di assistenza sanitaria dell'Unione Europea nel suo complesso.

Pertanto, se l'Unione Europea riuscisse a ridurre le disuguaglianze sanitarie di almeno un 10%, i benefici economici ammonterebbero a 14 miliardi di euro se si considera la salute come un "bene d'investimento", e a 70 miliardi se la si vede come un "bene di consumo"; in riferimento alla riduzione dei costi di assistenza sanitaria e di sicurezza sociale si potrebbe, invece, puntare ad un risparmio, rispettivamente, di 18 e 6 miliardi di euro.

Molti dei fattori di rischio per la salute, tra cui le condizioni di vita e di lavoro sfavorevoli, i fattori psicosociali e i comportamenti pericolosi, sono più frequenti nelle fasce di popolazione meno abbienti.

Ciò suggerisce che le disuguaglianze socio-economiche in materia di salute possano essere ridotte migliorando le condizioni di vita delle persone con livelli inferiori di istruzione, occupazione o reddito.

Poiché le disparità richiedono spese e prestazioni sanitarie elevate e riducono la produttività economica diminuendo il livello di partecipazione al lavoro, gli investimenti sul capitale umano sono oggi considerati necessari per rendere l'Unione Europea sempre più competitiva sul piano mondiale, e di conseguenza, le spese nel settore sanitario non sono ritenute soltanto un costo per la società, ma anche un'opportunità di crescita economica.

Il miglioramento della salute pubblica è dunque un elemento chiave per la strategia di crescita dei Paesi Europei e la riduzione degli svantaggi delle fasce più povere rappresenta una delle principali sfide future dell'Unione, che richiede un impegno attivo di numerosi settori della politica, non solo salute pubblica e assistenza sanitaria ma anche istruzione, sicurezza sociale, vita lavorativa, urbanistica.

3. Il ruolo dei sistemi sanitari nel ridurre le disuguaglianze di salute

E' fondamentale chiedersi quale sia il ruolo dei sistemi sanitari nel ridurre le disuguaglianze di salute, tale aspetto è ancora scarsamente analizzato dagli studiosi del settore.

A livello teorico, Macintyre (1967) individua la problematica del ruolo dei servizi sanitari in relazione alle disuguaglianze nella salute, come un *continuum* di orientamenti a partire dalle posizioni che considerano pressoché nulla o molto ridotta l'incisività delle politiche sanitarie sui livelli di morbilità e mortalità fino alle posizioni (prevalenti) di quanti considerano i servizi sanitari quali i principali responsabili della salute pubblica, così

accreditando, la troppo semplicistica equazione che mette in relazione disponibilità e fruizione dei servizi sanitari con il superamento delle disuguaglianze nella salute.

In generale, l'assistenza sanitaria può intervenire in due modi sullo stato di salute dei suoi utenti. In modo diretto, fornendo i percorsi di cura e di alleviamento del dolore strettamente interconnessi alla malattia conclamata, e in modo indiretto, "in quanto l'assistenza sanitaria costituisce una parte essenziale della protezione sociale di una persona: l'insicurezza circa la disponibilità dell'assistenza sanitaria, come quella relativa ad altre componenti del welfare, potrebbe concorrere a perturbare la salute, senza che però si possa parlare di un effetto diretto dell'assistenza sanitaria sulla salute" [Costa, Cardano, Demaria 1998, p.43].

In entrambi i casi, l'azione dell'assistenza sanitaria risulta essere al contempo parziale, poiché concausale, eppure importante proprio in funzione della sua stessa concausalità. I sistemi sanitari possono dunque rappresentare una piattaforma valida per promuovere l'equità, o all'opposto, possono alimentare e rafforzare le disuguaglianze. Quest'ultimo caso vede variare la disponibilità di servizi sanitari di qualità in modo inversamente proporzionale alle necessità e ai bisogni della popolazione servita.

Si discute molto sul ruolo dei servizi sanitari nel determinare la salute di una popolazione. In un tempo in cui le disuguaglianze nella salute tendono ad ampliarsi sia tra diverse aree del mondo che tra diverse classi sociali, i servizi sanitari dovrebbero offrire maggiori servizi agli individui e alle popolazioni maggiormente danneggiate dalle condizioni sociali ed economiche di vita e di lavoro. "Per essere equo, un sistema sanitario dovrebbe essere fortemente diseguale, favorendo i gruppi di popolazione più deboli" [Perucci 2004].

Purtroppo, invece, la disponibilità di servizi sanitari di qualità varia inversamente con il bisogno di essi nella popolazione servita.

I sistemi sanitari possono alimentare e rafforzare le disuguaglianze all'interno di una società o, all'opposto, rappresentare la piattaforma per combattere apertamente la povertà e promuovere l'equità. In ogni società l'assistenza sanitaria possiede una considerevole valenza etica poiché le modalità con cui le istituzioni sanitarie trattano la parte più vulnerabile della popolazione rappresentano un indice di come la società vede se stessa.

Un sistema sanitario che emargina alcune categorie di persone porta a legittimare l'esclusione sociale e accettare l'inevitabilità delle disuguaglianze (esemplificativo il modello americano). Analogamente servizi sanitari costosi e diseguali impoveriscono coloro che dispongono di basso reddito rafforzando le disuguaglianze sociali.

Le disuguaglianze nella salute sono quindi una sfida per tutte le tipologie di sistemi sanitari, come ha anche dimostrato la relazione della Commissione sui Determinanti Sociali dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, ed esposto nel primo capitolo di questo lavoro.

Per sistema sanitario intendiamo, nella sua versione più omnicomprensiva del termine, l'insieme dei dispositivi pubblici e privati in un paese che consente di assicurare i servizi al fine di garantire gli obiettivi generali di salute della popolazione stessa.

In generale, nella maggior parte dei paesi occidentali, gli obiettivi dei sistemi sanitari sono definiti a livello ministeriale ed identificano la riduzione delle disuguaglianze di salute come priorità del loro sistema sanitario, in parallelo con l'obiettivo di aumentare la salute della popolazione.

Il contributo del sistema sanitario sulle disuguaglianze di salute è stato riconosciuto solo negli ultimi anni. Disponibilità (infrastrutture, attrezzature e operatori sanitari), accesso e qualità dei servizi sanitari sono fattori chiave che determinano disuguaglianze di salute che influenzano esse stesse la probabilità di superare la morbilità e la mortalità. Stabilendo i costi che devono essere pagati direttamente dai cittadini "out of the pocket", il sistema sanitario tende a creare anch'esso un gradiente sociale della salute. Le persone con basso reddito sono spesso non in grado di gestire tali costi.

Inoltre, i sistemi sanitari possono rispondere diversamente alla stessa malattia secondo le differenti caratteristiche sociali dei pazienti, considerando anche l'aspetto territoriale dei servizi sanitari.

I servizi sanitari devono essere concepiti in modo tale da garantire la fornitura di un trattamento omogeneo e senza discriminazioni, ad ogni paziente. Quando il sistema sanitario parla di promozione di sani stili di vita, l'informazione deve essere consegnata a tutti i cittadini e non solo ai cittadini che hanno già l'accesso alla conoscenza e alle risorse, che sottolineano l'importanza di vivere in modo sano.

La crisi attuale è la peggiore recessione economica dalla Seconda Guerra Mondiale e ha avuto un impatto devastante sulla vita delle persone. In reazione a questa crisi senza precedenti, sono stati applicati in tutta Europa, dal 2010, piani di austerità che coprono tutti i tipi di politiche.

Mentre la salute delle persone è chiaramente influenzata dalla crisi economica, la maggior parte dei sistemi sanitari non sono stati capaci di controbilanciare questi affetti. In diversi paesi, la spesa pubblica per la sanità diminuisce drasticamente perché la quota dedicata alla salute viene anch'essa ridotto in tempi di crisi.

Di conseguenza, gli investimenti di capitale sono spesso rinviati o passati ad altri settori; inoltre, i tagli osservati nel personale sanitario, si traducono in minore qualità dell'assistenza sanitaria e di servizi. Invece di controbilanciare l'impatto della crisi ai cittadini, numerose autorità pubbliche tendono a mettere ulteriore pressione su di loro.

Il generale, l'impatto sulla salute delle persone diventerà evidente solo una volta che saranno raccolti dati sufficienti; tuttavia, rimane chiaro che questa crisi ha avuto la tendenza a ingrandire il fenomeno delle disuguaglianze di salute piuttosto che ampliare il focus sulla loro prevenzione.

Capitolo IV La metodologia della ricerca

In letteratura [Boudon 1969; Smelser 1976; Corbetta 1999; Pisati 2003] si distinguono due tipologie di metodologia della ricerca sociale: una di tipo descrittivo e una ricerca esplicativa, a seconda delle finalità che si vogliono perseguire.

Come sostiene De Lillo (2011), la distinzione ha certamente un suo fondamento ma la terminologia è fuorviante, si può essere, infatti, portati a pensare che la ricerca descrittiva abbia un carattere di oggettività e descriva la realtà. Nella pratica concreta della ricerca sociale non si raggiungono mai certezze definite, le conclusioni alle quali si giunge sono sempre provvisorie, in quanto possono essere non solo integrate dalle successive ma anche spesso smentite.

Una tecnica spesso usata nelle scienze sociali consiste nel valutare se due fenomeni variano assieme ovvero uno spieghi l'altro, oppure se uno dei due produca o influenzi l'altro.

La presenza di un legame tra due variabili, seppur accertato statisticamente, può essere privo di un significato sostantivo, in questo caso si parla di "relazione spuria" ossia di due fenomeni che sono apparentemente collegati tra loro solo per via di un terzo elemento che li influenzi entrambi. Si tratta di un fenomeno che si presenta frequentemente nella ricerca sociale ed è proprio il compito e il ruolo del ricercatore definire se si tratti di un legame causale oppure se via sia altro da esaminare ed indagare.

Un ulteriore elemento fondamentale nell'impostazione di una indagine sociologica è il tema della rilevanza sia interna che esterna. In base al

criterio di rilevanza interna si approfondiscono questioni teoriche già definite, allo scopo principale di mettere in luce nuovi nessi tra fenomeni di ricerche precedenti o rispondere a domande di ricerca ancora senza risposta. Per quanto concerne la rilevanza esterna, il criterio da adottare è l'importanza che le domande del ricercatore hanno per la comunità.

Per tale ragione, prima di iniziare una ricerca occorre disporre di un quadro interpretativo della realtà che si vuole indagare, in modo da essere in grado di stabilire criteri di selezione, formulare ipotesi e costruire un sistema di rapporti tra i diversi elementi oggetto di studio.

Come ricorda Bailey (2006), la ricerca sociale si occupa di raccogliere e interpretare i dati allo scopo di rispondere a domande che riguardano i diversi aspetti della società, permettendoci così di comprenderla, sia nella sua forma più generale ed astratta, sia nelle sue manifestazioni concrete.

1. I paradigmi di ricerca sociale

La riflessione sul come raggiungere spiegazioni valide è legata alla scelta del paradigma di riferimento per studiare la realtà. Senza un paradigma, una scienza non ha orientamenti né criteri di scelta, perché tutti i criteri, i problemi e le tecniche diventano ugualmente rilevanti. Il paradigma è una guida e fornisce agli scienziati un modello e le indicazioni per costruirlo.

Con il paradigma, lo scienziato acquisisce contemporaneamente teorie, metodi e criteri. Il paradigma può essere considerato come una visione del mondo, una finestra mentale, una griglia di lettura che precede l'elaborazione teorica.

Il termine paradigma, già utilizzato da Platone (modello) e da Aristotele (esempio), fu riproposto nel 1962 da Thomas Kuhn, nell'opera "La struttura delle rivoluzioni scientifiche", in cui rifiuta la concezione

tradizionale della scienza come accumulazione progressiva di nuove scoperte, affermando invece che, in certi momenti (detti rivoluzionari), si interrompe il rapporto di continuità con il passato e si inizia un nuovo corso, in modo non completamente razionale.

“Si tratta di un elemento arbitrario composto di accidentalità storiche e personali, sempre presente come elemento costitutivo nelle convinzioni manifestate da una data comunità scientifica in un dato momento” [Kuhn 1962]. Il passaggio da una teoria a un'altra, è così globale e ha tali conseguenze, che Kuhn lo chiama rivoluzione scientifica. C'è un cambiamento dei problemi da proporre all'indagine scientifica e dei criteri con cui si stabilisce cosa si considera come un problema ammissibile, cambia anche la struttura concettuale attraverso cui gli scienziati guardano il mondo (paradigma).

Questa nozione di paradigma è difficile da applicare alle scienze sociali in quanto nella storia della sociologia è difficile individuare un paradigma predominante, condiviso da tutti i sociologi. La difficoltà deriva, in primo luogo, dall'oggetto di studio, la realtà sociale, per sua natura complessa e multidimensionale, ed in secondo luogo dal fatto che il ricercatore è parte integrante del suo oggetto di studio.

Quest'ultimo elemento ha caratterizzato il dibattito sul metodo in sociologia in particolare, perché le differenti posizioni paradigmatiche hanno conseguenze: sui tipi di fenomeni da descrivere e da interpretare, sul ruolo del ricercatore e sul tipo di metodo da adottare.

Da un punto di vista storico, possiamo individuare due paradigmi fondamentali che hanno indirizzato la ricerca sociale: il positivismo e l'interpretativismo.

La profonda differenza tra i due paradigmi emerge dalle risposte che essi danno alle domande principali a cui si trova di fronte la scienza sociale: la realtà (sociale) esiste (ontologia)? È conoscibile (epistemologia)? Come può essere conosciuta (metodologia)?

Il paradigma positivista (il primo ad essere utilizzato nelle scienze sociali) studia la realtà sociale utilizzando gli apparati concettuali, le tecniche di osservazione e misurazione, gli strumenti di analisi matematica e i procedimenti di inferenza delle scienze naturali. Il primo vero sociologo positivista è Durkheim, la cui teoria impone di trattare i fatti sociali come cose effettivamente esistenti al di fuori delle coscienze individuali e studiabili oggettivamente.

Dal punto vista epistemologico, esso si basa sul dualismo tra ricercatore e oggetto di studio (che non si influenzano a vicenda in nessun modo), presume di ottenere risultati veri e certi, il suo obiettivo è quello di spiegare e di formulare leggi naturali e generali immutabili.

La metodologia positivista prevede quindi esperimenti e manipolazioni della realtà, con osservazioni e distacco tra l'osservatore e l'osservato; il suo modo di procedere è prevalentemente induttivo (dal particolare al generale). Le tecniche utilizzate sono quantitative (esperimenti, statistica) e si utilizzano le variabili.

L'interpretativismo, che vede in Weber il suo esponente principale, non si propone di spiegare la realtà bensì di comprenderla; in questo modo si pone all'opposto del positivismo per quanto riguarda i punti principali del paradigma.

L'epistemologia prevede una separazione tra studioso e oggetto dello studio, la ricerca sociale è vista come una scienza interpretativa alla ricerca di significato piuttosto che una scienza sperimentale in cerca di leggi. Nel perseguire il suo scopo (che è quello della comprensione del comportamento individuale), la ricerca sociale può servirsi di astrazioni e generalizzazioni: i tipi ideali e gli enunciati di possibilità.

La metodologia dell'interpretativismo prevede l'interazione tra studioso e studiato, perché solo in questo modo è possibile comprendere il significato attribuito dal soggetto alla propria azione. Le tecniche sono

quindi qualitative e soggettive e il metodo usato è quello dell'induzione (dal particolare al generale).

Nei due approcci è fondamentalmente diverso il rapporto instaurato tra teoria e ricerca.

Nel caso della ricerca quantitativa positivista, il rapporto è strutturato in fasi logicamente sequenziali, secondo un'impostazione sostanzialmente deduttiva (la teoria precede l'osservazione), che si muove nel contesto della giustificazione, cioè di sostegno, tramite i dati empirici, della teoria precedentemente formulata sulla base della letteratura.

Nel caso della ricerca qualitativa interpretativista, elaborazione teorica e ricerca empirica procedono intrecciate, in quanto il ricercatore vede nella formulazione iniziale di una teoria una possibile condizionamento che potrebbe inibirgli la capacità di comprendere il soggetto studiato. In questo modo la letteratura ha una minore importanza.

Anche i concetti sono usati in modo diverso dai due approcci. I concetti sono gli elementi costitutivi della teoria, e tramite la loro operativizzazione (trasformazione in variabili empiricamente osservabili) permettono alla teoria di essere sottoposta a controllo empirico.

Nell'approccio positivista la chiarificazione dei concetti e la loro operativizzazione in variabili, avvengono prima ancora di iniziare la ricerca. Questo metodo, se da un lato offre il vantaggio di poter rilevare empiricamente il concetto, dall'altro comporta anche lo svantaggio di una forte riduzione e impoverimento del concetto stesso, con il rischio ulteriore che la variabile sostituisca il concetto (reificazione).

Un ricercatore qualitativo avrebbe invece utilizzato il concetto come orientativo (*sensitizing concept*), che predispone alla percezione, ancora da definire non solo in termini operativi, ma anche teorici, nel corso della ricerca stessa. I concetti diventano, quindi, una guida di avvicinamento alla realtà empirica, non riduzioni della realtà stessa in variabili astratte.

Per quanto riguarda il rapporto generale con l'ambiente studiato, l'approccio neopositivista non ritiene che la reattività del soggetto possa rappresentare un ostacolo di base, e crede che un certo grado di manipolazione controllata sia ammissibile. La ricerca qualitativa si basa sull'approccio naturalistico, vale a dire che il ricercatore non manipola in alcun modo la realtà in esame. I due modi di fare ricerca trovano illustrazioni tipiche e opposte nelle tecniche dell'esperimento e dell'osservazione partecipante.

Se passiamo alla specifica interazione psicologica con i singoli soggetti studiati, il ricercatore quantitativo assume un punto di vista esterno al soggetto studiato, in modo neutro e distaccato; inoltre studia solo ciò che egli ritiene importante. Il ricercatore qualitativo invece si immerge il più completamente possibile nella realtà del soggetto e quindi tende a sviluppare con i soggetti una relazione di immedesimazione empatica.

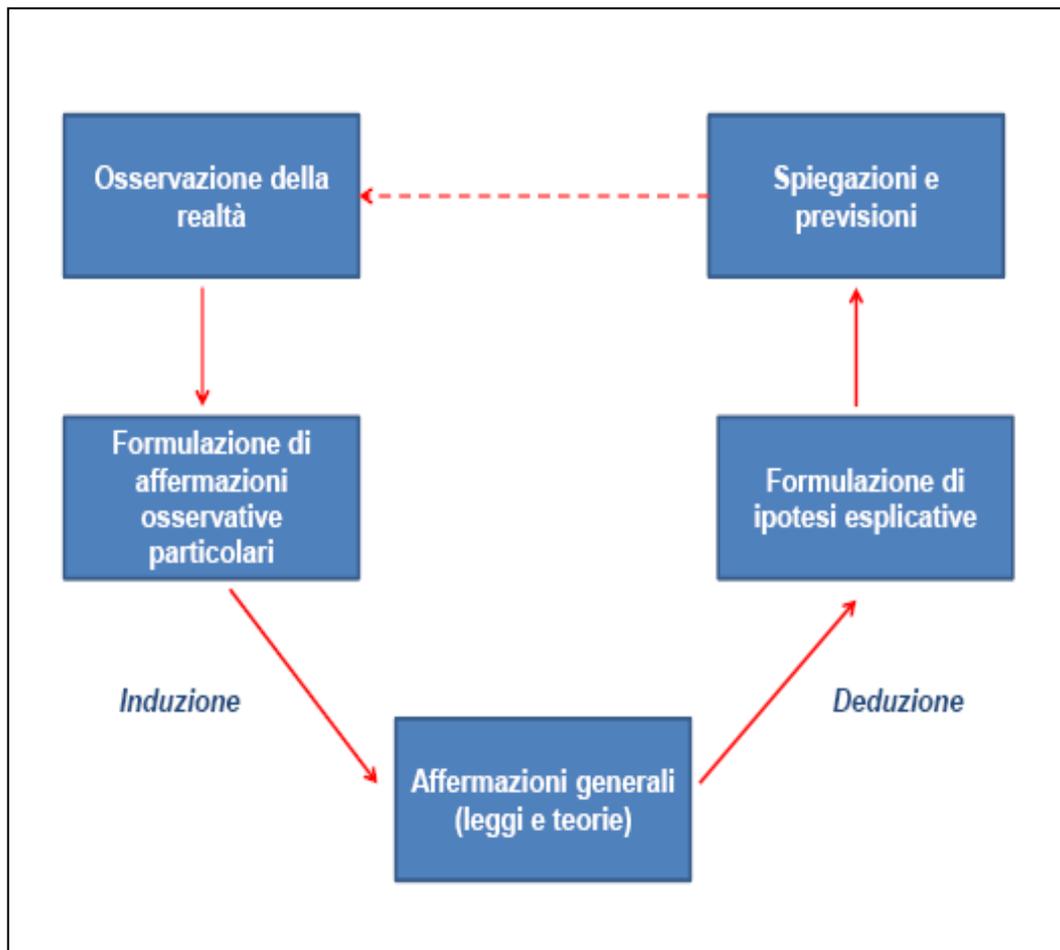
Anche l'interazione fisica con i singoli soggetti studiati è differente per i due approcci. La ricerca quantitativa spesso non prevede alcun contatto fisico tra studioso e studiato, mentre nella ricerca qualitativa il contatto fisico è una precondizione essenziale per la comprensione.

Il soggetto studiato, quindi, risulta passivo nella ricerca quantitativa, mentre ha un ruolo attivo nella ricerca qualitativa.

2. Caratteristiche della ricerca quantitativa

La ricerca di tipo quantitativo, che come vedremo è la scelta adottata per questo lavoro, fonda le sue radici nel paradigma analitico positivista caratterizzato da un percorso di analisi molto strutturato, in cui una serie di fasi si susseguono l'una all'altra in una sequenza ben definita [Boudon 1969; Corbetta 1999; Pisati 2003].

Figura 15 Procedimento induttivo – deduttivo



Fonte: Nostra elaborazione da: De Lillo A., Arosio L., Sarti S., Terraneo M., Zoboli S. (2011), *Metodi e tecniche della ricerca sociale*, Pearson, Roma.

I momenti dell'osservazione, della descrizione e della spiegazione sono tra loro legati, costituendo il procedimento induttivo – deduttivo alla base del lavoro del ricercatore sociale, in quanto gli permettono di:

- descrivere la realtà sociale;
- formulare ipotesi sul suo funzionamento;
- controllare le ipotesi;
- trarre delle conclusioni generali;

- elaborare previsioni sulle possibili manifestazioni future dei fenomeni che si stanno analizzando.

Nella fase induttiva si procede da affermazioni particolari basate sull'osservazione della realtà ad affermazioni generali; è un processo condotto dall'esperienza.

Nel momento deduttivo, invece, a partire dalle teorie generali si traggono conclusioni di carattere particolare basandosi su un processo logico.

Questo è un percorso circolare di passaggio dal particolare al generale e viceversa, volto a comprendere meglio la realtà sociale.

Secondo la ricerca quantitativa la realtà sociale e quindi l'oggetto di studio, può essere analizzata solo attraverso un'osservazione distaccata e con un percorso di studio definito a priori, prima di iniziare la ricerca solo dopo una approfondita conoscenza degli studi già condotti sull'argomento che costituiscono il quadro teorico di riferimento.

La ricerca scientifica è un processo creativo di scoperta, che si sviluppa secondo un itinerario prefissato e secondo procedure prestabilite, che si sono consolidate all'interno della comunità scientifica.

Esiste un percorso "tipico" della ricerca sociale che parte dalla teoria, attraversa le fasi di raccolta e analisi dei dati, e ritorna alla teoria.

Più precisamente, si possono individuare cinque fasi e cinque processi che le legano:

1. teoria;
2. ipotesi, legate tra di loro attraverso il processo della deduzione. La teoria è generale mentre l'ipotesi ne rappresenta un'articolazione specifica.
3. raccolta dei dati, a cui si arriva attraverso il processo di operativizzazione, cioè la trasformazione delle ipotesi in affermazioni empiricamente osservabili. L'operativizzazione porta alla definizione del disegno della ricerca, cioè di un piano di lavoro che stabilisce le varie fasi dell'osservazione empirica;
4. analisi dei dati, preceduta dall'organizzazione dei dati rilevati;
5. rappresentazione dei risultati, a cui si arriva tramite un processo di interpretazione delle analisi statistiche condotte nella fase precedente.

Infine il ricercatore ritorna alla teoria iniziale tramite un processo di induzione, che confronta i risultati ottenuti con la teoria precedente.

3. Ricerca quantitativa: la traduzione empirica della teoria

Per elaborare un'ipotesi si parte da una teoria, cioè un insieme di preposizioni tra loro organicamente collegate che si pongono a un elevato livello di astrazione e generalizzazione rispetto alla realtà empirica, le quali sono derivate da regolarità empiriche e dalle quali possono essere derivate delle previsioni empiriche [Corbetta 1992; Boudon 1969].

Una teoria deve essere organizzata in ipotesi specifiche. L'ipotesi implica una relazione tra due o più concetti e ne permette una traduzione in termini empiricamente controllabili.

La validità di una teoria dipende dalla sua traduzione in ipotesi empiricamente verificabili. Il criterio della controllabilità empirica è lo stesso della scientificità.

Talvolta la pratica della ricerca si sviluppa con ordini diversi rispetto a quello tradizionali; è possibile, infatti, che le ipotesi vengano sviluppate dopo aver raccolto i dati, e con questi confrontate a posteriori. Oppure si ricorre alla teoria dopo aver analizzato i dati, per spiegare un fatto anomalo o un risultato inaspettato.

Infine, una nuova teoria può essere scoperta nel corso della fase empirica. Talora la rilevazione viene prima delle ipotesi per ragioni di forza maggiore, nel caso dell'analisi secondaria, quando cioè si applica una seconda analisi a dati raccolti da altri ricercatori in tempi precedenti.

Una volta definiti i concetti che costituiscono il legame tra la teoria e il mondo empirico osservabile, il ricercatore deve passare dai concetti astratti alla loro applicazione come proprietà degli specifici oggetti studiati, le cosiddette unità di analisi e le sue proprietà: le variabili a cui sono assegnati valori diversi.

Le unità di analisi devono essere determinate con precisione nel momento in cui si vuole sottoporre a controllo empirico una teoria mediante una specifica ricerca di tipo quantitativo, poiché sono un elemento importante del disegno della ricerca. Le unità di analisi possono essere concretamente rappresentate dall'individuo, dall'aggregato di soggetti, dal gruppo-organizzazione-istituzione, dagli eventi sociali [Corbetta 1992; Boudon 1969].

L'unità di analisi è singolare ed astratta, mentre chiamiamo casi gli esemplari specifici di quella data unità di analisi che vengono studiati, sui quali si rilevano i dati. Essi sono gli oggetti specifici della ricerca empirica.

Una variabile è un concetto operativizzato, o meglio la proprietà operativizzata di un oggetto. Le variabili possono essere classificate secondo la loro manipolabilità, la posizione nella relazione causa/effetto, l'osservabilità, il carattere individuale o collettivo e il trattamento dei loro valori.

Le variabili manipolabili sono quelle che possono essere modificate dal ricercatore, viceversa quelle non manipolabili non possono essere controllate. La maggior parte delle variabili sociali non sono manipolabili, anche se esistono dei casi in cui il ricercatore può controllarle.

Esistono poi variabili dipendenti e indipendenti, in una relazione asimmetrica tra due variabili, quando cioè una variabile influenza un'altra, la variabile indipendente è ciò che influenza (la causa), mentre la variabile dipendente è ciò che è influenzato (l'effetto). Nel caso in cui le variabili indipendenti siano più di una, abbiamo una relazione multivariata.

Le variabili sono assolutamente fondamentali nella ricerca empirica, anche se ogni definizione operativa è lasciata all'arbitrio del ricercatore, che deve solo rendere comprensibile e giustificare le sue scelte.

Nelle scienze sociali esistono concetti che hanno un elevato grado di generalità e si pongono lontani dall'esperienza. Per poterli definire in modo empiricamente controllabile è necessario darne una definizione operativa (tradurli in termini osservativi) tramite gli indicatori.

Gli indicatori sono concetti più semplici, traducibili in termini osservativi, che sono legati ai concetti generali da un rapporto d'indicazione, o rappresentanza semantica. Gli indicatori sono quindi ancora dei concetti, ma più facilmente operativizzabili. Tuttavia il rapporto tra concetto e indicatore è parziale: da una parte un concetto generale non può essere esaurito da un solo indicatore specifico, dall'altra un indicatore può sovrapporsi solo parzialmente al concetto per il quale è stato scelto, e dipendere per il resto da un altro concetto, anche profondamente diverso.

Inoltre, la scelta di un indicatore è lasciata unicamente all'arbitrio del ricercatore, il cui unico obbligo è di argomentare la sua scelta, non di dimostrarne la correttezza [Corbetta 1999; Pisati 2003].

La rilevazione empirica di un concetto non direttamente osservabile passa attraverso quattro fasi: l'articolazione del concetto in dimensioni (i diversi aspetti e significati del concetto), la scelta degli indicatori, la loro operativizzazione, la formazione degli indici. L'indice è la sintesi globale della pluralità delle variabili che sono state prodotte dai diversi indicatori [Corbetta 1992; Boudon 1969].

L'errore di rilevazione rappresenta lo scarto tra il concetto teorico e la variabile empirica. L'errore di rilevazione viene di solito suddiviso in errore sistematico ed errore accidentale.

L'errore sistematico è un errore costante, che si presenta in tutti i singoli casi di rilevazione e tende a sovrastimare o sottostimare il valore vero. L'errore accidentale è invece un errore variabile, che varia da rilevazione a rilevazione, per cui si tratta di un'oscillazione che, ripetuta su tutti i soggetti, tende a zero.

L'errore sistematico è la parte di errore comune a tutte le applicazioni di una determinata rilevazione; l'errore accidentale è la parte di errore specifica di ogni singola rilevazione.

Gli errori possono verificarsi sia nella fase teorica o d'indicazione (in cui si scelgono gli indicatori), che in quella empirica o di operativizzazione (in cui si rilevano gli indicatori stessi).

L'errore nella fase d'indicazione è sempre sistematico, perché l'indicatore non è del tutto adatto al concetto e quindi si ha un difetto nel rapporto di indicazione.

L'errore nella fase di operativizzazione può esser sia sistematico sia accidentale, in quanto esistono tre fasi nell'operativizzazione (selezione

delle unità studiate, rilevazione dei dati o osservazione e trattamento dei dati), in ognuna delle quali si possono compiere degli errori.

Gli errori di selezione sono quelli dovuti al fatto che si operi solo su un campione di soggetti e non sull'intera popolazione. Essi sono: l'errore di copertura (dovuto al fatto che la lista della popolazione da cui si estrae il campione non è completa), l'errore di campionamento (il fatto di condurre la ricerca su una frazione della popolazione) e l'errore di non risposta (quando i soggetti del campione non possono o non vogliono rispondere).

Gli errori di osservazione possono essere addebitati a quattro fonti: errori dovuti all'intervistatore, errori dovuti all'intervistato, errori dovuti allo strumento ed errori dovuti al modo di somministrazione.

L'unico errore quantificabile è quello di campionamento, per questo spesso viene riportato come errore globale della rilevazione.

L'attendibilità ha a che fare con la riproducibilità del risultato, e segnala il grado con il quale una certa procedura di traduzione di un concetto in variabile produce gli stessi risultati in prove ripetute con lo stesso strumento di rilevazione (stabilità) oppure con strumenti equivalenti (equivalenza).

La validità fa invece riferimento al grado con il quale una certa procedura di traduzione di un concetto in variabile effettivamente rileva il concetto che si intende rilevare.

Per determinare l'attendibilità si utilizza il concetto di equivalenza, dove l'attendibilità è misurata attraverso la correlazione tra due procedure diverse ma molto simili tra loro. Questa tecnica è però utile solo nel caso in cui la procedura di operativizzazione consista in una batteria di domande.

La validità invece è meno facilmente controllabile, in quanto l'errore di validità in genere nasce dall'errore di indicazione.

Per determinare la validità di un indicatore si utilizzano due procedure di convalida: la validità di contenuto e la validità per criterio.

La validità di contenuto indica il fatto che l'indicatore prescelto per un concetto copre effettivamente l'intero dominio di significato del concetto; una convalida di questo tipo può avvenire soltanto su un piano puramente logico. La validità per criterio consiste nella corrispondenza tra l'indicatore e un criterio esterno che per qualche motivo si ritiene correlato con il concetto.

Questo criterio può essere rappresentato da un altro indicatore già accettato come valido oppure da un fatto oggettivo. La validità per criterio è stata distinta in validità predittiva (quando si correla il dato dell'indicatore con un evento successivo ad esso connesso), in validità concomitante (quando l'indicatore è correlato con un altro indicatore rilevato nello stesso momento) e in validità per gruppi noti (quando l'indicatore viene applicato a soggetti dei quali sia nota la posizione sulla proprietà da rilevare).

Esiste infine anche la validità di costrutto, che consiste nella rispondenza di un indicatore alle attese teoriche in termini di relazioni con altre variabili.

4. Il processo di ricerca quantitativo: le fasi operative

Per comprendere i diversi momenti di cui si compone il processo di ricerca quantitativo bisogna soffermarsi sul ruolo del ricercatore sociale e sulle decisioni che deve prendere lungo il percorso di ricerca e che avranno un impatto sui risultati finali dell'indagine che si sta conducendo.

Come già ricordato in precedenza [Boudon 1969; Smelser 1976; Corbetta 1999; De Lillo 2011] la ricerca sociale è un'attività articolata che si sviluppa lungo un percorso ben strutturato e che richiede numerose scelte da parte del ricercatore.

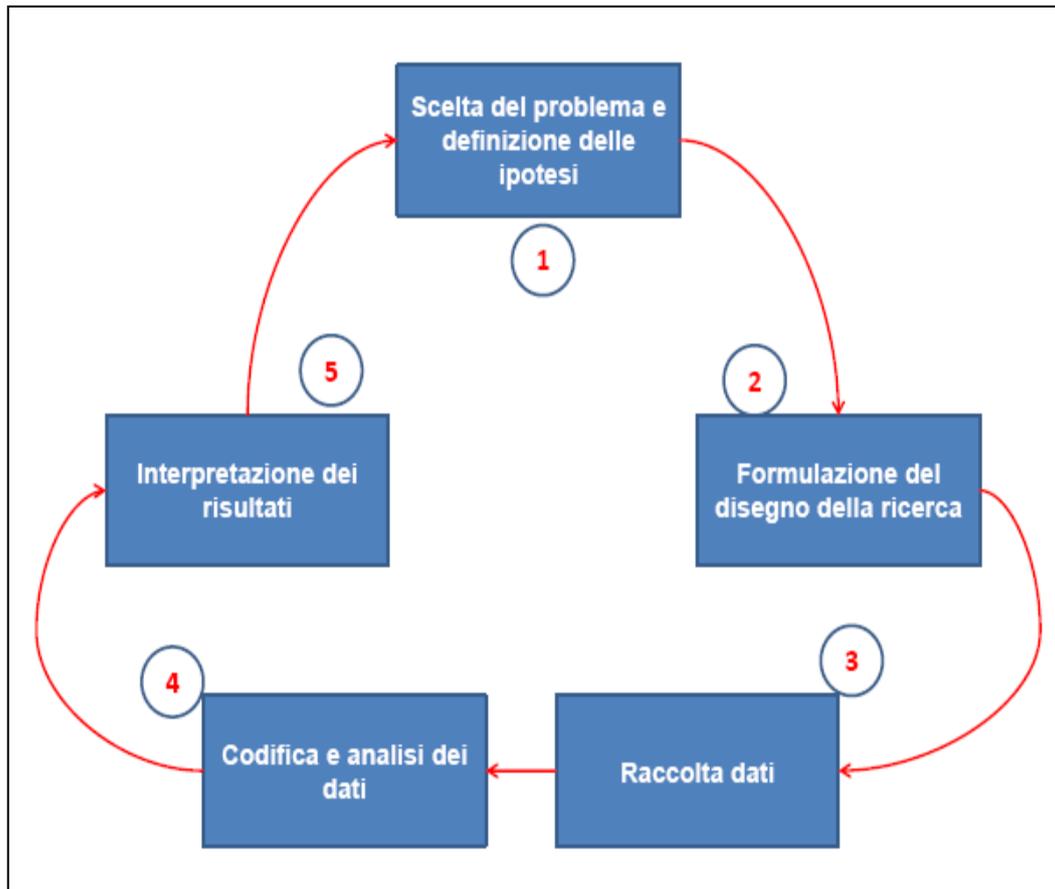
In relazione agli interrogativi, all'oggetto della ricerca e al background teorico di riferimento, i metodi e le procedure possono essere differenti tra loro sebbene sia riconosciuto scientificamente [Boudon 1969; Smelser 1976; Corbetta 1999; De Lillo 2011] che alcune fasi sono comuni a tutti i percorsi di ricerca quantitativa.

Corbetta (1999) caratterizza nei seguenti termini le caratteristiche strutturali delle fasi della ricerca empirica: *“la ricerca scientifica è un processo creativo di scoperta che si sviluppa secondo un itinerario prefissato e secondo procedure prestabilite che si sono consolidate all'interno della comunità scientifica”*. L'attributo “creativo” è importante in questa definizione, ed evoca le capacità personali del ricercatore, la sua perspicacia ed intelligenza intuitiva, l'episodio dell'illuminazione improvvisa.

Possiamo quindi affermare che, la ricerca sociale si misura con ambiti oggettuali diversi e impiega tecniche di rilevazione e di analisi differenti a seconda dei paradigmi (il background teorico sottostante alla stessa ricerca) adottati dal ricercatore.

Tuttavia, ogni ricerca, oltre ad avere come obiettivo far avanzare la conoscenza della società, ha in comune le fasi della loro conduzione. Il ricercatore che si prepara ad affrontare una ricerca empirica si trova davanti un percorso il cui iter può essere schematizzato in un modello ideale costituito da cinque fasi:

1. definizione del problema, della prospettiva teorica e delle ipotesi;
2. formulazione del disegno di ricerca;
3. raccolta dei dati;
4. codifica e l'analisi dei dati;
5. interpretazione finale dei risultati, stesura del rapporto scritto ed eventuale pubblicazione.

Figura 16 Le fasi della ricerca sociale

Fonte: Nostra elaborazione da: Corbetta, op. cit., 1999.

La sequenza di queste fasi della scoperta scientifica - maggiormente formalizzata nelle ricerche quantitative - presenta due caratteristiche che restituiscono flessibilità al disegno della ricerca:

- a) la circolarità: ogni fase risulta interdipendente e collegata alle altre secondo un movimento circolare o a spirale senza fine, in cui il raggiungimento dei risultati non significa necessariamente la fine

dello studio, in quanto ogni ricerca può portare alla riformulazione della ipotesi iniziale;

- b) la ripetizione: quando la ricerca raggiunge i risultati attesi, si consiglia di ripetere lo studio per controllare la loro non accidentalità, anche se spesso il ricercatore preferisce non condurre una replica uguale della ricerca svolta in precedenza, ma apporre sempre qualche piccolo cambiamento.

Alcuni autori [Hyman 1967; Bailey 1991] sottolineano la circolarità del processo di ricerca; infatti, se da un lato è evidente che ogni fase influenza in modo anche irreversibile le successive, d'altro lato è possibile, e spesso accade, che i risultati di una fase possano indurre a modificare la precedente.

Ciò conduce ad una seconda notazione relativa al fatto che l'immagine della ricerca, come processo lineare che si sviluppa attraverso tappe ben definite, dall'iniziale definizione del problema al commento finale dei risultati raggiunti, costituisce un modello astratto da cui la concreta attività di ricerca quasi sempre si discosta.

Alcune fasi infatti si sovrappongono almeno in parte, altre si svolgono in parallelo, altre ancora generano dei ripensamenti o delle revisioni delle ipotesi iniziali che provocano retroazioni e inducono più d'un percorso circolare all'interno della sequenza descritta all'inizio. Inoltre, molto spesso il ciclo metodologico della ricerca viene ricostruito a posteriori, secondo un modello rigidamente sequenziale, e descritto come se fosse stato progettato fin dall'inizio in questo modo [Fleck, 1983].

La prima fase consiste nel definire su cosa si intende svolgere la propria ricerca, la scelta del problema può avvenire in base ad un interesse del ricercatore o in seguito a stimoli esterni (accademici, istituzionali, commerciali).

Il ruolo della popolazione oggetto della ricerca può risultare rilevante anche sotto il profilo strettamente metodologico, in ragione sia del tipo di strumenti impiegati che del grado di interesse suscitato dal problema.

Una volta definito l'oggetto della ricerca è necessario documentarsi sul tema che si è deciso di affrontare, compiendo un'approfondita rassegna della letteratura esistente sia di tipo teorico che di analisi empiriche già trattate. Si tratta innanzitutto di riportare l'oggetto della ricerca alle riflessioni e ricerche già sviluppate in ambito sociologico; è solo dal confronto fra le intuizioni e le conoscenze iniziali del ricercatore e le acquisizioni maturate da altri studiosi che è possibile pervenire ad una corretta impostazione del problema [Mills1962].

Il ricercatore in questa fase deve indagare anche le basi esistenti, sia nel caso pensi di procedere a un'analisi secondaria, in cui vengono analizzati dati già prodotti, sia che si voglia procedere a una raccolta *ex novo*, al fine di comprendere quali informazioni è possibile rilevare e quali siano le eventuali carenze delle basi dati disponibili rispetto all'obiettivo della ricerca che ci si è posti.

Il fatto che vengano impiegati dati rilevati da altri, magari di carattere ufficiale, non esime da una riflessione critica sulle modalità di raccolta ed elaborazione dei dati, essenziale per una corretta valutazione della loro affidabilità [Zajczyk, 1996].

A partire quindi della letteratura analizzata, si individuano le basi teoriche di riferimento da cui verranno dedotte le ipotesi da sottoporre a controllo empirico.

La deduzioni delle ipotesi è un processo delicato, in quanto è con la loro formulazione che prende vita e forma il successivo percorso di ricerca.

Le ipotesi debbono possedere le seguenti caratteristiche:

- essere abbastanza esplicite da consentire la successiva costruzione degli strumenti di rilevazione empirica;
- essere “aperte” da consentire un eventuale ripensamento nel corso della ricerca;
- essere strutturate in modo da permettere un’agevole analisi ed interpretazione dei dati.

Nel caso delle ricerche che si propongono l’obiettivo di individuare relazioni fra variabili, o di trarne conferma attraverso la rilevazione di dati, la formulazione iniziale delle ipotesi deve anche darsi carico dell’effettiva controllabilità, attraverso tecniche specifiche di ricerca, delle relazioni inizialmente postulate o ricercate. Si può anzi affermare che, tanto più complesse sono le ipotesi iniziali, tanto più chiare debbono essere le loro implicazioni sul piano empirico.

Guidicini (1993) distingue tra ipotesi generali ed operative, sottolineando come dalle prime si debba poter agevolmente passare alle seconde, all’interno di un quadro di riferimento unitario.

Una volta definite le ipotesi si passa alla seconda fase operativa, costituita dalla formulazione del disegno della ricerca sociale.

In questa fase rientrano molte “scelte ragionate”, il ricercatore deve decidere come misurare le variabili contenute nelle sue ipotesi e definire il gruppo di soggetti su cui verificare tali ipotesi, sia come numerosità che come caratteristiche possedute.

E' in questa fase che si decidono le tecniche, di raccolta dei dati, più appropriate per gli obiettivi della ricerca e di conseguenza anche le tecniche di elaborazione dei dati raccolti che si reputano maggiormente adeguato agli scopi dell’analisi.

In questa fase rientrano anche le scelte operative che il ricercatore deve effettuare preliminarmente. Prima di programmare una ricerca,

infatti, è indispensabile definire quali risorse in termini economici (budget) e personali (équipe) si hanno a disposizione.

Se è vero che la bontà di una ricerca empirica non si misura con l'ammontare delle risorse finanziarie a questa destinate, è tuttavia certo che l'ampiezza dei dati di rilevazione diretta di una ricerca è, almeno in parte, correlata al budget di cui questa dispone. Il budget finisce per influenzare l'accuratezza con cui gli strumenti di ricerca verranno predisposti, la qualità degli intervistatori di cui ci si avvarrà, le risorse di tempo e di personale che potranno essere dedicate alla formazione dei rilevatori ed al coordinamento operativo della rilevazione sul campo. Il lavoro in équipe consente di mettere in campo competenze più vaste di quella di pertinenza di un singolo studioso, e favorisce un approccio interdisciplinare assai efficace, quando vengono affrontati argomenti complessi.

In questa fase vengono anche definiti i tempi e le fasi della ricerca stessa, è importante conoscere quanto tempo si ha a disposizione per suddividerlo tra: il reperimento delle fonti, la costruzione dello strumento di rilevazione; l'analisi dei dati e la presentazioni dei risultati.

Una volta definiti i tempi e i compiti del ricercatore, si può procedere nella scelta delle basi dati su cui compiere le elaborazioni (nel caso di analisi secondarie) o nella costruzione dello strumento di rilevazione nel caso si opti per un raccolta ex novo.

La rilevazione dei dati assume carattere ben diverso a seconda che il ricercatore utilizzi dati pre-esistenti alla ricerca (le statistiche ufficiali) ovvero dati costruiti attraverso l'impiego di specifiche tecniche (questionario). Tenendo conto tuttavia del fatto che i dati secondari (cioè pre-esistenti) sono stati in qualche modo costruiti da un altro ricercatore-rilevatore, si può affermare che il processo di costruzione del dato prevede comunque i seguenti passi:

- la predisposizione degli strumenti e la loro sperimentazione sul campo;
- l'individuazione delle fonti ed il campionamento;
- la raccolta vera e propria (l'impatto cioè degli strumenti d'indagine con l'oggetto della ricerca);
- la codifica e registrazione dei dati.

In questa sede descriveremo solo la fase di raccolta dati per le analisi secondarie in quanto oggetto di questo studio.

Come già anticipato, le analisi di dati secondarie utilizzano dati raccolti in precedenza da altri soggetti, archiviati e resi successivamente disponibili in forma micro (a livello di singola unità di analisi); si sfrutta quindi il potenziale informativo contenuto in dati già esistenti e non procedendo all'organizzazione di una propria rilevazione [Boudon 1969; Smelser 1976; Corbetta 1999; De Lillo 2011].

I vantaggi di quest'analisi si possono riassumere in un generale risparmio economico, nella garanzia del rigore della rilevazione stessa e nella possibilità, anche per i ricercatori con poche risorse, di effettuare ricerche di ampio respiro.

Gli svantaggi sono legati alla qualità dei dati, in quanto i dati raccolti nel passato possono non essere stati trattati in modo corretto; altri svantaggi sono la limitazione degli interrogativi e il fatto che possano nascere ricerche a partire dai dati disponibili piuttosto che dalle ipotesi teoriche.

I dati disponibili vengono codificati attraverso software statistici³⁴, affinché si possa procedere con le analisi dei dati per cercare di rispondere agli interrogativi di ricerca.

³⁴ Nelle scienze sociali vengono usati principalmente SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) o Stata.

In questa fase vengono applicate le tecniche selezionate dal metodo di ricerca prescelto. E' prassi condurre, in una prima fase, analisi monovariate in cui ci si concentra su una sola variabile alla volta tra quelle presenti nella matrice dati per poi procedere a successive analisi bivariate o multivariate che hanno lo scopo di studiare le relazioni esistenti fra due o più variabili, con l'obiettivo di trovare un riscontro empirico delle ipotesi definite a priori.

L'ultima fase operativa della ricerca sociale consiste nell'interpretazione e valutazione dei risultati ottenuti rispetto alle ipotesi inizialmente formulate.

Una volta che i risultati ottenuti vengono interpretati, è possibile che emergano ipotesi diverse da quelle previste inizialmente, e per tale motivo, possa cominciare un nuovo percorso di ricerca.

La presentazione dei risultati viene realizzata attraverso la redazione di un report di ricerca o attraverso articoli scientifici e la diffusione dei risultati può avvenire sia attraverso presentazioni che con pubblicazioni scientifiche.

Occorre infine considerare che, se la sociologia costituisce una forma di riflessività della società su se stessa, come sostiene Touraine (1993; 1998), e se i risultati della ricerca sociale, come rileva Giddens, concorrono a modificare il quadro di riferimento delle azioni dei soggetti studiati, le responsabilità dei ricercatori sociali assumono connotazioni particolari.

La diffusione di conoscenze sociali genera, infatti, maggiore capacità progettuale e maggiore insicurezza e ansia individuale [Bauman 1999]. Coleman (1990), in particolare, ha sollecitato la sociologia a non preoccuparsi solo della fondazione empirica delle sue teorizzazioni, ma anche delle loro conseguenze pratiche.

5. Il metodo della comparazione nelle ricerca sociale

Il metodo comparativo è ormai entrato nella categoria dei metodi tradizionalmente usati nelle scienze sociali e comportamentali, tale metodo si accosta a quelli sperimentali, ai metodi statistici o quantitativi e ai metodi etnografici scelti nella ricerca empirica.

Lo studio comparativo trae origine dal fatto che ogni fenomeno assume forme molto diverse e l'obiettivo dell'analisi comparativa moderna è quello di spiegare in modo sistematico le varianti dei fenomeni sociali riscontrabili in unità sociali chiaramente differenti [Smelser 1976].

Smelser (1976) in particolare afferma che le scienze sociali comparate non sono un tipo di indagine indipendente dall'analisi scientifica delle società perché, come dichiarava Émile Durkheim nel suo studio sulla divisione del lavoro sociale, *“la sociologia comparata non è una branca particolare della sociologia; è la sociologia stessa che cessa di essere semplicemente descrittiva e aspira a spiegare i fatti”*. Sulla stessa linea, si collocano altri studiosi, come Guy Swanson (1971), che affermano che *“pensare senza comparare è impensabile. E lo stesso vale, se manca la comparazione, per tutto il pensiero e la ricerca scientifica”*.

Marradi (1982), al fine di sistematizzare le diverse forme di analisi comparata, segue uno schema logico, prendendo in considerazione in primo luogo una classificazione che procede dalle forme più semplici a quelle più complesse di comparazione. Per l'autore la forma più elementare di comparazione, l'atomo logico, della pratica comparativa, si basa sul confronto degli stati di due oggetti su una proprietà, come ad esempio, sostenere che la Francia sia più popolosa dell'Italia, dove i due Paesi rappresentano i due oggetti della comparazione, e la popolosità costituisce il loro stato sulla proprietà.

In questo caso, la comparazione si è basata su un giudizio di maggiore/minore, ma nel caso in cui la proprietà abbia categorie non ordinate si potrebbe avere anche un semplice giudizio di uguale/diverso.

Dal momento che si comparano gli stati e non gli oggetti, per svolgere una comparazione non è necessario che gli oggetti siano due, è però essenziale che siano due (o più di due) gli stati su una proprietà.

Nella ricerca sociale la funzione più ovvia della comparazione è quella di mettere in evidenza differenze fra oggetti o, in altri casi, connessioni regolari (o covariazioni) fra proprietà inferendone cioè che una proprietà influenza l'altra.

5.1. Gli stili del metodo comparativo

Come abbiamo visto, Marradi (1982) propone una classificazione delle forme di comparazione in base al numero degli elementi logici considerati (oggetti, proprietà, stati), altri autori [Hopkins e Wallerstein 1967; Rokkan 1970; Cavalli 1990; Rossi 1990], individuano altre possibili modalità per distinguere stili specifici di comparazione, per esempio, in base alla natura delle proprietà esaminate o al ricorso o meno di una raccolta sistematica di informazioni.

Secondo Fideli (1998), invece è possibile individuare cinque specie di proprietà:

- 1) *assolute*: si riferiscono al caso (se l'unità d'analisi è un sistema complesso si parla di proprietà globali; se invece vengono rilevati atteggiamenti o comportamenti di individui si parla di proprietà individuali);
- 2) *relative* a casi diversi da quello investigato ma situati allo stesso livello di analisi (per esempio, se l'unità d'analisi sono gli individui,

il titolo di studio dei genitori, o il livello di attivismo politico dei familiari);

- 3) comparative o relazionali; quando esprimono il rapporto tra il caso direttamente investigato e altri casi (per esempio, quando si confronta il reddito pro-capite di uno Stato con quello di altri Stati);
- 4) contestuali; quando si riferiscono a casi situati a un livello di analisi superiore a quello direttamente investigato (per esempio, se l'unità d'analisi è uno Stato, come l'Italia, le percentuali che servono a descrivere la situazione aggregata di tutti gli Stati europei, come la media europea della spesa pubblica sanitaria);
- 5) aggregate; quando gli stati si rilevano aggregando informazioni relative a casi che si situano a un livello inferiore di analisi (per esempio, se l'unità di analisi è uno Stato, il numero di ospedali presenti a livello di regioni o provincie in rapporto alla popolazione).

Oltre alla natura delle proprietà, occorre definire i modi di raccolta delle informazioni. Tale processo è da considerarsi sistematico quando sono rilevati gli stati su tutte le proprietà oggetto di attenzione.

Generalmente si ricorre a una raccolta sistematica delle informazioni quando si intende costruire una matrice di dati elaborati attraverso tecniche statistiche di analisi.

Una raccolta sistematica di informazioni presenta notevoli vantaggi, soprattutto se è intenzione del ricercatore controllare ipotesi causali che si estendono a più casi.

Sempre secondo Fideli (1998), è possibile elaborare una tipologia di stili comparativi, prendendo al contempo in considerazione il livello di analisi e il ricorso a una raccolta sistematica delle informazioni da cui conseguono le seguenti tipologie di analisi comparata, comunemente utilizzate nella ricerca empirica:

- a) comparazione micro-analitica senza ricorso a tecniche statistiche;
- b) comparazione micro-analitica mediante il ricorso a tecniche statistiche;
- c) comparazione ecologica mediante il ricorso a tecniche statistiche;
- d) comparazione macro-analitica senza raccolta sistematica delle informazioni;
- e) comparazione macro-analitica con raccolta sistematica delle informazioni ma senza ricorso a tecniche statistiche.

Nella comparazione micro-analitica, (A e B), gli oggetti del confronto sono individui o gruppi di individui. Questo stile di comparazione presuppone spesso il ricorso a tecniche statistiche di analisi, soprattutto nel caso dei sondaggi trans-nazionali, in cui vengono considerati campioni nazionali, o nei sondaggi nazionali, in cui sono invece considerati campioni sub-nazionali.

Nella comparazione ecologica (tipo C) vengono invece confrontate unità territoriali (nazionali, sovra-nazionali o sub-nazionali) in base ai loro stati su proprietà aggregate che sono sovente definite sul piano operativo facendo ricorso a una raccolta sistematica di dati censuari.

Tale stile comparativo comporta generalmente l'organizzazione in matrice dei dati e la loro elaborazione mediante tecniche statistiche di analisi. Durkheim è senza dubbio uno dei precursori di tale approccio. Nel *Suicidio* (1897), egli infatti confronta la percentuale di suicidi in diversi Stati europei ma anche in alcune regioni tedesche, scendendo su un livello inferiore di analisi, rilevando poi un più alto tasso di suicidi in quelle regioni dove la confessione religiosa prevalente era quella cristiana protestante.

In questo senso, Durkheim è anche tra gli studiosi che per primi hanno sperimentato uno stile di comparazione multilivello.

Nella comparazione macro-analitica (tipi D ed E), gli oggetti del confronto sono direttamente sistemi complessi (Stati, società, culture) sulla base dei loro stati su proprietà globali o aggregate. Tale stile di comparazione è, per esempio, molto diffuso nel diritto e nella politica comparata.

I ricercatori che utilizzano questo tipo di comparazione in genere non ricorrono a tecniche statistiche di analisi, ma si limitano a riportare in forma discorsiva i risultati della comparazione.

Ci soffermiamo qui a descrivere la comparazione micro analitica, la *comparative micro-analysis* [Rokkan 1970], che si diffonde intorno alla metà del XX secolo soprattutto grazie alla diffusione delle tecniche di sondaggio attraverso interviste individuali e alla elaborazione di programmi informatici sempre più sofisticati per il trattamento dei dati.

Da un punto di vista logico, la *comparative micro-analysis* riguarda il confronto delle distribuzioni degli stati sulle proprietà fra gli individui che appartengono ai sistemi soggetti alla comparazione. Le proprietà possono essere categoriali oppure possono essere trattate come metriche.

Nel primo caso, si realizza tramite accostamento delle distribuzioni di frequenza (ad esempio si può affermare che il 20% degli italiani dichiara una buona condizione di salute contro il 30% dei francesi).

Nel secondo caso, la comparazione si realizza più sinteticamente in base alle medie oppure alle misure di dispersione come nel caso della deviazione standard. Una forma più complessa di tale tecnica si fonda sul confronto delle relazioni fra proprietà individuali calcolate tenendo distinti gli individui appartenenti a ogni sistema (ad esempio si può affermare che in Italia la correlazione tra titolo di studio e salute è dello 0.15, in Francia dello 0.20, ecc.).

A seconda degli scopi della ricerca e della natura delle proprietà, si possono comparare tabulazioni incrociate e le relative misure di associazione, analisi fattoriali, analisi di regressione.

L'appartenenza di un individuo a un sistema piuttosto che a un altro non può essere ricondotta a un modello esplicativo, nel senso che la sua eventuale influenza causale su una proprietà può essere intuita ma non misurata.

Per misurarla, bisogna ricorrere a un'analisi di una varianza in cui l'appartenenza a questo o a quel sistema sia una delle variabili indipendenti. Se l'obiettivo è quello di misurare se e quanto l'appartenenza a un sistema influisca sulle relazioni fra due o più proprietà individuali, si deve ricorrere all'analisi della covarianza o a una regressione multipla in cui l'appartenenza a un sistema sia stata trasformata in una variabile dummy (valori 1 e 0) che segnala l'appartenenza o meno di una unità ad un gruppo, sistema o simile.

In questo modo, sarà possibile attribuire le unità a n sistemi (Stati, regioni, gruppi, ecc.) cui appartengono, quantificando l'effetto dell'appartenenza sulla variabile dipendente di un'equazione di regressione [Suits 1957].

L'analisi comparativa, in generale, ha lo scopo di fornire spiegazioni adeguate di fenomeni ritenuti problematici, utilizzando il metodo scientifico che consiste nell'isolare alcuni fattori esplicativi e nello stabilire il ruolo causale di differenti fattori sociali e, infine, nell'inserire l'insieme dei fattori individuati in uno schema teorico coerente.

5.2. I problemi metodologici dell'uso del metodo comparativo

Il problema della comparabilità delle osservazioni è un problema generale delle scienze sociali che si manifesta in forma particolarmente evidente nello studio comparativo di unità sociali chiaramente dissimili, si presenta sia a livello empirico sia a livello concettuale.

Il ricercatore che si serve del metodo comparativo deve assicurarsi che le unità di analisi prescelte condividano realmente le caratteristiche definitorie ipotizzate come comuni, per tale ragione si deve prevedere di includere nella ricerca anche lo studio delle caratteristiche delle popolazioni da prendere in esame.

Smelser (1976) afferma che, per approssimarsi a una corretta impostazione metodologica, la scelta delle unità sociali da comparare dovrebbe basarsi su cinque criteri, in primo luogo, le unità d'analisi devono essere appropriate al tipo di problema teorico posto dal ricercatore; in secondo luogo, dovrebbero avere una rilevanza causale per i fenomeni indagati; in terzo luogo, le stesse unità d'analisi non dovrebbero subire alcuna variazione empirica rispetto al loro criterio di classificazione, in quarto luogo, la selezione delle unità d'analisi dovrebbe in qualche modo riflettere il grado di disponibilità dei dati disponibili sulla unità stessa; in quinto luogo, sarebbe il caso che le scelte selettive del ricercatore si basassero, per quanto possibile, su procedure standardizzate e dunque ripetibili.

Dopo aver definito l'unità di analisi, il ricercatore deve individuare l'ambito, cioè i casi che entreranno a far parte effettivamente della ricerca; vi sono ricerche, infatti, in cui è stato possibile prendere in considerazione tutti i casi facenti parte della popolazione, in altre situazioni empiriche può essere necessario considerare solo un sottoinsieme di casi facenti parte di una specifica popolazione e, in questa evenienza, la selezione presuppone alcuni accorgimenti.

Soprattutto nelle ricerche trans-nazionali, il ricercatore deve necessariamente ricorrere ad alcune tecniche di campionamento, il cui

scopo è sostanzialmente quello di controllare le fonti di variazioni non volute.

Un altro problema che il ricercatore comparato deve porsi riguarda gli indicatori da utilizzare.

Secondo Smelser (1976), possiamo porci la questione della comparabilità degli indicatori sotto forma di due domande fondamentali relative alle corrispondenze.

L'indicatore creato è valido?

Nel caso dell'analisi comparata di unità sociali dissimili, il processo mediante il quale l'indicatore viene generato è lo stesso utilizzato in tutte le unità d'analisi considerate?

Questa seconda questione pone il problema dell'equivalenza e quindi, dal punto di vista della misurazione, dell'attendibilità di una misura in contesti d'analisi differenti.

Altro caso problematico si realizza quando, pur definendo chiaramente una dimensione comparata, il ricercatore commette l'errore di scegliere indicatori che in realtà rappresentano variabili diverse da quelle considerate.

È infatti noto che la scelta di indicatori diversi per variabili conduce il ricercatore a risultati empirici altrettanto diversi.

La scelta degli indicatori, e quindi la loro conseguente validità, non si basa tanto sulle caratteristiche intrinseche dell'indicatore o sui criteri adottati per l'individuazione degli eventuali errori di misurazione presenti in ogni indicatore, quanto piuttosto sugli scopi teorici per i quali bisogna applicare la misura e dalla sua corrispondenza logica con il significato della variabile rappresentata.

Il problema della comparabilità delle misure tratte da unità sociali diverse, riguarda dunque l'esigenza di stabilire se un fenomeno misurato

allo stesso modo ma in sistemi diversi può essere considerato come indicatore della stessa variabile.

In ogni caso, il dilemma comparativo della concettualizzazione e del relativo livello di astrazione così come dell'equivalenza, non può essere risolto né riducendo l'astrazione in favore di una maggiore specificazione, né attraverso un approccio eccessivamente tassonomico.

Anche in questo caso la questione è risolvibile sulla base degli obiettivi teorici che il ricercatore si dà e del livello di comparazione a cui si aspira.

Capitolo V Francia e Italia due paesi uguali e differenti?

1. Il quadro socio demografico di Francia e Italia

Il quadro demografico riveste particolare importanza perché alla base dello studio dei fattori che incidono su alcune tra le principali grandezze macroeconomiche; in particolare sull'andamento della spesa sanitaria.

Il tema del cambiamento demografico torna d'attualità nell'ultimo decennio in considerazione dell'importanza crescente sul piano geopolitico di almeno due fenomeni di lungo periodo: l'incremento dei flussi migratori, a seguito del venir meno del vecchio ordine mondiale, e l'aumento delle aspettative di vita nella popolazione europea, determinato dal miglioramento del benessere economico e della qualità della vita, e dai bassi tassi di natalità, frutto del cambiamento dei comportamenti riproduttivi.

Entrambi i fenomeni, estremamente complessi, rivestono una particolare rilevanza nel continente europeo.

Sul piano demografico, la Francia ha una popolazione di circa 64 milioni e trecentomila abitanti, secondo le elaborazioni dell'INSEE nel 2012, in continuo aumento, con un ad tasso di crescita positivo pari +0,6%.

La Francia è il secondo Paese per numero d'abitanti dell'Unione Europea; con un andamento tipico delle economie occidentali, continua a progredire la quota degli over 65 anni (l'8,7 della popolazione ha 75 anni o più), mentre la quota degli abitanti con meno di venti anni decresce. Tuttavia, la Francia mantiene il suo primato tra i Paesi europei per

fecondità. Nel 2008 sono, infatti, nati in Francia metropolitana 801.000 bambini.

Un risultato che viene ascritto, in particolare, all'aumento delle nascite tra le donne nella fascia d'età tra i 30 ed i 40 anni d'età. Cresce, infatti, l'età media delle madri, che nel 2008 ha sfiorato i trent'anni, un fenomeno che si accompagna alla tendenza di riportare i matrimoni sempre più in là negli anni.

In Italia la popolazione ha continuato a crescere superando i 60 milioni 600 mila residenti al 1° gennaio 2012, con un tasso d'incremento del 4,3 per mille. La vita media compie ulteriori progressi: 79,1 anni per gli uomini, 84,3 anni per le donne.

Negli ultimi dieci anni la percentuale di individui di 65 anni e oltre, è aumentata dal 18,4% nel 2001 al 20,3% nel 2011, con un incremento di ben 1,8 milioni di individui per questa classe di età. Nello stesso periodo, il numero di ragazzi fino a 14 anni di età è aumentato di circa 348 mila unità, portando la relativa quota al 14% del totale.

La fecondità è in lieve calo (1,4 figli per donna), le nascite sono stimate pari a 557 mila unità, da cui deriva un tasso di natalità pari al 9,2 per mille residenti.

La dinamica migratoria è ancora una volta determinante ai fini della crescita demografica. Il saldo migratorio netto con l'estero risulta pari al 6 per mille. I cittadini stranieri residenti, pari a oltre 4 milioni e mezzo, sono in costante aumento e costituiscono il 7,5% del totale.

2. I sistemi sanitari di Francia e Italia

In Europa la domanda di assistenza è in continua crescita visto l'invecchiamento della popolazione e l'aumento delle aspettative pubbliche. La combinazione tra i cambiamenti demografici e gli sviluppi tecnologici accresce, inoltre, il costo della fornitura di salute.

L'assistenza sanitaria nell'Unione Europea è ad un punto di svolta tra sfide e opportunità.

Il rinnovamento dei sistemi sanitari è da tempo al centro del dibattito politico e scientifico. Il fenomeno è, allo stesso tempo, sia europeo che mondiale.

I diversi Paesi stanno, infatti, cercando soluzioni che permettano, almeno in parte, di conseguire una combinazione soddisfacente di finalità che risultano tra loro alquanto contraddittorie, quali: efficacia e qualità, efficienza e contenimento dei costi, equità, libertà di scelta.

Quello che varia, nel tempo nei diversi Stati, è relativo all'enfasi assegnata alle finalità, di qui l'importanza di procedere ad un confronto delle singole esperienze nazionali. Comparazione che è tanto più rilevante quanto più sembra emergere che Paesi, caratterizzati da scenari demografici non troppo dissimili, appartenenti ad un'area comune, come può essere quella dell'Unione Europea, si stiano muovendo in direzioni tra loro discrepanti, sperimentando linee d'azione divergenti, pur nella consapevolezza che alcuni trade-off rimangono, di fatto, di difficile soluzione.

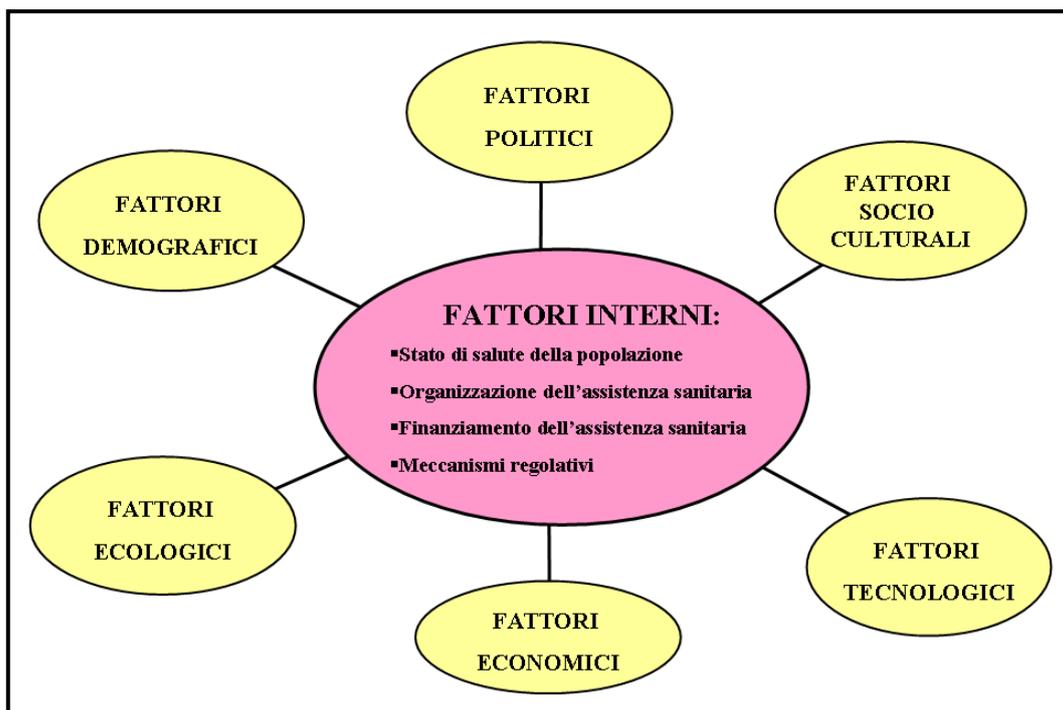
I diversi sistemi devono affrontare gli stessi problemi: da un lato è sempre più difficile implementare politiche sanitarie accettabili e mantenere il consenso pubblico, dall'altro vi sono nuove opportunità per

assicurarsi miglioramenti sostanziali in sanità ed affrontare l'annoso tema delle disuguaglianze di salute in ciascun paese.

I sistemi sanitari delle società industriali moderne sono stati sottoposti negli anni a fortissime tensioni; in discussione non erano solo gli assetti organizzativi e istituzionali degli stessi, ma anche la loro missione, il ruolo del servizio pubblico e dei professionisti che vi operavano e gli stessi diritti dei cittadini.

Comprendere la ragione, e le vere radici, di queste pressioni e delle conseguenti trasformazioni non è cosa semplice, poiché i fattori esterni in gioco, numerosi, sono di tipo: politico, economico, finanziario, culturale, tecnico scientifico, sociale e demografico.

Figura 17 Fattori esterni ed interni dei sistemi sanitari



Fonte: Nostra elaborazione da: Giarelli G., (1998), *Sistemi sanitari. Per una teoria sociologica comparata*, Franco Angeli, Milano, pag. 51.

Vi è il notevole rischio, inoltre, di concentrarsi su un aspetto particolare che, per quanto vero e fondato, non coglie l'intero spessore del problema.

Le prestazioni fornite dal sistema sanitario costituiscono solo uno dei fattori interni e questi, per essere efficaci, devono operare in collaborazione e contestualmente agli altri interventi di politica sociale e sanitaria in modo tale che si possa modificare e migliorare lo stato di salute degli individui e ridurre le disuguaglianze di salute sia a livello micro che a livello macro.

I sistemi sanitari, essendosi sviluppati, storicamente, come parte integrante del processo evolutivo dello stato di benessere, sono stati più volte sottoposti alle critiche di inefficienza allocativa e distributiva che, generalmente, vengono avanzate al welfare state [Blaxter 1983; Saltman et al. 1999; Blank Bureau 2004].

I sistemi sanitari dei due Paesi oggetto del nostro studio differiscono a partire dal modello storico di riferimento. Il sistema francese trova le sue origini nel modello Bismarckiano mentre quello italiano nel modello Beveridge, che descriveremo nei prossimi paragrafi.

2.1. Il modello teorico del sistema sanitario francese

Il modello Bismarck nasce in Germania nel 1877 per volontà del suo cancelliere da cui prende il nome, che si convinse che la creazione di uno "stato sociale" fosse una misura necessaria per distaccare il proletariato dalle rivoluzioni che in quegli anni si stavano svolgendo in tutta Europa.

Egli promuove un vasto sistema di sicurezza sociale basato sull'intervento pubblico e finalizzato a proteggere i lavoratori e le classi economicamente e socialmente deboli da una serie di rischi aventi una

componente finanziaria negativa (perdita del lavoro, invalidità, maternità e vecchiaia).

Nel 1883 viene istituita l'Assicurazione sociale obbligatoria di Malattia (AsdM), attraverso la costituzione di casse sociali alimentate per due terzi dagli operai e per un terzo dagli imprenditori, i quali erano tenuti a versare, nelle prime tredici settimane di malattia, un'indennità all'operaio malato. Coloro che non risultavano iscritti a nessuna cassa venivano inclusi d'ufficio all'Assicurazione Comunale.

Questo modello che, come detto, si basa sul sistema delle assicurazioni obbligatorie e sulla costituzione di fondi che, alimentati in varia misura da enti pubblici e imprese private e i relativi dipendenti, servono a coprire le spese sostenute in caso di malattia degli iscritti.

È una tipologia di sistema sanitario strutturalmente molto frammentato e prevalentemente categoriale, anche se per alcuni tipi di rischio, quelli gravi, può essere esteso a tutta la collettività.

La legge istitutiva delle assicurazioni impone l'obbligatorietà della copertura dai rischi di malattia ed, inoltre, definisce il gruppo specifico (es. lavoratori dipendenti) o i gruppi assoggettati (es. operai e braccianti) idonei alla copertura assicurativa obbligatoria.

La formazione dei gruppi avviene in base all'esistenza di un rapporto di lavoro subordinato e il diritto alle prestazioni di cui gode il lavoratore viene, inoltre, esteso anche ai familiari secondo il grado di parentela.

Il modello AsdM, che ha assunto la forma di sistema mutualistico obbligatorio, contempla la presenza contemporanea di più attori assicurativi (casse mutue, fondi di malattia, assicurazioni private) che si sostituiscono allo Stato nel compito di tutelare la salute dei cittadini e si fanno carico del rischio di malattia.

Le casse mutue hanno come compito fondamentale la gestione corrente della sanità; esse, infatti, a partire dai contributi loro versati,

contrattano direttamente con le singole strutture ospedaliere, sia private che pubbliche, e con le associazioni dei medici, per garantire un'adeguata assistenza ai cittadini.

Questi enti assicurativi hanno una responsabilità solidale, regolamentata da uno statuto e autonoma rispetto allo Stato, anche se sono soggetti a una stretta regolamentazione dell'autorità pubblica poiché i loro compiti, finalità e l'elenco delle prestazioni che esse devono fornire agli affiliati sono prefissati per legge.

Le mutue, inoltre, non possono rifiutarsi di assistere l'iscritto che compete loro per legge e non possono negare ad alcuno il rinnovo dell'iscrizione.

Il finanziamento delle spese sanitarie è basato sui contributi sanitari obbligatori che vengono versati sia dal datore di lavoro, nella misura più consistente, sia dall'assistito proporzionalmente al reddito da lavoro e commisurato ai benefici concessi.

Per alcune categorie di cittadini che versano in condizioni economiche (disoccupati, indigenti) o di salute (anziani, invalidi) precarie, lo Stato interviene attraverso sovvenzioni pubbliche per integrare i contributi, coprire i costi e finanziare la sanità pubblica.

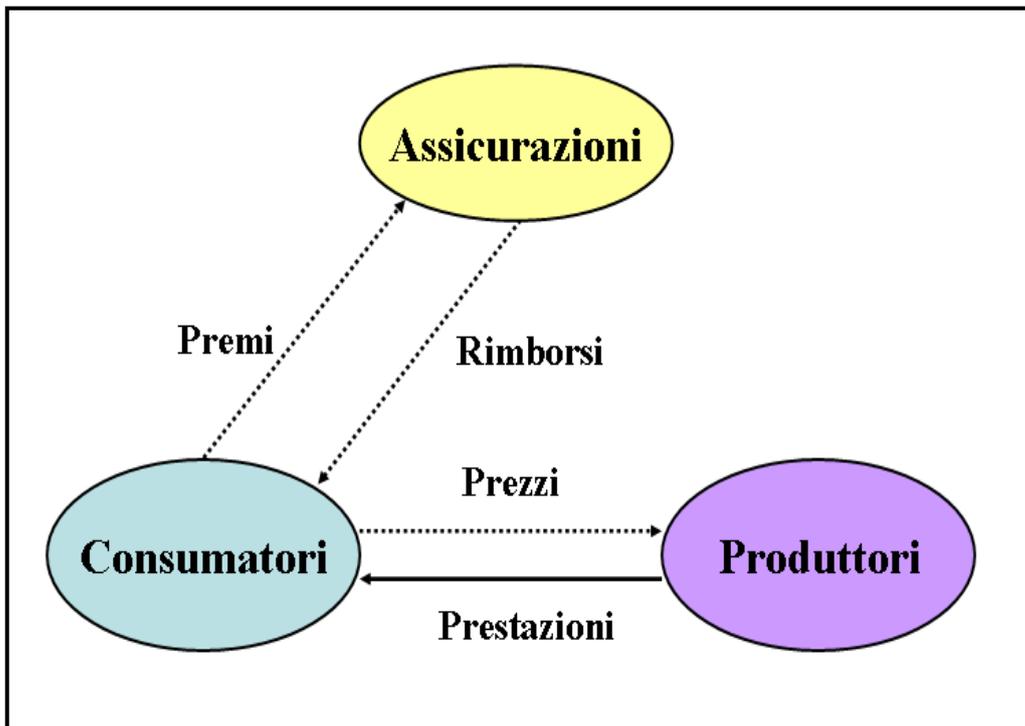
In questa tipologia di sistema sanitario, gli enti assicurativi, fungendo da finanziatori, si relazionano con gli erogatori dei servizi per il pagamento delle prestazioni sanitarie secondo tre differenti modalità: a rimborso, contrattuale, e integrato.

Nel primo caso (Fig. 18) gli erogatori di prestazioni vengono pagati indirettamente dalle casse mutue, tramite i pazienti; non vi è, infatti, nessun contratto tra gli enti assicurativi e i fornitori.

I cittadini sono liberi di scegliere i medici e gli ospedali dove recarsi e vengono successivamente rimborsati delle spese sanitarie o integralmente

o parzialmente, secondo le clausole della polizza. L'assicurazione opera, esclusivamente, nel ruolo passivo di terzo pagatore.

Figura 18 Accordi contrattuali tra finanziatori e produttori. Modello a rimborso



Fonte: Nostra elaborazione da: Mapelli V., (1999), pag. 124.

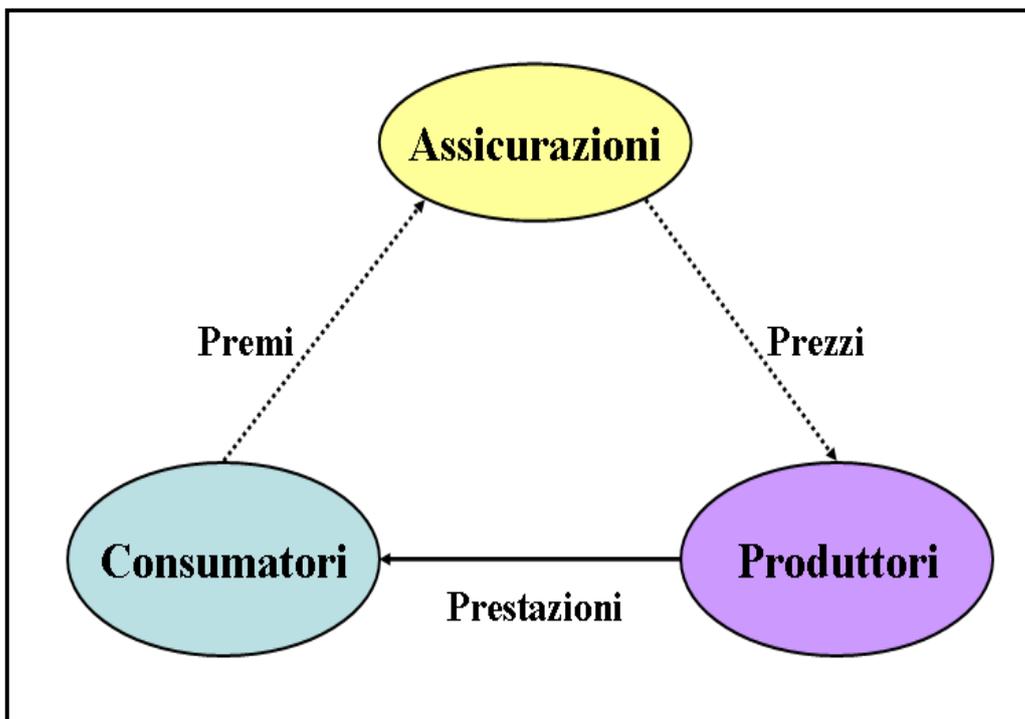
La modalità contrattuale (Fig. 19) si presenta quando le casse mutue stipulano un accordo con gli erogatori dei servizi, nel quale vengono stabiliti il prezzo e le modalità delle prestazioni in regime di convenzione o su base contrattuale. I prezzi concordati possono essere uniformi per tutti i fornitori o individuali per ogni contraente.

Gli enti assicurativi, oltre ad assumersi i rischi finanziari del potenziale fruitore dei servizi sanitari, svolgono anche la funzione di acquirente per conto dei pazienti assicurati.

Questo ruolo può essere svolto, sia in modo attivo attraverso una negoziazione con i diversi fornitori per ottenere le migliori condizioni di

prezzo e qualità del servizio, sia in maniera passiva limitandosi cioè a delineare le regole generali per coloro che intendano accedere ad un contratto di fornitura ad un prezzo prestabilito. Questa tipologia di finanziamento, nella realtà, è quella privilegiata dai modelli sanitari dell'AsdM.

Figura 19 Accordi contrattuali tra finanziatori e produttori. Modello contrattuale



Fonte: Nostra elaborazione da: Mapelli V., (1999), pag. 124.

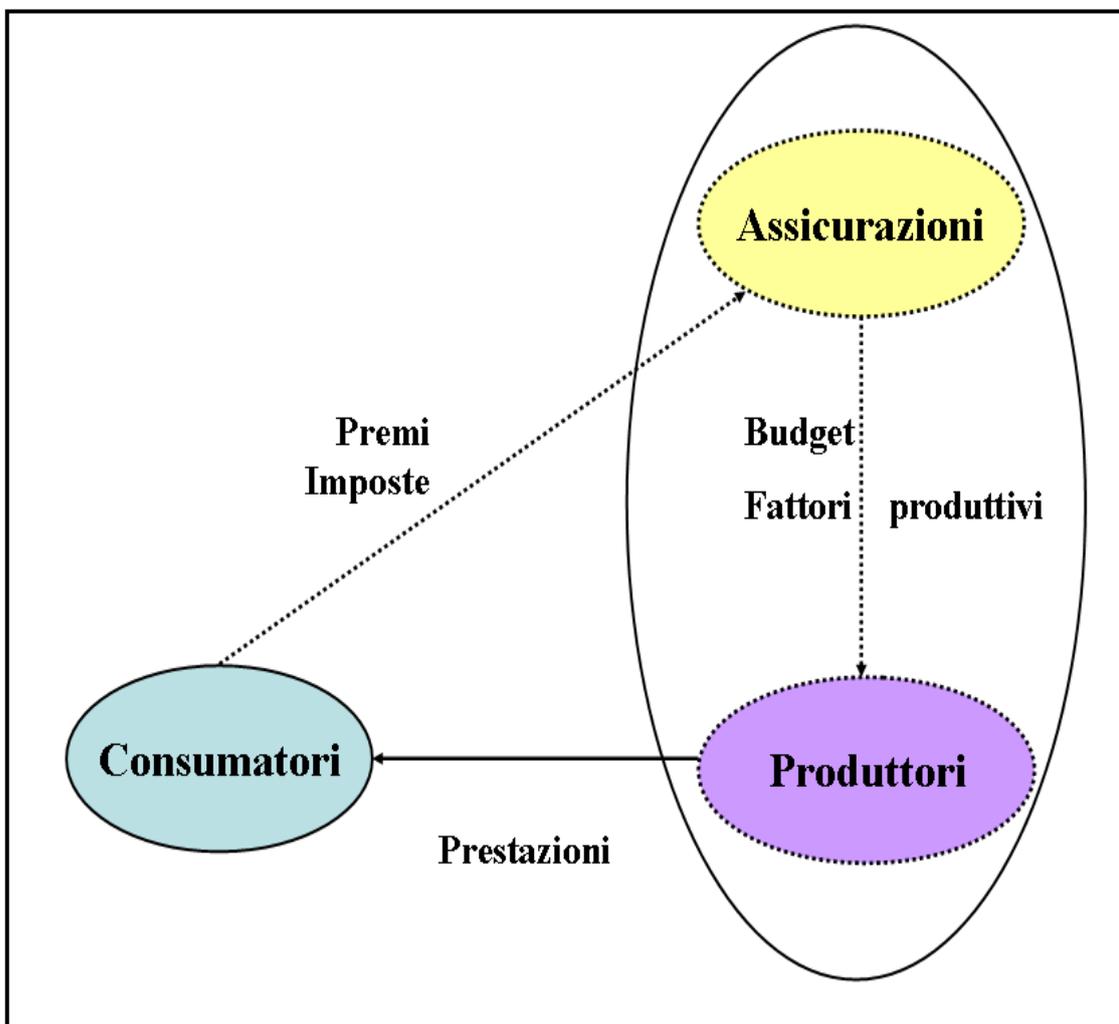
Nel modello integrato (Fig. 20), infine, le casse mutue provvedono, sia alla funzione di assicurazione, sia di fornitura dei servizi e, quindi, questo soggetto è integrato verticalmente in quanto interviene in più fasi del processo produttivo.

Le strutture sanitarie sono di proprietà degli enti assicurativi (o dello Stato), gli operatori sanitari (i medici) sono dipendenti o soci finanziati, di

conseguenza, su base stipendiale. Il finanziamento degli erogatori delle prestazioni, interni al sistema, avviene tra budget.

Questa integrazione permette agli enti assicurativi un più stretto controllo sulle attività; rispetto poi l'allocazione delle risorse le decisioni di produzione e scambio sono assunte, tramite gerarchia, all'interno della stessa.

Figura 20 Accordi contrattuali tra finanziatori e produttori. Modello integrato



Fonte: Nostra elaborazione da: Mapelli V., (1999), pag. 124.

Questa tipologia di sistema sanitario, basato sulle assicurazioni sociali di malattia, presenta evidenti limiti; il principale consiste nel frazionare l'attività di tutela della salute tra una molteplicità di enti che si sostituiscono allo Stato andando così a pregiudicare alcuni dei principi fondamentali su cui si basa il sistema sanitario stesso quali: l'universalismo, l'equità e la solidarietà [Cattaneo 1999].

Un altro elemento critico è costituito dalla posizione di monopolio assunta dagli enti assicurativi e prevista dallo Stato che, di conseguenza, permette loro di non sviluppare e migliorare, sia l'efficienza interna, sia quella dell'intero sistema sanitario.

Un ulteriore limite è costituito dall'obbligatorietà della copertura assicurativa che viene stabilita per legge costringendo, così, lo Stato ad intervenire economicamente nel caso in cui si presentassero dei deficit arrecati dall'inefficienza degli enti assicurativi che vengono incaricati da questo alla tutela della salute della popolazione.

Concludendo, si può affermare che l'organizzazione sanitaria in tutti i paesi europei, agli inizi del Novecento, si sviluppò rafforzando le strutture di sanità pubblica; è in questo periodo che il modello AsdM si estese in tutta Europa, poiché essendo, come abbiamo analizzato, imperniato sull'adozione di schemi assicurativi obbligatori di carattere occupazionale e finanziato in base al criterio delle capitalizzazione dei contributi versati, fu imitato, diventato di fatto una sorta di "caso scuola" al quale fecero riferimento tutti gli altri principali paesi europei tra il XIX e la metà del XX secolo.

Dopo il secondo conflitto mondiale, infatti, i limiti dell'ASdM hanno portato alcuni paesi a scegliere la tipologia di sistema sanitario a dominanza statale.

2.2. Il modello teorico del sistema sanitario italiano

La tipologia di servizio sanitario a dominanza statale ha origine in Inghilterra, nella metà del Novecento, in applicazione del Rapporto Beveridge³⁵, con il quale si introduce, per la prima volta, la concezione universalistica “pura” dello stato sociale, come complesso organizzato di prestazioni a tutela del cittadino, finanziato principalmente dalla fiscalità generale.

I sistemi sociali che derivano da questa radice sono portati ad effettuare un’ampia redistribuzione del reddito su tutta la platea dei cittadini, giustificata dal diritto fondamentale alla salute e a un dignitoso benessere che tutti acquisiscono entrando a far parte della comunità nazionale.

La filosofia di Beveridge applicata alla sanità attribuisce, di conseguenza, allo Stato l’obiettivo di tutelare la salute dei propri cittadini attraverso l’accesso universale e gratuito all’assistenza sanitaria, l’eguaglianza delle prestazioni tra classi sociali e aree geografiche, la gestione democratica del servizio e la programmazione dell’attività sanitaria.

Il modello beveridgeano, che storicamente ha preso il nome di *National Health Service* (NHS) o, più semplicemente, di Servizio Sanitario Nazionale, aveva lo scopo di riformare il sistema di sicurezza sociale allora vigente nel Paese. Questa scelta fu dettata, sia dall’esigenza di aumentare la percentuale di popolazione coperta dall’assistenza sanitaria,

³⁵ L’origine del sistema sanitario a dominanza statale è da attribuirsi al Rapporto di Lord Beveridge del 1942, ministro del governo conservatore di Wiston Churchill, che avanza, per la prima volta, la proposta che sia lo Stato a farsi carico della salute dei suoi cittadini. Il nome di Lord Beveridge è associato non solo al tipo di riforme che tale rapporto innescò, ma principalmente al modello di sistema sanitario che da esso deriva. E’ questa l’origine della lunga tradizione del sistema sanitario pubblico, impegnato ad estendere al massimo la copertura sanitaria, per garantire idonei livelli di prestazioni a tutti i cittadini, indipendentemente dalla tipologia di lavoro e dal reddito.

sia dalla volontà di sottoporre a una forte regolamentazione statale la molteplicità degli enti assicurativi che gestivano la tutela sanitaria come nel modello bismarkiano.

Il NHS fu concepito non come una vera e propria nazionalizzazione³⁶, ma come una radicale riforma delle istituzioni e delle organizzazioni deputate a erogare l'assistenza sanitaria.

La nascita del NHS va considerata, innanzitutto, come una fondamentale svolta nel concetto, sia di salute, visto come un diritto universale, sia di assistenza sanitaria *“un servizio sanitario onnicomprensivo volto a garantire il miglioramento della salute fisica e psichica delle persone attraverso gli interventi di prevenzione, diagnosi e cura delle malattie”* [Crivellini 2004].

Esso si caratterizzò, inoltre, fin dall'inizio come un'organizzazione molto centralizzata, “monolitica”, con un forte potere nelle mani del ministro della sanità, cui competeva la nomina dei responsabili degli organi di gestione periferici.

Nella tipologia a dominanza statale, come si evince dalla stessa nomenclatura, si assiste ad una presenza continua e determinante dello Stato non soltanto a livello di pianificazione, programmazione e controllo, ma anche di erogazione diretta dei servizi sanitari che si svolge su tre livelli distinti: a livello centrale governativo, a livello regionale attraverso le autorità ospedaliere e a quello periferico, per mezzo delle amministrazioni comunali che si occupano e sono responsabili dei servizi di assistenza domiciliare, preventiva e ambientale .

Nella fornitura dei servizi sanitari, che comprende una gamma abbastanza completa di prestazione gratuite quali: l'assistenza del medico di famiglia, le visite specialistiche e le cure ospedaliere, lo Stato interviene

³⁶ Un esempio consiste nella colonna portante del sistema costituita dai medici di famiglia – *general practitioners* – che mantennero la qualifica di liberi professionisti, seppur convenzionati con il National Health Service.

attraverso la definizione degli obiettivi e degli strumenti generali per la sanità in accordo con gli organi locali, ai quali è assegnata la competenza in materia di sanità.

Esistono diverse forme di erogazione dei servizi sanitario che vanno dal regime di monopolio pubblico, dove cioè lo Stato fornisce le prestazioni in strutture sanitarie di proprietà prevalentemente pubblica, alla possibilità di intervento privato, in questo caso i servizi vengono acquistati da soggetti erogatori privati consentendo così la coesistenza tra pubblico e privato.

Generalmente, in questo modello, si è in presenza di un elevato livello di integrazione verticale, in quanto le funzioni di erogazione e finanziamento sono gestite dal medesimo soggetto pubblico.

Il finanziamento del sistema sanitario avviene sulla base della fiscalità generale mediante un sistema di tassazione progressiva, sia imposte dirette (redditi e profitti), sia indirette (sugli scambi); lo Stato, inoltre, definisce le modalità di raccolta e l'allocazione delle risorse.

Quest'ultime, nel modello originario, sono destinate in un fondo nazionale e, successivamente, distribuite a livello periferico sulla base di criteri stabiliti per legge.

Il paziente viene considerato sulla base del suo ruolo di cittadino/utente di un servizio pubblico che, in base all'orientamento culturale dominante, ha il diritto di ricevere l'assistenza sanitaria, mentre lo Stato ha l'obbligo di garantirgli il diritto alla salute secondo il celebre motto di Beveridge che il recupero della salute dei malati è un dovere dello Stato [Giarelli 2003].

Il modello a dominanza statale presenta una serie di limiti strutturali, alcuni dei quali comuni a quello misto o delle assicurazioni sociali obbligatorie.

Il primo consiste nella difficoltà di controllo della spesa sanitaria che dipende dalla natura e titolarità dei produttori e dal tipo di finanziamento, in quanto in un modello in cui gli erogatori delle prestazioni si trovano in una

situazione di “quasi monopolio” è difficile ottenere la ricerca dell’efficienza interna del sistema.

L’incremento della spesa sanitaria può derivare, inoltre, dal finanziamento ottenuto attraverso le imposte, in quanto, come nel modello AsdM, si alimentano comportamenti che danno luogo ad un rischio morale, sviluppando così una domanda di prestazioni che risulterebbe superiore rispetto a quanto programmato dallo Stato a fronte di un determinato gettito fiscale.

Un ulteriore elemento critico, legato anch’esso alla condizione di quasi monopolio degli erogatori pubblici dei servizi sanitari, consiste nella poca attenzione e sensibilità al paziente, di conseguenza al modello a dominanza statale viene imputato il fatto di essere qualitativamente inferiore rispetto alle aspettative dei singoli.

Infine, l’efficacia intera del sistema sanitario risulterebbe inferiore rispetto agli standard minimi, in quanto l’assenza di modalità di remunerazione e di strumenti di controllo, basati sui livelli di appropriatezza, priverebbe l’intero complesso sanitario d’incentivi volti al raggiungimento dei migliori livelli possibili di efficacia.

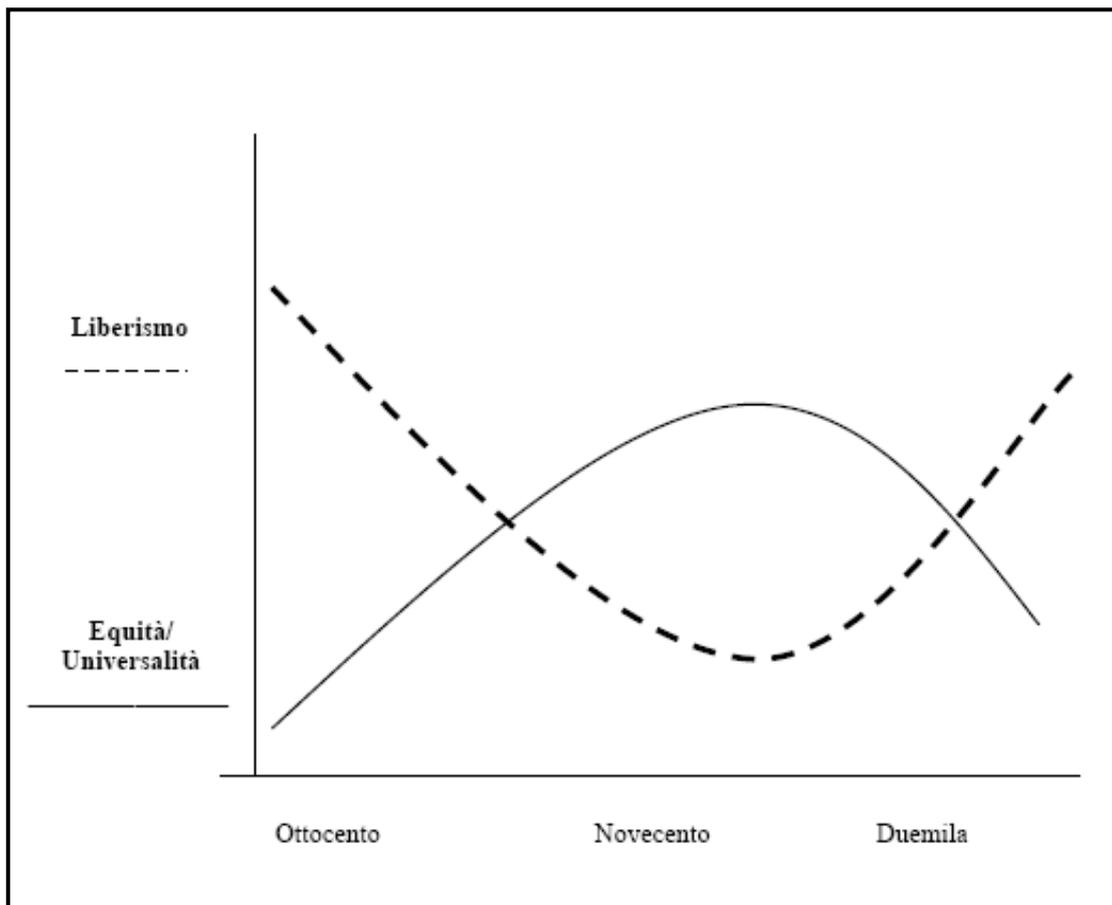
Come sostiene Maciocco (2001), se volessimo rappresentare in un diagramma l’evoluzione temporale dei livelli di equità dei sistemi sanitari e il tasso di liberismo che ha influenzato le politiche sanitarie, disegneremmo due curve speculari (Fig. 21).

La correlazione inversa tra liberismo ed equità è chiara ed inconfutabile, ne furono pienamente consapevoli statisti conservatori come Bismark o Churchill che, con motivazioni politiche e contesti storici molto differenti, decisero di sottrarre alle regole e alle dinamiche del mercato componenti importanti della vita civile delle loro nazioni, tra cui l’assistenza sanitaria.

I sistemi sanitari universalistici sono il frutto di una visione dello stato come rappresentativo del generale interesse della società.

La prospettiva liberista della società prevede, invece, uno stato con un profilo il più basso possibile, attraverso atti di privatizzazione delle organizzazioni e delle funzioni svolte da questo.

Figura 21 Equità nei sistemi sanitari e liberismo



Fonte: Maciocco G., (2001), op. cit.

Nonostante le evidenti differenze illustrate, i due modelli mostrano, anche se con enfasi differente, alcuni tratti comuni riguardanti gli obiettivi che essi perseguono, così sintetizzabili:

- principio di universalismo: l'estensione della protezione assicurativa, almeno per i grandi rischi;
- principio di globalità: l'espansione della gratuità a una gamma più vasta di servizi sanitari;
- principio di equità: l'ampia accessibilità ai servizi sanitari e al trattamento a parità di bisogno;
- principio di solidarietà: partecipazione nel sostegno degli oneri finanziari dell'assistenza (dai ricchi ai poveri, dai sani ai malati);
- principio di compatibilità economica: il contenimento della spesa sanitaria complessiva entro i vincoli finanziari generali;
- principio di efficacia clinica: la ricerca di efficacia delle prestazioni sanitarie.

Come abbiamo evidenziato precedentemente, malgrado le differenze tra i modelli istituzionali storici, maggiormente accentrati nelle mani pubbliche i sistemi *beveridgeani*, storicamente più aperti a meccanismi negoziali e alla partecipazione del privato quelli di tipo *bismarkiano*, i sistemi sanitari dei paesi europei hanno fondato il loro sviluppo su un elevato grado di regolamentazione e protezionismo.

Nei Paesi dove è più forte la tradizione di uno stato sociale, si tende a considerare la salute come diritto fondamentale, e conseguentemente, lo Stato tende ad assicurare a tutti i cittadini le cure sanitarie.

Al contrario, negli Stati dove è più forte lo spirito individualistico, la salute viene considerata come un bene che è sotto la responsabilità

dell'individuo, di conseguenza quindi, l'onere delle spese mediche è a suo carico e il ruolo statale risulta limitato all'intervento solo in stato di bisogno e nella regolamentazione del settore.

L'aspetto ideologico ha sempre svolto un ruolo rilevante nelle scelte politiche ed economiche relative al settore sanitario: lo studio dell'intervento pubblico in sanità, infatti, non può fermarsi a valutazioni concernenti i soli criteri di efficacia ed efficienza, ma deve implicare anche un dibattito politico e scientifico sugli aspetti equitativi.

Secondo quanto sostiene Williams (2000), esistono due posizioni ideologiche principali che hanno rilievo nella riforma dei servizi sanitari: una che può essere definita "libertaria" ed una, invece, "egualitaria".

La prima posizione guarda all'accesso ai servizi sanitari, come a un aspetto dei sistemi di opportunità e incentivi che la società offre individualmente ai suoi membri e sostiene che ciascuno debba avere la possibilità di utilizzare le proprie risorse economiche, per acquistare la quantità di assistenza sanitaria che desidera.

Appare evidente che i sostenitori di questa ideologia ritengano necessario operare in un sistema di mercato, purché esso possa essere mantenuto in una condizione di reale concorrenza, in modo tale che, questo risulterebbe più sensibile alle esigenze dei consumatori – pazienti ed, inoltre, si contribuirebbe a contenere i prezzi in un ambito di equilibrio.

I sostenitori della posizione egualitaria guardano all'accesso dei servizi come a un diritto fondamentale di ogni cittadino, sulla base di considerazioni universalistiche, e ritengono che esso non debba essere sottoposto a vincolo alcuno.

Questa posizione fa riferimento ai principi distributivi, legati a valori quali la giustizia e l'equità, che richiedono il superamento dei vincoli di reddito e di informazione che ostacolano l'accesso alle prestazioni sanitarie ai non abbienti.

Secondo l'analisi di Williams (2000), nella loro essenza entrambe queste posizioni non sono che "miti", perché è fortemente improbabile che si possa realizzare uno dei due sistemi nella sua forma "pura".

Le politiche sanitarie, dei principali Paesi europei, sono state caratterizzate da consistenti spinte di riforma, in quanto queste, in un'ottica di modernità, devono possedere misure flessibili, basate sulle esigenze della comunità e gestite con efficienza sia a livello locale che nazionale ed europeo, per tale ragione, quindi, un'offerta indifferenziata di prestazioni e servizi è ormai una concezione "obsoleta".

Si tratta di un cambiamento molto importante dal punto di vista della storia dei sistemi sanitari dei paesi industrializzati.

In Europa, infatti, a partire dagli anni '60 del secolo scorso, tutti i paesi sono stati impegnati nella costruzione di un sistema che faccia della capillarità territoriale lo strumento per garantire l'universalità dell'accesso ai servizi: da ciò il forte impegno dell'operatore pubblico che tende ad assumere a sé, in una logica di concentrazione, tutte le fasi, dalla prevenzione alla riabilitazione, del processo sanitario.

E' alla fine degli anni '80 che comincia a svilupparsi l'idea della sostanziale inadeguatezza e assenza di coordinamento tra interventi che hanno, nel paziente, l'elemento comune del complesso sanitario.

Le riforme avviate a partire dai primi anni '90 del secolo scorso, mirano, in modo comune, ad imprimere un profondo cambiamento nell'approccio tradizionale, premiando le opzioni cooperative da parte degli attori a diverso titolo coinvolti nei processi sanitari.

I sistemi sanitari di tutti i Paesi d'Europa hanno affrontato gravi problemi strutturali e finanziari, che possono essere ricondotti, essenzialmente, alla dilatazione della spesa sanitaria e al tendenziale disallineamento dell'offerta rispetto alle caratteristiche emergenti della domanda di prestazioni.

Accanto a tali fattori, strettamente e fisiologicamente connessi all'evoluzione della domanda e dell'offerta del mercato sanitario, quali il clima di crescente incertezza circa la disponibilità delle risorse, la complessità e la variabilità caratterizzanti il contesto di produzione, di erogazione e di consumo dei servizi sanitari, l'evoluzione e la trasformazione dello scenario epidemiologico e sociale di riferimento, altri elementi hanno, in realtà, operato a monte del processo evolutivo, influenzandolo in misura profonda.

A tutto ciò va aggiunto che, le politiche sanitarie sono condizionate dalla necessità di conciliare due categorie di interessi che, spesso, appaiono contrapposti: quelli sanitari, strettamente collegati al benessere della popolazione, e quelli economici, influenzati dalla necessità di sostenere i costi attraverso bilanci e risorse determinate.

Nello scenario internazionale, inoltre, occorre tenere presente che l'emergere dei problemi relativi alla ristrutturazione dei sistemi sanitari va inquadrato nell'ambito del più ampio contesto di crisi degli istituti di welfare; nella maggioranza dei casi, infatti, le riforme sanitarie non si sono presentate come fenomeni isolati, ma come parte di un più vasto dibattito che ha coinvolto tutti i principali settori del sociale in cui l'intervento statale è rilevante.

La fine degli anni '90 vede, inoltre, in pressoché tutti i paesi dell'Unione Europea, la diffusione di nuovi rischi sociali, connessi alle profonde trasformazioni demografiche e ai cambiamenti avvenuti nella struttura occupazionale; è cresciuta l'esposizione di buona parte della popolazione europea a rischi sociali precedentemente poco diffusi.

L'aumento della domanda di cura sanitaria investe, poi, ceti sociali abituati, sino a poco tempo fa, a trovare risposta nel carattere generalmente espansivo e generoso dei programmi pubblici di welfare, e che oggi vedono ridurre l'accessibilità a causa delle politiche di targeting (razionamento) seguite dalle autorità pubbliche di molti Paesi europei.

2.3. Caratteristiche del sistema francese

L'assicurazione nazionale per malattia fu introdotta in Francia dopo la seconda guerra mondiale. Il sistema francese di assicurazione contro i rischi di malattia è tradizionalmente costruito su due livelli: il primo di base e obbligatorio per tutta la popolazione, il secondo, invece, di tipo facoltativo. Per quanto concerne il primo livello, l'assegnazione alla cassa mutua di riferimento avviene in base alla categoria professionale di appartenenza o alla residenza.

Le casse sono organizzazioni private no profit, non sono in regime di competizione tra loro in quanto le aliquote contributive a carico di lavoratori (circa il 13% del reddito lordo) vengono definite a livello nazionale.

Lo schema obbligatorio di assicurazione copre circa il 76% delle spese sanitarie, la quota residuale consiste in copartecipazioni da parte dei cittadini; caratteristica del sistema francese è infatti quella di imporne, con l'obiettivo di limitare la domanda di servizi sanitari.

Una novità, che ha investito in tempi recenti (1999) il sistema sanitario francese, è la copertura universale in base alla residenza (Couverture Maladie Universelle (CMU), che ha raggiunto la copertura sanitaria per tutti i residenti nella misura del 99,9% ed ha incorporato nel sistema sanitario alcune categorie precedentemente escluse, come i disoccupati e gli stranieri.

La riforma Juppè ha previsto inoltre che lo Stato fornisca gratuitamente alle fasce più deboli della popolazione non solo il livello base ma anche l'assicurazione complementare.

Tale riforma fornisce, inoltre, una chiarificazione dei ruoli dello Stato e del fondo assicurativo e promuove un rafforzamento del ruolo delle Regioni. Il sistema francese di assistenza sanitaria è gradualmente diventato sempre più decentrato a livello regionale.

A livello nazionale, l'Assemblea Nazionale ha cercato di migliorare il sistema fissando un tetto nazionale di spesa per l'assicurazione per malattia (ONDAM).

A livello regionale le istituzioni di controllo principali sono: le Agenzie Regionali Ospedaliere (ARH), responsabili della pianificazione degli ospedali sia pubblici sia privati; le Unioni regionali delle assicurazioni sanitarie (URCAM), che forniscono tre schemi assicurativi a livello regionale; le Unioni regionali dei medici autonomi (URML), che dialogano con le ARH e le URCAM.

La conferenza sanitaria regionale riunisce tutti gli attori delle istituzioni regionali, professionisti sanitari e pazienti ed ha la responsabilità della valutazione dei bisogni sanitari e di definire le priorità della salute pubblica.

A livello di dipartimento, i comuni controllano alcuni servizi sociali e sanitari, per esempio l'istituzione e i servizi per le persone anziane e i disabili, i programmi di welfare sociale e lavorativo, finanziano i sostegni ai cittadini con bassi redditi, l'assistenza a domicilio, la protezione dei bambini, la prevenzione di alcune malattie come la tubercolosi, malattie trasmesse sessualmente.

I comuni hanno anche un ruolo riguardo all'igiene pubblica (salute ambientale).

Il Piano strategico sanitario regionale (SROS), per ogni territorio sanitario definisce gli obiettivi di miglioramento riguardo all'organizzazione delle cure e propone lo sviluppo delle attività, le misure di cooperazione e ristrutturazione.

2.4. Caratteristiche del sistema italiano

In Italia il Servizio Sanitario Nazionale nasce nel 1978, esso é definito come il complesso delle funzioni, dei servizi e delle attività destinate alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione, senza distinzione alcuna. Il sistema garantisce la gestione unitaria della tutela della salute e vi provvede in modo uniforme sull'intero territorio nazionale. Negli anni 90, il sistema subisce una svolta verso l'aziendalizzazione (orientamento al quasi mercato) con l'adozione della "concorrenza amministrata" [Enthoven 1985, France 1999], successivamente evoluta verso forme di "cooperazione amministrativa" [Light 1997; Vicarelli 2002]; si sviluppano nuovi metodi e tecniche di gestione, che seguono i principi del *New Public Management*³⁷.

E', però, con il varo dei decreti legislativi 502/92 e 517/93, che prende piede, in Italia, il processo di decentramento in sanità, enfatizzando il ruolo delle Regioni sul versante dell'offerta ma, allo stesso tempo, dandole notevole responsabilità sul versante delle spese [Tognetti Bordogna 1998; Maino 2001].

³⁷ Il *New Public Management* è definibile come uno stile di gestione del settore pubblico, che sull'esempio delle pubbliche amministrazioni anglosassoni, vuole integrare le pratiche gestionali tradizionali di un ente pubblico con una metodologia più orientata al risultato (l'interesse pubblico), mutuata dal settore privato e mirata ad un suo maggior coinvolgimento nella gestione della cosa pubblica per consentire una maggiore elasticità ed economicità nelle prestazioni richieste, per riorganizzare le burocrazie e i relativi bilanci in modo più efficiente e per dare agli Enti stessi un ruolo che prediliga le funzioni di coordinamento e controllo alleggerendo le funzioni di diretta erogazione delle prestazioni di servizi alla cittadinanza che, se compiute tramite gli iter previsti, sono spesso più costose a parità di efficienza.

Questi decreti hanno comportato, per le Regioni, un nuovo assetto istituzionale in materia sanitaria, all'interno di un *framework* di regole nazionali finalizzate ad introdurre nel SSN meccanismi di concorrenza tra le organizzazioni sanitarie e all'interno di queste, metodi e tecniche di gestione tipiche delle imprese private [Neri 2006].

Le competenze sanitarie sono assegnate in base al "principio di sussidiarietà", dove il servizio sanitario è articolato secondo diversi livelli di responsabilità e di governo:

- a livello centrale/Stato spetta assicurare, a tutti i cittadini, il diritto alla salute, attraverso i livelli essenziali di assistenza, ovvero i principi fondamentali del sistema attraverso la legislazione cornice, orientata all'obiettivo fondamentale di tutela della salute;
- a livello regionale compete l'attuazione del governo, dell'organizzazione delle strutture sanitarie e della spesa sanitaria per il raggiungimento degli obiettivi di salute del Paese, avendo la competenza esclusiva nella regolamentazione ed organizzazione di servizi e di attività destinate alla tutela della salute e dei criteri di finanziamento delle Aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere.

Con l'evoluzione del processo di regionalizzazione spetta alle singole Regioni stabilire l'assetto organizzativo e regolativo dei propri Servizi Sanitari Regionali, determinando di conseguenza differenti configurazioni nell'offerta e nella regolazione dell'assistenza sanitaria non solo, come in passato, dal punto di vista della quantità, della qualità e dell'efficienza dei servizi, ma anche sotto il profilo delle regole volte a disciplinare l'organizzazione ed il funzionamento del Servizio sanitario regionale (Ssr) ed i rapporti che intercorrono fra i diversi soggetti istituzionali [Tognetti Bordogna 2010].

Per quanto riguarda l'offerta, le Regioni possono scegliere fra un forte grado di integrazione fra le funzioni di finanziamento e produzione, mantenendole entrambe all'interno dell'ASL, oppure possono separare le due funzioni, mantenendo la prima in capo all'ASL e attribuendo la seconda alle Aziende Ospedaliere, che riuniscono le strutture di produzione dei servizi scorporate dalle ASL [Neri 2006].

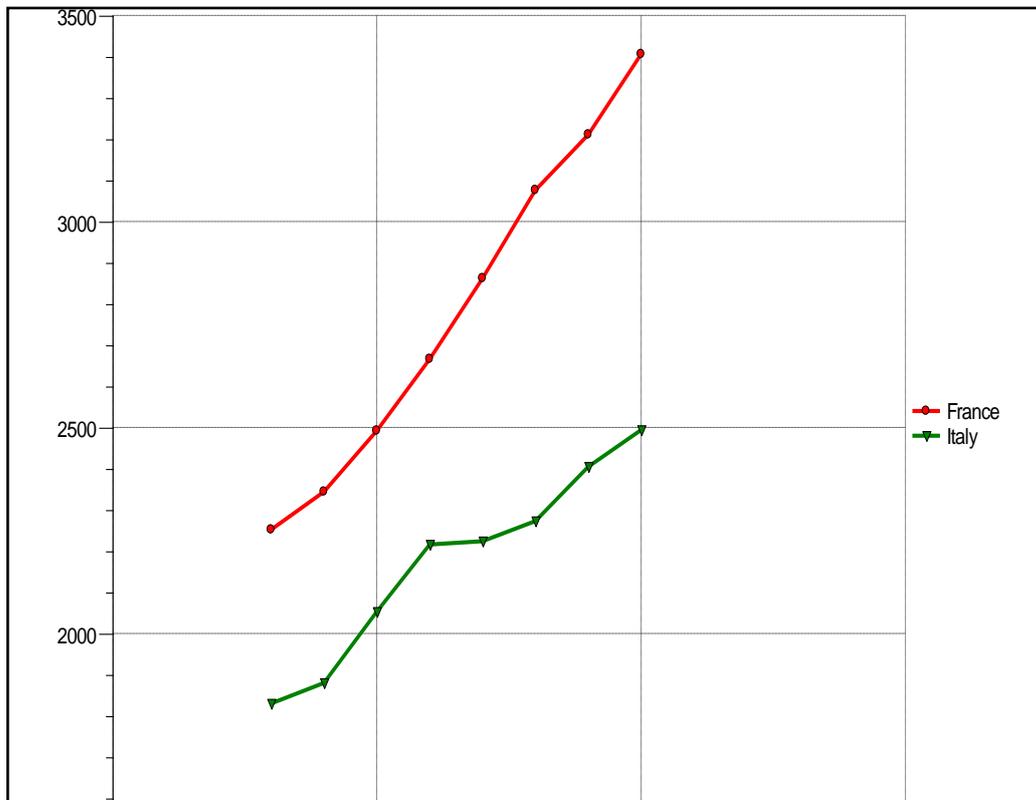
Il sistema sanitario italiano, a fianco del pubblico, conta su una serie di produttori privati accreditati sia profit che non-profit [Tognetti Bordogna 2010]. Tutte le Regioni hanno previsto tetti di spesa a carico del SSN, che il più delle volte non vengono rispettati [Cantù, Carbone 2007], mentre i cittadini possono scegliere liberamente la struttura a cui rivolgersi, fra quelle accreditate o pubbliche.

3. Uguali o differenti? I due sistemi a confronto

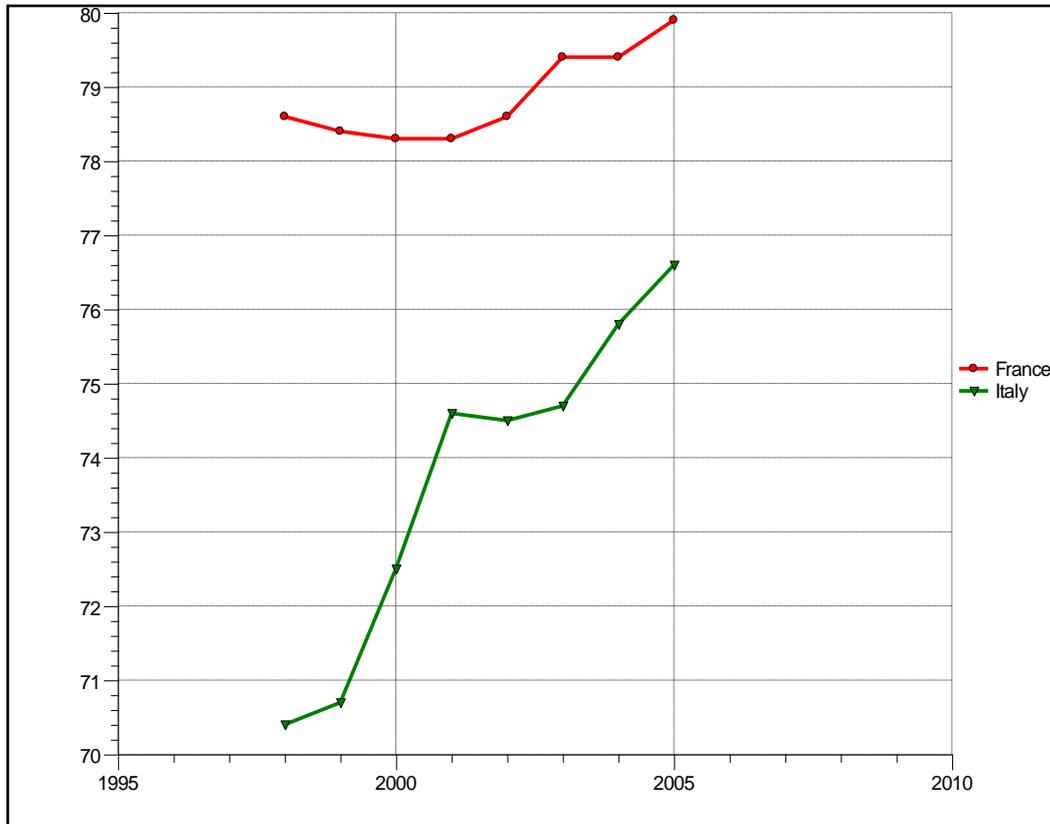
Come abbiamo descritto nei paragrafi precedenti, entrambi i paesi considerati si stanno muovendo verso una progressiva diminuzione degli organismi di gestione e verso un trasferimento delle competenze a livello decentrato (bottom-up), sia con la regionalizzazione/decentramento sia diminuendo le divisioni di attribuzione già stabilite precedentemente, e inoltre, tutti i paesi stanno orientandosi verso una copertura universale del proprio sistema sanitario.

In relazione al finanziamento dei sistemi sanitari di questi due paesi analizzando i dati disponibili nel database Health for All dall'OMS, possiamo notare come la Francia, con una fonte di finanziamento basata sulle assicurazioni sociali, spenda di più dell'Italia che finanzia la spesa sanitaria attraverso la fiscalità generale (Fig. 22 ; Fig. 23).

Figura 22 Spesa sanitaria totale % sul PIL, Francia e Italia



Fonte: nostra elaborazione su dati WHO *HFADB*

Figura 23 % spesa pubblica sul totale della spesa sanitaria, Francia e Italia

Fonte: nostra elaborazione su dati WHO HFADB

Entrando più nel dettaglio delle analisi sui sistemi sanitari ed andando ad indagare le variabili significative ad esse legate nello EUROBAROMETER 283 “Health and Long-Term Care” del 2007 viene valutata la qualità percepita dagli europei sui medici di famiglia. In generale, in Europa i servizi sanitari vengono percepiti di qualità molto buona nel 30% e abbastanza buona nel 54%.

Solo una piccola minoranza di cittadini europei sono poco soddisfatti (12% valutano la qualità dei servizi piuttosto male e il 2% molto male). In relazione ai paesi da noi considerati, alla domanda sulla qualità del medico di famiglia, rispondono che è “buona” il 93% dei francesi e il 77%

degli Italiani. Relativamente alla facilità di accesso al medico di famiglia, rispondono che è “facile” in Francia il 93% della popolazione oggetto di studio contro l’83% degli italiani.

Tabella 3 Risultati sulla qualità percepita dagli europei sui medici di famiglia e gli ospedali

Qualità del medico di famiglia? Buona	Facilità di accesso al medico di famiglia? Facile	Ospedali, Buoni?
Francia: 93%	Francia: 93%	Francia: 83%
Media UE: 84%	Media UE: 88%	Media UE: 71%
Italia: 77%	Italia: 83%	Italia: 63%

Fonte: Eurobarometer. Special Surveys. Health and long-term care in the European. May – June 2007

Dalla tabella si evince come, per tutte le variabili considerate, l’Italia si trovi sotto la media europea, mentre la Francia riguardo alla qualità del medico di famiglia e alla facilità di accesso, si trovi tra i primi tre posti a livello europeo

Sulla base dei dati riportati, risulta interessante comprendere meglio le modalità con cui nei due paesi è organizzata la medicina generale o di famiglia.

Abbiamo analizzato la struttura della medicina generale nei paesi a confronto³⁸ considerando sei aspetti: la funzione o meno di gatekeeping da parte del medico, avendo egli la funzione di filtro rispetto al resto di

³⁸ Boyle, S. *Health system snapshots: perspectives from six countries*. Eurohealth 2008 http://www.euro.who.int/document/obs/Eurohealth14_1.pdf.

prestazioni del sistema sanitario, il contratto dei medici con il sistema sanitario, la scelta e l'accesso da parte dei pazienti al medico, la modalità di lavoro e di pagamento ai medici.

Tabella 4 Caratteristiche del Medico di medicina generale, Francia e Italia

	Gatekeeping	Pagamento al punto di utilizzo	Contratto	Modalità di lavoro	Pagamento
Francia	No	Si	Libera professione	Da soli	A prestazione
Italia	Si	No	Libera professione	Da soli	Quota capitaria (incentivi)

In Francia il medico di famiglia, in generale, non ha la funzione di gatekeeping, recentemente è stata introdotta questa funzione (*mèdecin traitant*) in maniera volontaria, viene pagato in base a un compenso fisso secondo il numero di pazienti ed è fortemente incentivato economicamente.

L'accordo nazionale tra i medici e le assicurazioni fissa una tariffa standard di pagamento per prestazione. I medici sono liberi professionisti e realizzano un contratto con le assicurazioni, e sono pagati a prestazione; la maggior parte dei medici lavora da solo.

I pazienti possono scegliere liberamente il loro medico di base, inoltre possono rivolgersi direttamente agli specialisti senza passare dal medico generico. In generale, i pazienti pagano direttamente la visita e dopo vengono rimborsati dall'assicurazione.

In Italia, invece, i medici di base sono la porta di entrata nel sistema sanitario e l'accesso alle altre prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale. I medici di medicina generale sono liberi professionisti convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale, principalmente in base a quota capitaria ed a incentivi per l'efficienza; il professionista per ognuno dei suoi pazienti riceve un compenso forfettario annuo.

L'accesso al medico è gratuito, gli studi medici in genere sono aperti cinque giorni alla settimana, diverso è il numero di ore settimanali in relazione al numero di assistiti che, per ogni medico è, al massimo, pari a 1500 pazienti.

Possiamo osservare come il modello di organizzazione della medicina generale appaia collegato ai livelli della spesa.

Infatti, in corrispondenza di elevati livelli di spesa sanitaria come il caso francese, la medicina generale non ha funzione di "gatekeeping" ed il pagamento si basa su tariffe standard ed al punto di utilizzo

Invece, in corrispondenza di minori livelli di spesa sanitaria, la medicina generale ha una funzione di filtro ed il pagamento avviene attraverso quota capitaria o salario con incentivi.

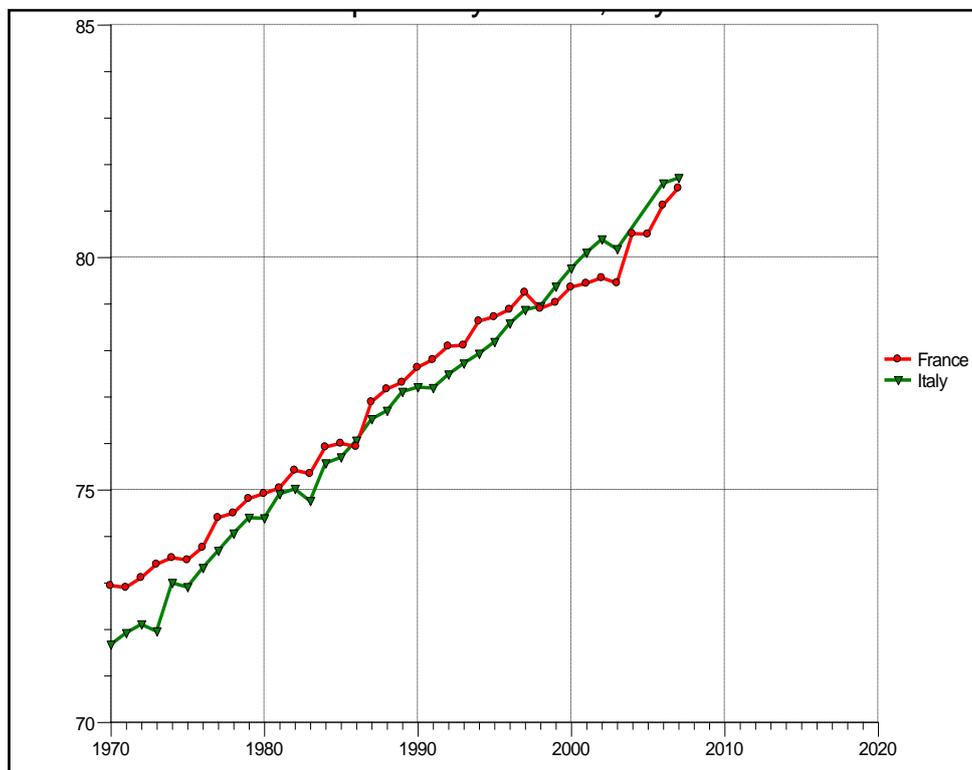
Va rilevato però, che la Francia sta implementando una funzione di gatekeeping da parte del medico di medicina generale, promuovendo anche un cambiamento nella retribuzione (adozione della quota capitaria), mentre in Italia si stanno registrando alcune forme di associazionismo tra i medici di medicina generale.

4. Il quadro nosologico di Francia e Italia

Prima di indagare il tema delle disuguaglianze di salute nei due paesi oggetto di studio, è utile, dopo aver analizzato lo sviluppo del sistema sanitario e gli impatti in termini di spesa sanitaria, analizzare la situazione nosologica della popolazione utilizzando i dati disponibili nel database Health for All dall'OMS.

Per inquadrare il fenomeno, il primo elemento da indagare è la speranza di vita alla nascita nei due paesi, come possiamo notare dai grafici sottostanti, Francia e Italia hanno valori tra loro molto simili, oltre la media europea, assestandosi oltre gli 80 anni.

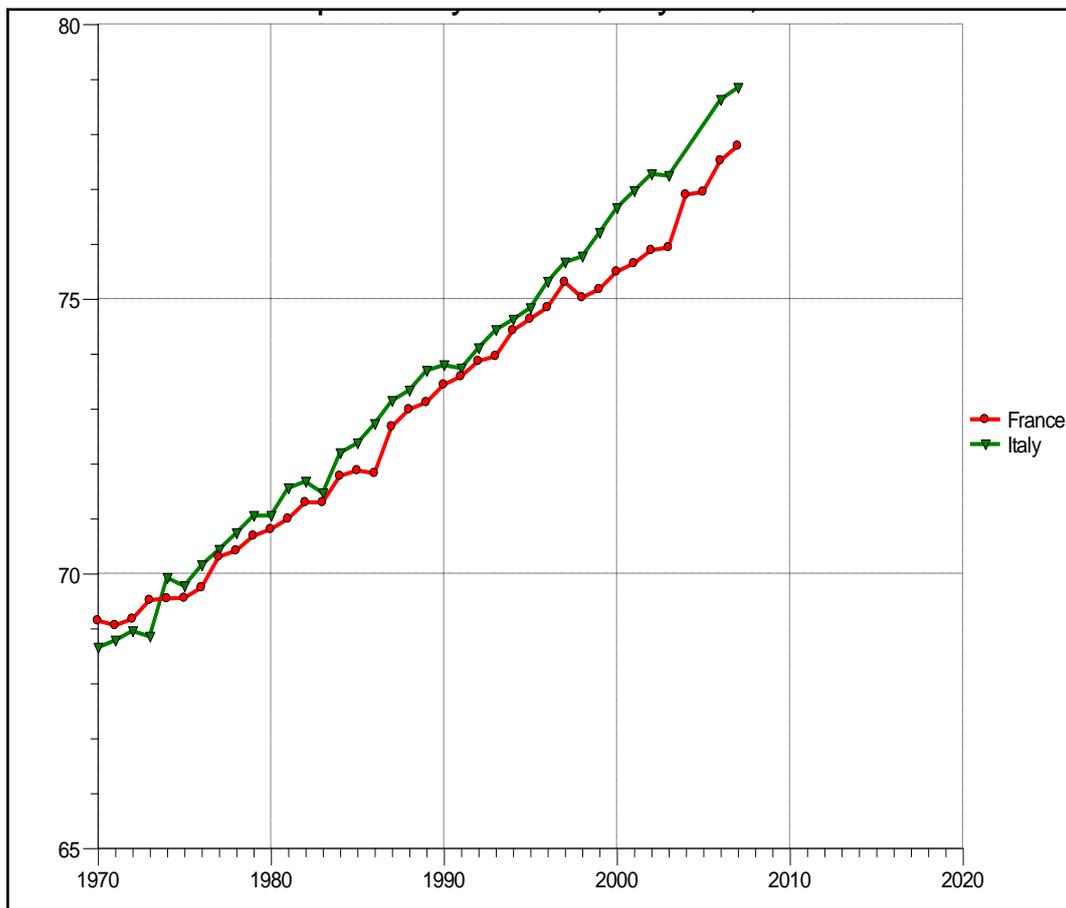
Figura 24 Speranza di vita, in anni, alla nascita, Francia e Italia

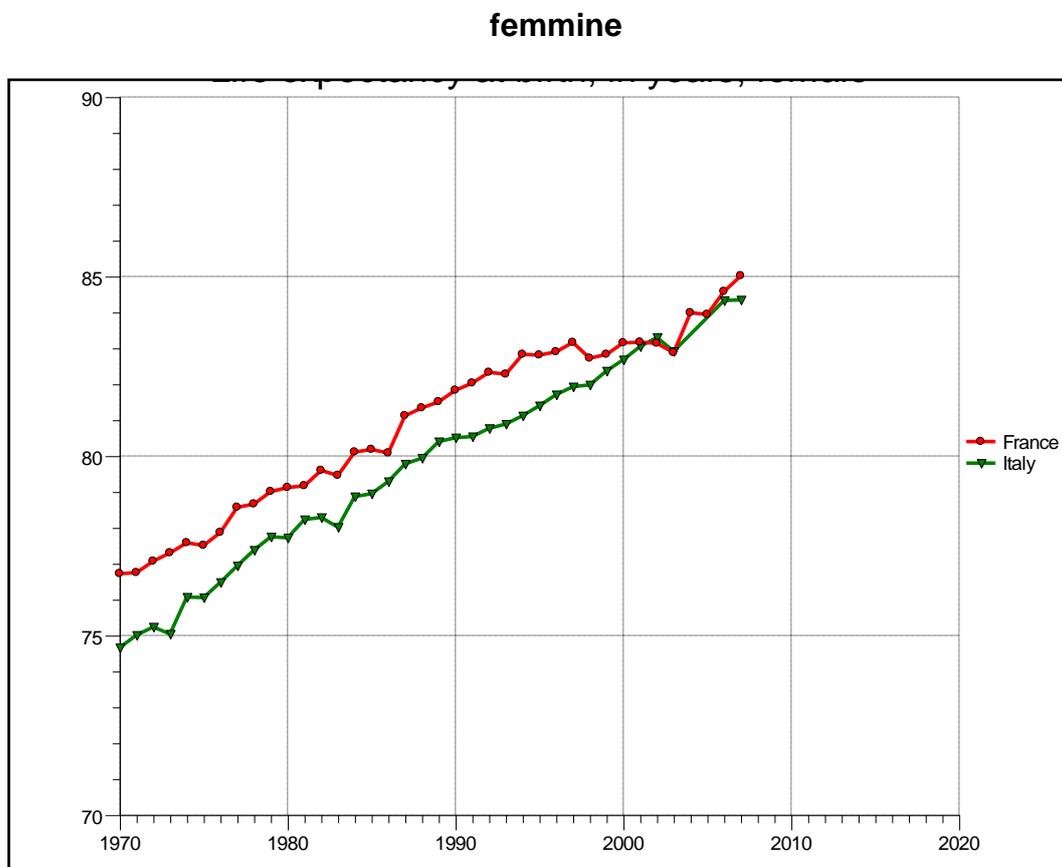


Fonte: nostra elaborazione su dati WHO *HFADB*

Se analizziamo la stessa variabile per genere possiamo notare come vi sia, in entrambi i paesi, un notevole vantaggio a favore delle donne, infatti la speranza alla nascita per gli uomini è al di sotto degli 80 anni, più evidente in Francia che in Italia; mentre le donne raggiungono gli 85 anni con un beneficio maggiore per quelle francesi.

Figura 25 Speranza di vita, in anni, alla nascita, Francia e Italia
maschi



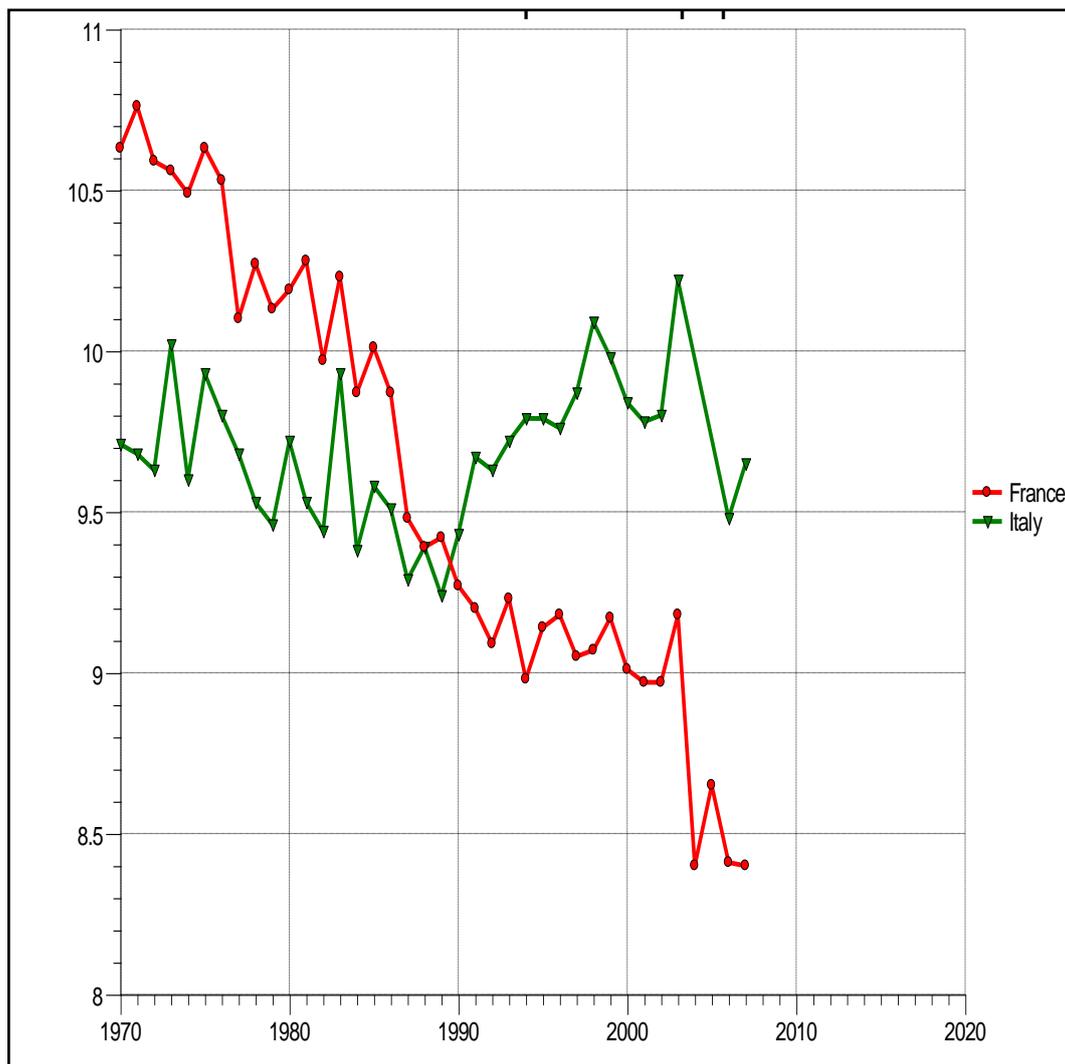


Fonte: nostra elaborazione su dati WHO *HFADB*

Un'ulteriore variabile di indagine del quadro nosologico della popolazione è costituito dal tasso standardizzato di mortalità, che indica il numero di decessi in un anno per mille abitanti, esprimendo indirettamente il grado di salute e benessere di una popolazione, e neutralizzando, a differenza del tasso grezzo, l'influenza della eventuale diversa composizione per età delle popolazioni poste a confronto.

Si sono utilizzati i tassi standardizzati per rendere confrontabile, nel periodo analizzato, l'intensità del fenomeno nei due paesi. In questo modo la diversa composizione della struttura per età non condiziona più il tasso di mortalità.

Figura 26 Tasso di mortalità per mille abitanti Francia e Italia

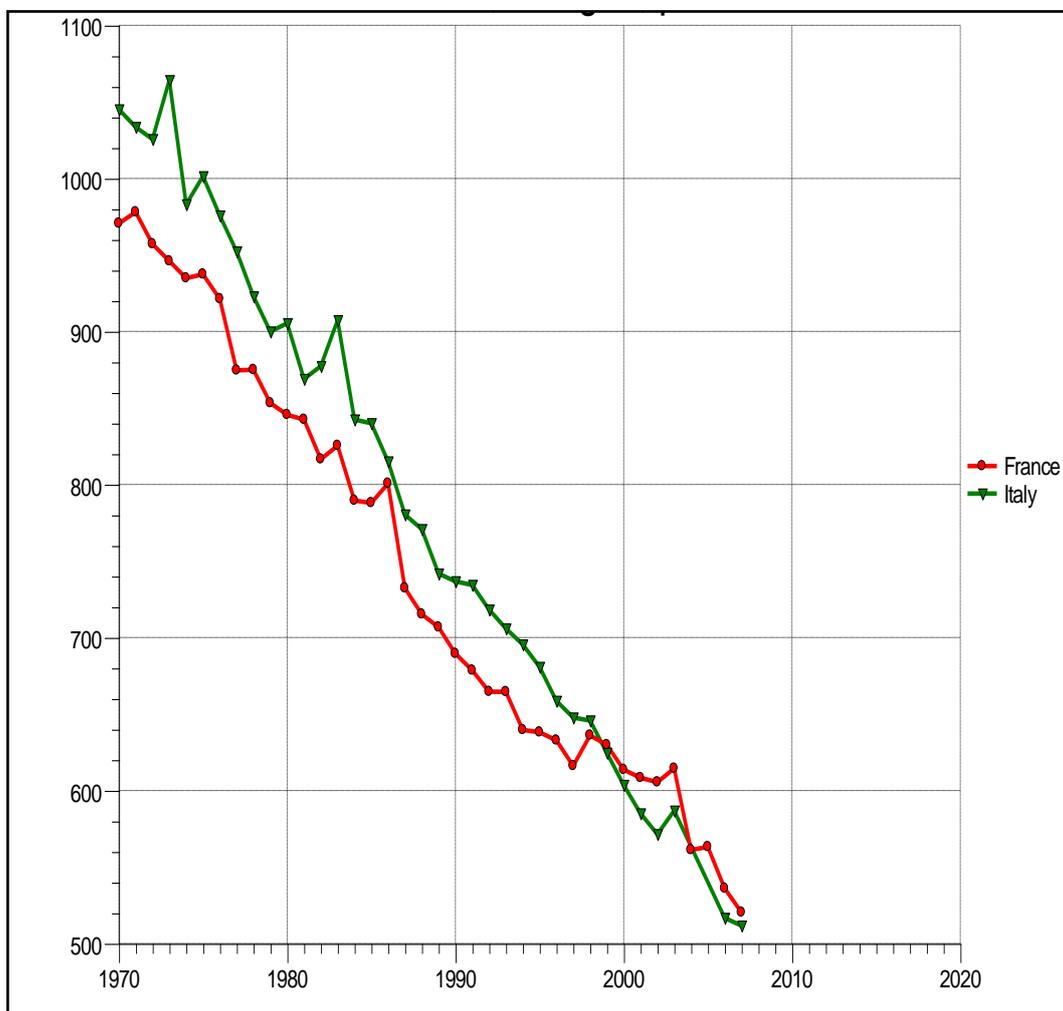


Fonte: nostra elaborazione su dati WHO *HFADB*

Dal grafico precedente si evince come la Francia abbia tassi di mortalità più bassi rispetto all'Italia dove il tasso è pari a 9,7 per 1.000, ossia sono decedute in media 9,7 persone ogni 1.000 abitanti.

Nell'attuale scenario demografico, le malattie cronic-degenerative legate al processo di invecchiamento dell'organismo, si confermano le principali cause di morte. Osservando i tassi standardizzati di mortalità per tutte le cause di morte della popolazione possiamo notare, in entrambi i paesi, un trend discendente molto evidente.

Figura 27 Tasso di mortalità per centomila abitanti Francia e Italia

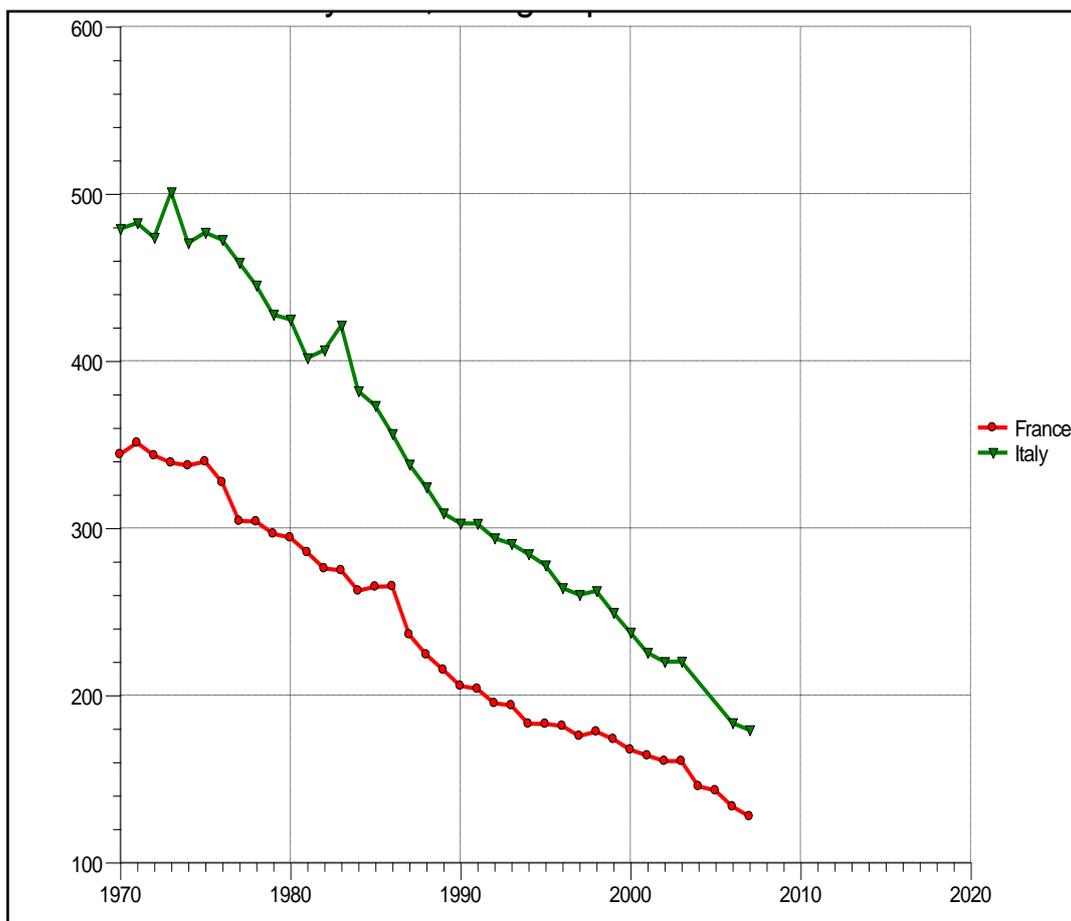


Fonte: nostra elaborazione su dati WHO HFADB

Indaghiamo ora il fenomeno legato alle malattie croniche dichiarate, se compariamo i due paesi possiamo osservare come vi sia un tasso più elevato di decessi legati a malattie del sistema circolatorio in Italia rispetto alla Francia. In Italia le malattie del sistema circolatorio, in particolare fra gli uomini, costituiscono la prima causa di morte.

Le malattie del sistema circolatorio sono prerogativa delle fasce più anziane della popolazione, e rappresentano la causa principale di morte dopo gli 85 anni di età, sia per gli uomini che per le donne e fra queste ultime lo sono già a partire dai 65 anni.

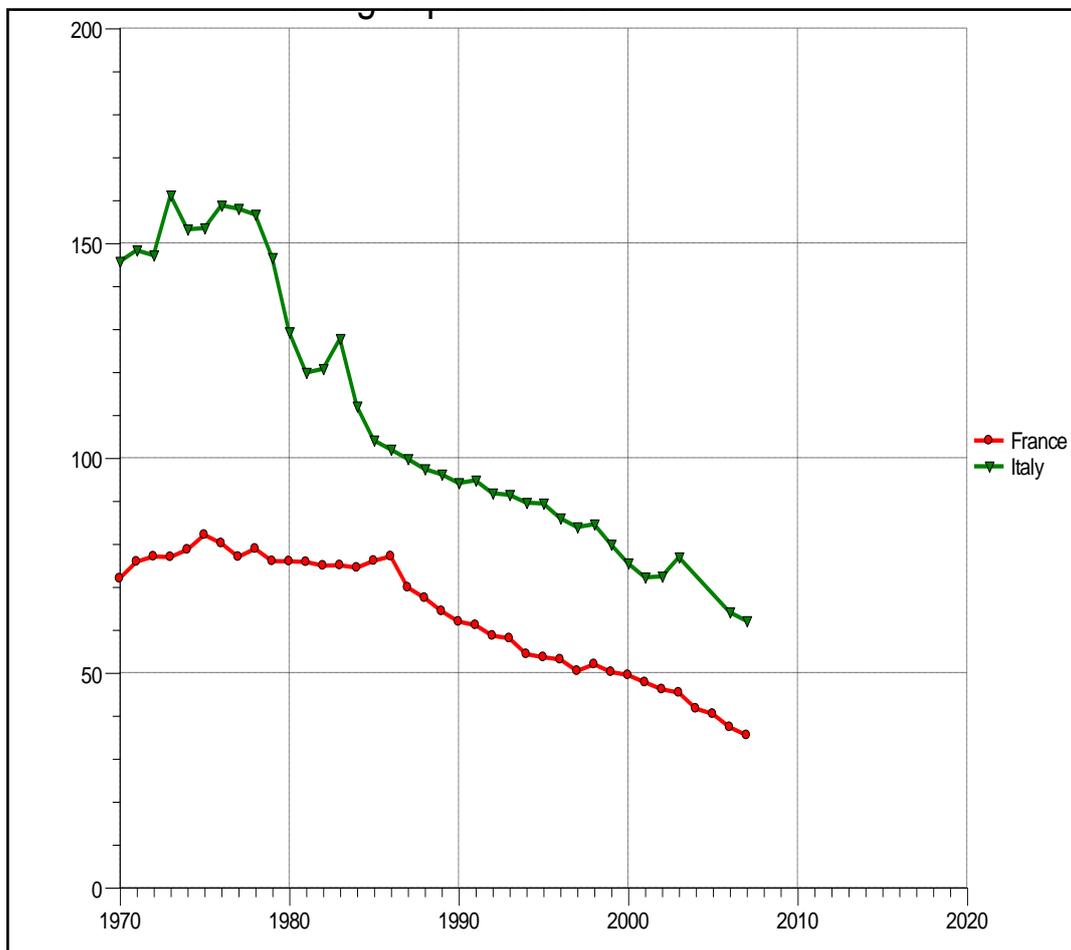
Figura 28 Tasso di mortalità per centomila abitanti Francia e Italia: malattie del sistema circolatorio



Fonte: nostra elaborazione su dati WHO HFADB

La gran parte delle malattie del sistema circolatorio è imputabile alle malattie ischemiche del cuore (quali l'infarto del miocardio) e alle malattie cerebrovascolari (come l'ictus), fenomeno anche questo più rilevante in Italia rispetto alla Francia.

Figura 29 Tasso di mortalità per centomila abitanti Francia e Italia: Ischemie cardiache

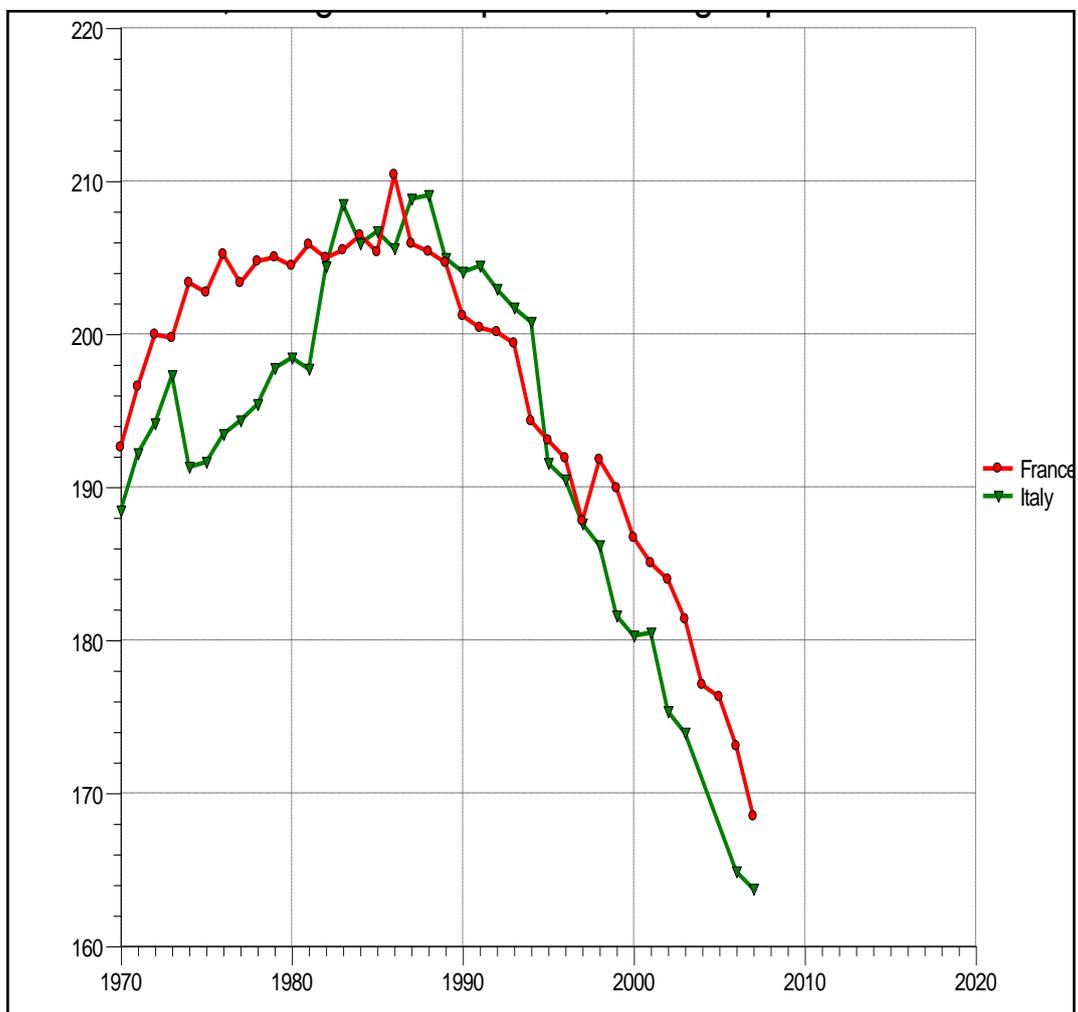


Fonte: nostra elaborazione su dati WHO HFADB

I tumori, prerogativa della popolazione adulta e matura, rappresentano la prima causa di decesso dopo i 45 anni di età, in particolare, in entrambi i paesi, osservando la ripartizione per genere, si nota come siano, il

tumore del polmone fra gli uomini e quello alla mammella fra le donne, i responsabili del maggior numero di morti attribuibili a neoplasie. Queste due sedi tumorali sono le più frequenti in tutti i gruppi di età delle due popolazioni dopo i 45 anni, anche se i decessi per patologie neoplastiche sono più diffuse in Francia che in Italia.

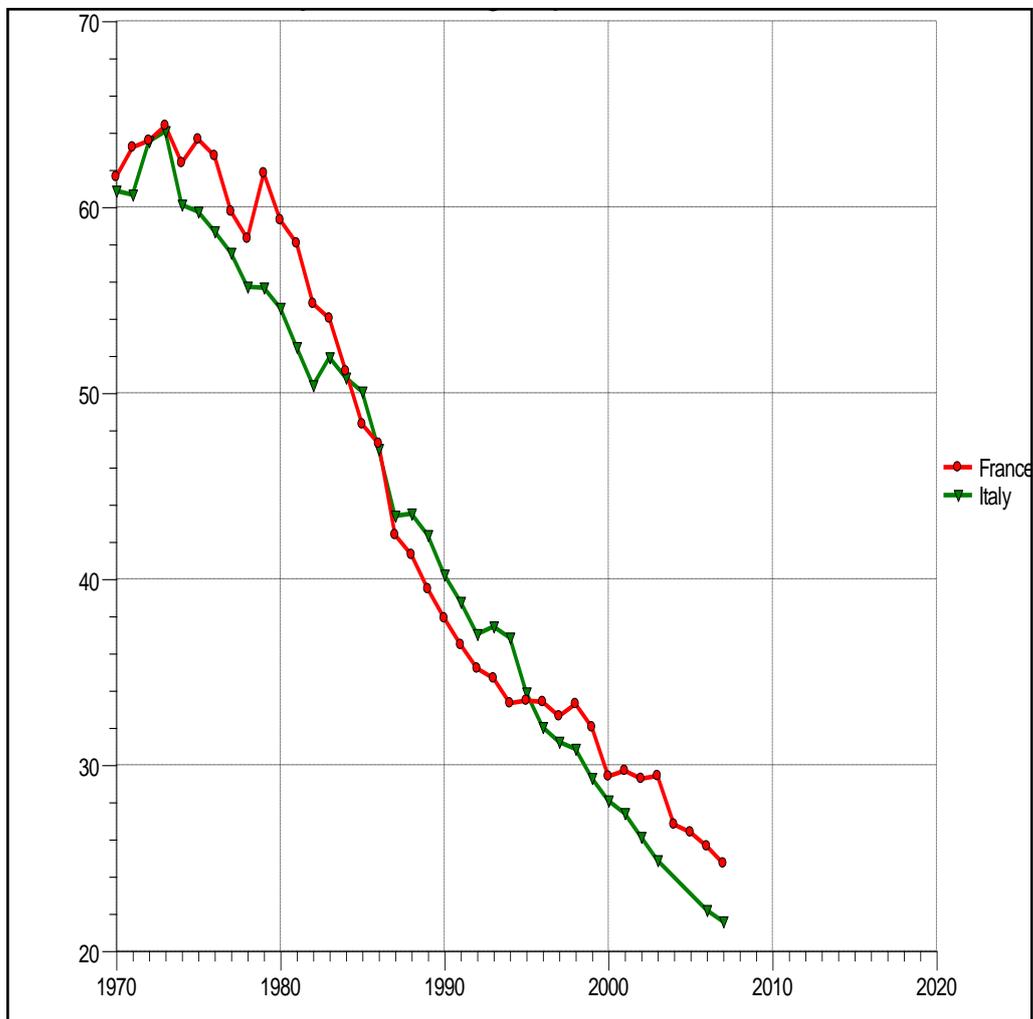
Figura 30 Tasso di mortalità per centomila abitanti Francia e Italia: Tumori



Fonte: nostra elaborazione su dati WHO HFADB

Le patologie legate all'apparato digerente rappresentano una delle più importanti cause di morte, ed hanno, inoltre, un impatto rilevante sui costi del sistema sanitario. Si evidenzia un trend decrescente in entrambi i paesi, da notare come dopo la metà degli anni novanta vi sia stata una decelerazione in Francia rispetto all'Italia.

Figura 31 Tasso di mortalità per centomila abitanti Francia e Italia: malattie dell'apparato digerente



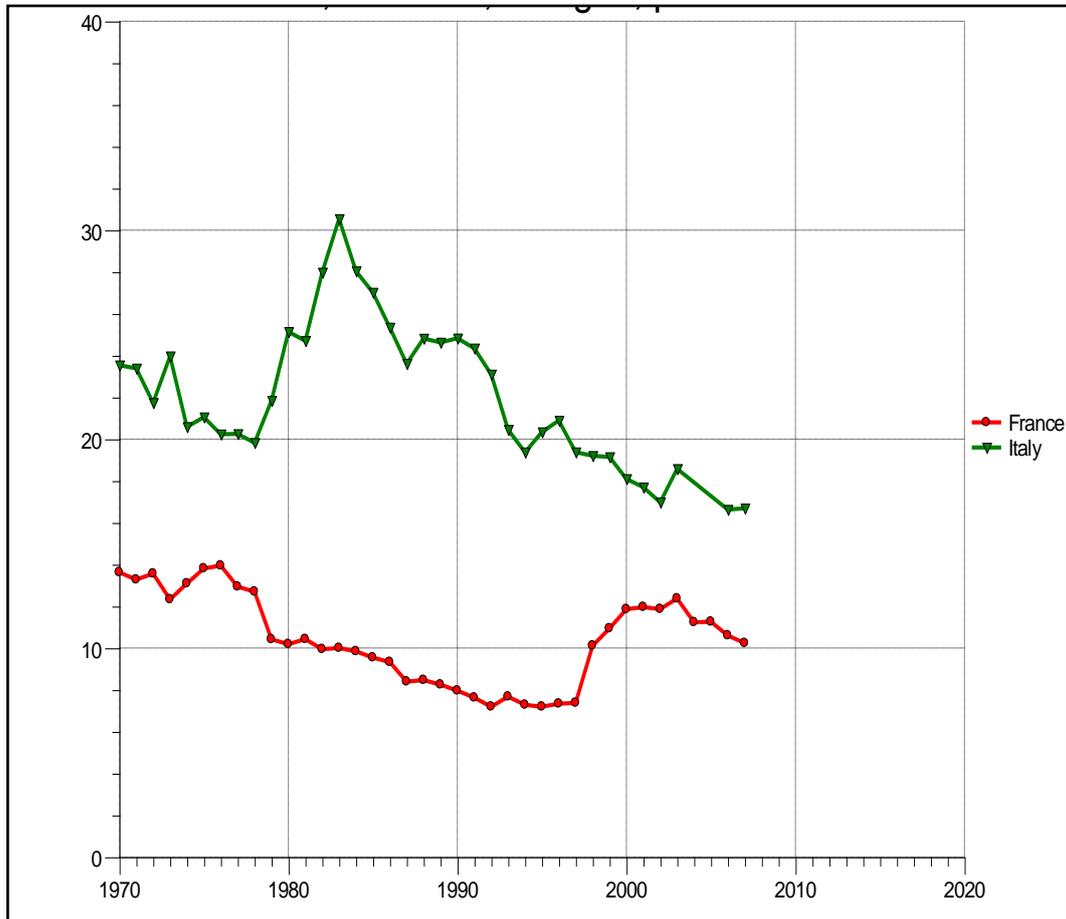
Fonte: nostra elaborazione su dati WHO HFADB

Se osserviamo infine il tasso di mortalità legato diabete, possiamo notare come questo non presenti un fenomeno decrescente come per le altre tipologie di morte, ma sia in aumento, tale da indurre gli esperti a parlare di epidemia mondiale di diabete. Questo, infatti, costituisce uno dei maggiori problemi sanitari dei paesi economicamente evoluti, in quanto legato agli stili di vita della popolazione

Il diabete è più diffuso nelle classi più svantaggiate laddove i fattori di rischio, quali obesità e inattività fisica, sono più comuni.

La diffusione, ovvero la prevalenza della malattia, aumenta al crescere dell'età; il diabete risulta molto spesso associato ad un'altra causa di morte e come tale contribuisce al progressivo peggioramento delle condizioni di salute fino al decesso.

Il tasso di mortalità per diabete subisce una lieve flessione nel tempo dovuta principalmente all'incremento della popolazione anziana, particolarmente più evidente in Italia rispetto alla Francia.

Figura 32 Tasso di mortalità per centomila abitanti Francia e Italia: Diabete

Fonte: nostra elaborazione su dati WHO HFADB

Analizziamo ora le variabili legate agli stili di vita per comprendere globalmente lo stato nosologico delle popolazioni, in quanto, come abbiamo descritto nei capitoli precedenti di questo lavoro, essi rappresentano fattori fondamentali nella determinazione dei determinanti sociali di salute.

In Europa l'alcol è responsabile di 195.000 morti l'anno ed è la terza causa di mortalità prematura (preceduto dall'ipertensione e dal consumo

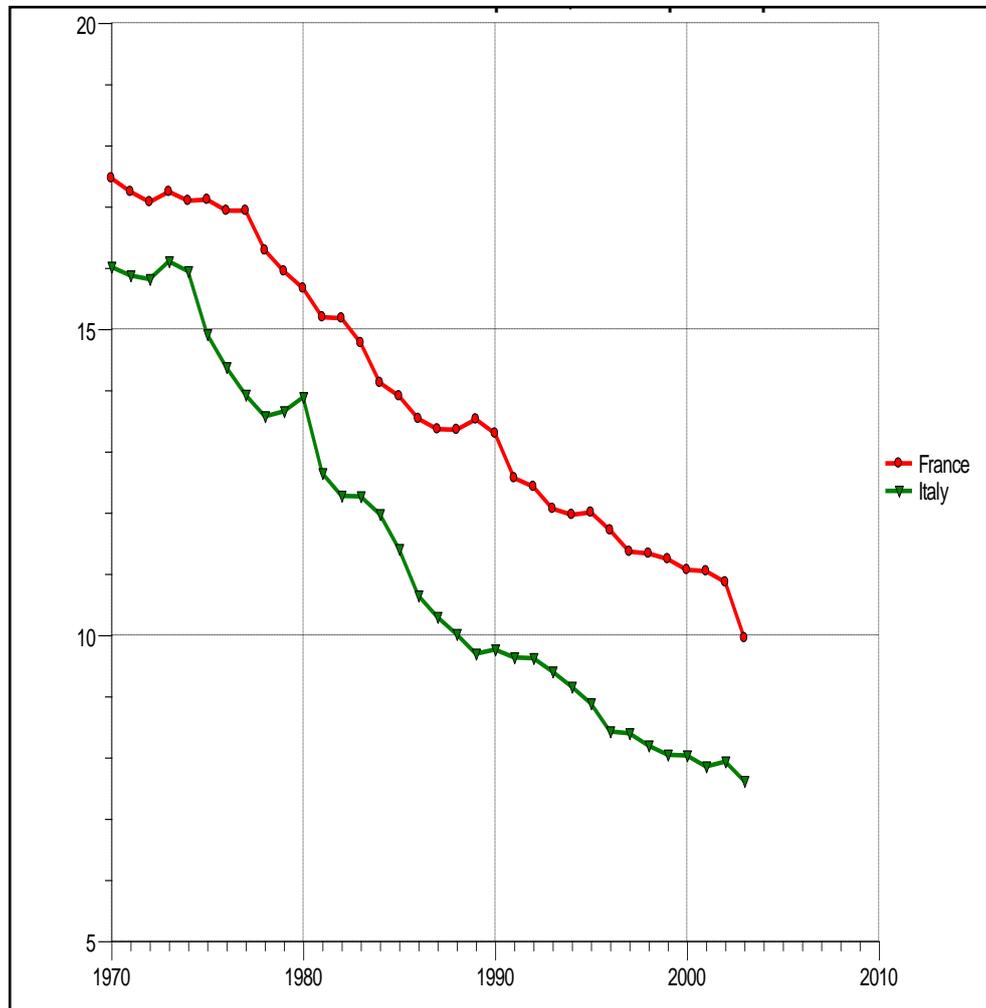
di tabacco), oltre ad essere causa di circa 60 malattie e condizioni patologiche, incluso il cancro.

Gli effetti “netti” dell'alcol portano ad un carico di mortalità prematura, disabilità e malattie croniche evitabili, come afferma la *World Health Organization* (WHO), a fronte di una maggiore responsabilità da parte di chi beve e di chi è deputato a tutelarne la salute.

Nel corso degli ultimi 30 anni il consumo di alcol puro pro capite (alcol consumato tramite tutti i tipi di bevande alcoliche) è diminuito, sebbene, negli ultimi anni, sia stata evidenziata un'inversione di tendenza con un incremento nei consumi pro capite di alcol puro.

Tale diminuzione sembrerebbe legata, principalmente, al calo dei consumi di vino mentre i consumi di superalcolici e birra si mantengono, rispettivamente, costanti e in lieve aumento.

I dati sul consumo medio pro capite di alcol in entrambi i paesi (circa 10 litri pro capite per la Francia e 7 per l'Italia) risulta decisamente al di sopra di quello che il WHO raccomanda di raggiungere per il 2015 (5 litri pro capite l'anno per la popolazione ultra 15enne).

Figura 33 Consumo di alcol, litro pro capite Francia e Italia

Fonte: nostra elaborazione su dati WHO HFADB

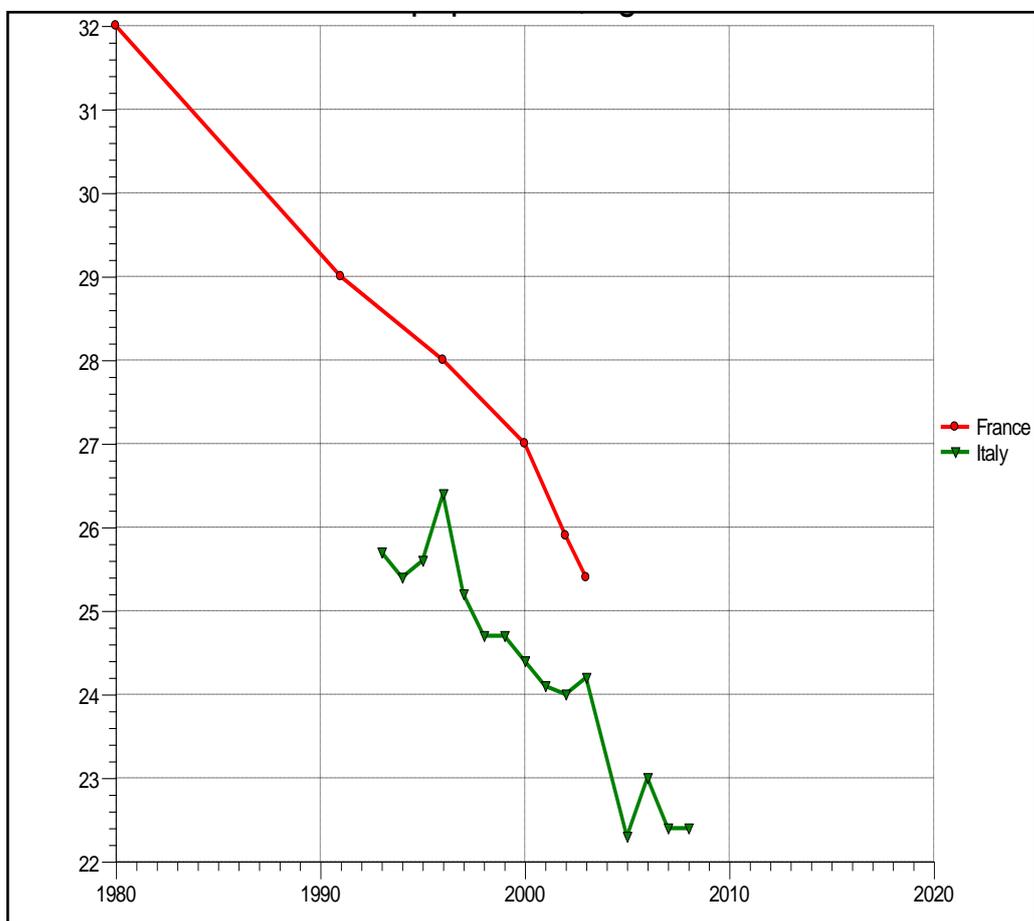
L'ultimo indicatore considerato è la propensione al fumo della popolazione over 15 anni; l'abitudine al fumo rappresenta uno dei più grandi problemi di sanità pubblica a livello mondiale ed è uno dei maggiori fattori di rischio nello sviluppo di patologie neoplastiche, cardiovascolari e respiratorie.

Secondo i dati del WHO il fumo di tabacco rappresenta la seconda causa di morte nel mondo e la principale causa di morte evitabile.

La WHO calcola che quasi 6 milioni di persone perdano la vita ogni anno per i danni da tabagismo e il totale dei decessi entro il 2030 potrebbe raggiungere quota 8 milioni all'anno; si stima che nel XXI secolo il tabagismo avrà causato fino a un miliardo di morti.

Dal grafico si evince come la percentuali di fumatori sia più numerosa in Francia rispetto all'Italia.

Figura 34 Percentuale di fumatori giornalieri nelle popolazione over 15 anni, Francia e Italia



Fonte: nostra elaborazione su dati WHO HFADB

In generale, va considerato che la qualità di vita del fumatore è seriamente compromessa, a causa della maggiore frequenza di patologie

respiratorie e cardiache che possono limitare le attività della vita quotidiana.

In questi anni, a livello internazionale, si stanno sempre più sviluppando interventi di prevenzione e di cura per affrontare “questa epidemia” in modo complessivo.

Capitolo VI La ricerca

L'esercizio che intraprenderemo, nella parte empirica di questo studio come già espresso in precedenza, riguarderà l'analisi delle possibili relazioni esistenti tra condizioni sociali e di salute in due contesti che, seppur prossimi sul piano geografico, appartengono a due raggruppamenti di paesi diversi [Figueras 1994] presentando di conseguenza, sul piano di politica sanitaria e di regimi di welfare sanitario e non, situazioni tra loro differenti.

Volendo identificare una classificazione sovranazionale dei sistemi sanitari, europei alcuni studiosi hanno ipotizzato raggruppamenti possibili in base a diverse caratteristiche dell'offerta, della domanda e delle performance delle istituzioni dedicate alla salute dei cittadini, che legano tra loro sistemi sanitari europei differenti.

Secondo questa classificazione, Figueras e colleghi, in un articolo, *dell'International Journal of Health Sciences* pubblicato nel 1994, distinguono quattro raggruppamenti o famiglie di sistemi sanitari vigenti in Europa, quali:

1. Paesi scandinavi e il Regno Unito, che dopo la Seconda Guerra Mondiale sono passati, gradualmente, da programmi di assicurazioni sociali a modelli comprensivi di servizi sanitari nazionali con copertura universale ed un modello organizzato di erogazione dei servizi;
2. Paesi mediterranei (Italia, Spagna, Portogallo e Grecia), caratterizzati da "un pattern distintivo di salute e malattia, una comune evoluzione storica dei servizi sanitari nazionali, principi

condivisi, realizzazione limitata, modelli simili di organizzazione ed erogazione (dei servizi) e una crisi e delle risposte comuni ad essa” [Figueras et al. 1994, p.136];

3. Paesi dell'Europa centro-occidentale (Francia, Germania, Austria, Olanda, Belgio e Lussemburgo), caratterizzati da modelli di assicurazioni sociali obbligatorie ampiamente sviluppate, che hanno ampliato il finanziamento dei servizi sanitari fornendo una copertura a quasi tutta la popolazione;
4. Paesi dell'Europa centro-orientale (Polonia, Repubblica Ceca, Slovacchia, Ungheria, Slovenia), caratterizzati da sistemi sanitari ex socialisti in fase di cambiamento.

Prima di entrare nel vivo della comparazione tra Italia e Francia, osserviamo come questi due paesi si muovano nel contesto europeo; per le nostre analisi utilizziamo i dati ESS (European Social Survey), che comprendono rilevazioni nei diversi paesi europei che vanno dal 2002 al 2006.

I paesi europei coinvolti che abbiamo considerato sono: Austria, Belgio, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Italia, Lussemburgo, Norvegia, Olanda, Polonia, Portogallo, Regno Unito, Repubblica Ceca, Slovenia, Spagna, Svezia, Svizzera, Ungheria.

La numerosità complessiva è di 88.842 soggetti intervistati, considerando all'incirca dai 1500 agli 8000 casi per paese.

1. Breve contestualizzazione di Italia e Francia in Europa

La ricerca sulle disuguaglianze di salute è sovente caratterizzata da tentativi di comparazione di realtà nazionali diverse al fine di comprenderne similitudini e disparità.

Le indagini attualmente disponibili in Europa consentono delle analisi? Quali sono gli strumenti per misurare la salute e l'attività effettivamente comparabile in indagini recenti a livello nazionale in Europa?

Cinque strumenti per misurare la salute soddisfano criteri di comparabilità soddisfacente e sono disponibili nei paesi da noi presi in esame (Francia e Italia) ed in altri paesi europei: la salute percepita, le misure antropometriche, alcune malattie dichiarate, alcune restrizioni di attività quotidiane, il consumo di fumo. Inoltre, è possibile confrontare i tre strumenti per misurare l'attività: lo stato di occupazione in tutti le indagini (attivo, inattivo e pensionati), la tipologia di occupazione (subordinato o autonomo) e l'orario di lavoro settimanale.

L'analisi comparativa di salute percepita, indice massa corporea e tabacco mostra che le disparità di salute tra i paesi dipendono dall'indicatore scelto.

Le differenze nella salute e nelle attività probabilmente possono essere parzialmente spiegate da fattori interni come il sistema sanitario specifico da un lato e le condizioni del mercato del lavoro dall'altro. Tuttavia, l'esistenza di complesse relazioni tra l'attività lavorativa e la salute suggerisce di analizzare questi due fenomeni simultaneamente.

L'invecchiamento demografico nei paesi sviluppati è un fenomeno noto, che si realizza principalmente attraverso due effetti: la diminuzione delle nascite e l'incremento dell'aspettativa di vita (negli ultimi quaranta anni i paesi europei hanno registrato un aumento medio di circa 8 anni di vita attesa in più alla nascita).

Questo secondo aspetto ha una ripercussione paradossalmente negativa nell'ambito della salute, in quanto aumentando la speranza di vita si protraggono i periodi di disagio psico-fisico negli anni dell'anzianità, si ha quindi un incremento della prevalenza di morbosità e disabilità a dispetto di una diminuzione dell'incidenza [Riley 1990].

A livello complessivo di popolazione, l'aspettativa di vita maggiore non ha come conseguenza diretta migliori condizioni generali di salute, in quanto agiscono dinamiche legate anche alle disuguaglianze sociali esistenti nei diversi paesi.

L'invecchiamento della popolazione non significa, infatti, che ogni gruppo sociale possa beneficiare di un'aspettativa di vita ugualmente lunga e molti studi comparativi sulle disuguaglianze di salute sono diretti ad indagare proprio le diverse configurazioni di queste disparità a livello internazionale.

Tabella 5 Comparazione tra aspettativa di vita alla nascita (in anni), percentuale di anziani e condizioni di salute tra i paesi europei.

	<i>Aspettativa di vita alla nascita (HFA-OMS 2000)⁶²</i>	<i>Percentuale di anziani 65+ (HFA-OMS 2000)</i>	<i>Salute percepita come Buona (EB 58.2 2002)⁶³</i>	<i>Presenza di malattie croniche (EB 58.2 2002)</i>	<i>Presenza di restrizioni fisiche (EB 58.2 2002)</i>
Italia	80.0	18,1	62.8	24.5	21.2
Svezia	79.9	17,3	69.2	35.9	37.5
Spagna	79.5	16.9	76.7	21.4	22.3
Francia	79.4	16,1	69.5	22.0	20.9
Austria	78.7	* 16,3	77.7	20.6	23.1
Lussemburgo	78.6	14,3	74.2	31.3	21.0
Grecia	78.5	17,5	80.7	23.7	19.2
Germania	78.4	16,4	62.0	24.3	32.1
Olanda	78.3	13,6	78.5	22.7	31.4
Gran Bretagna	* 78.2	* 15,6	68.6	34.9	30.3
Finlandia	77.9	16,1	62.3	40.2	34.9
Irlanda	76.6	11,2	85.6	15.0	16.6
Portogallo	76.2	15,5	50.3	27.2	32.3
Belgio	* 77.6	* 16,3	71.8	20.4	21.1
Danimarca	* 76.5	* 14,9	77.0	30.1	33.2

Fonte: elaborazioni su dati HFA-OMS

Pur in assenza di studi comparativi sistematici appare evidente l'esistenza di disuguaglianze di salute in tutti i paesi occidentali

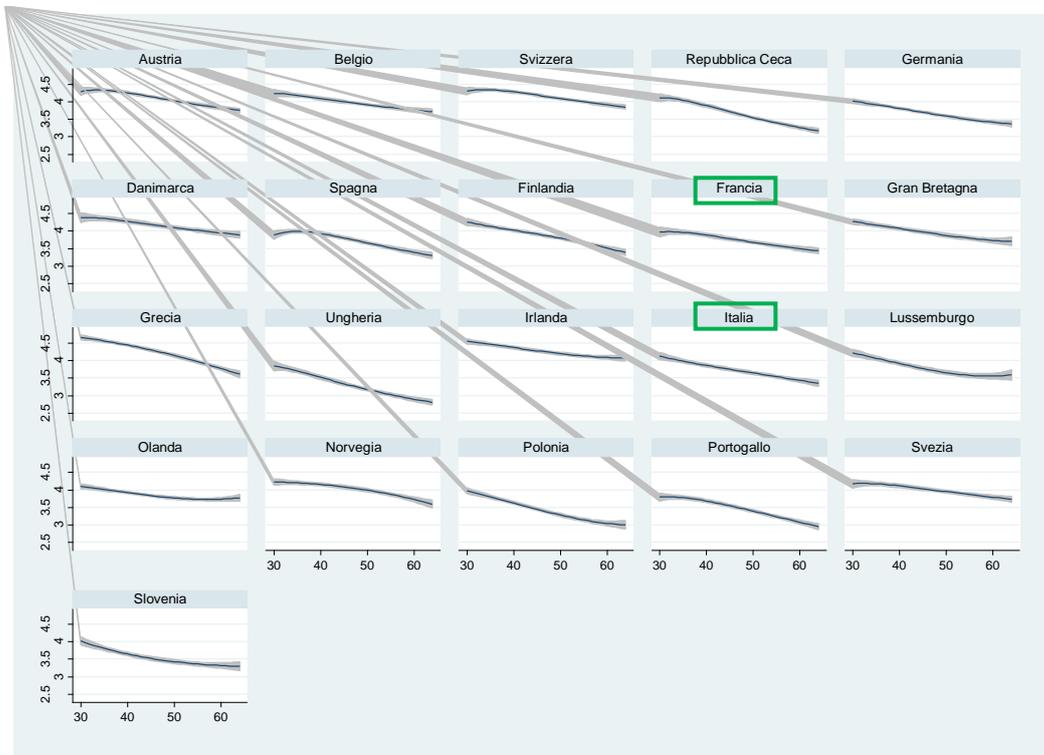
[Mackenbach et al. 2003; Cavelaars et al. 1998; Huisman et al. 2004; Basegaña et al. 2004].

Nel panorama europeo, sia la Francia che l'Italia sembrano collocarsi tra i paesi a maggiore disuguaglianza di salute, insieme a, Inghilterra, Finlandia e Ungheria. Meno intense, ma ugualmente presenti, appaiono le disuguaglianze negli altri paesi scandinavi e in Olanda [Valkonen 1994; Costa et al. 1994].

Un recente studio di Kunst e colleghi (2005) mostra che, a parità di titoli di studio e reddito, le disuguaglianze di classe nella salute sono più forti in Grecia e via via meno intense in Spagna, Belgio, Irlanda, Portogallo, Italia, Francia, Regno Unito, Germania e Olanda.

L'Italia *in primis* e la Francia *in secundis* dunque presentano un livello di disuguaglianze di salute certamente non tra i migliori ma un'aspettativa di vita tra le più lunghe.

Figura 35 Salute percepita in funzione dell'età al momento dell'intervista nei 21 paesi ESS (polinomi frazionali)



Fonte: nostra elaborazione su dati ESS

Dai grafici dei polinomi frazionali emerge che lo stato di buona salute diminuisce col progredire dell'età, tale andamento appare molto simile in tutti i paesi, probabilmente perché riflette il processo biologico dell'invecchiamento.

2. Le disuguaglianze di salute in Francia e in Italia: un approccio comparato e la metodologia

Come abbiamo anticipato in precedenza, l'obiettivo principale di questo studio consiste nell'individuare e distinguere le disuguaglianze di salute nelle relazioni tra condizioni sociali e stato di salute della popolazione, in

due paesi europei (Francia e Italia) al fine di comprenderne le loro dinamiche, ma anche se il contesto territoriale incida sulle disuguaglianze di salute degli individui.

Giacché il livello nazionale costituisce, come evidenzia la letteratura in materia [Bartley 2004; Curtis 2004; Costa Spadea Cardano 2004; Geyer 2008] un valido livello di comparazione, lo utilizzeremo per il nostro studio.

Ci serviremo di un approccio di tipo comparato poiché è una pratica che si sta sviluppando sempre più, soprattutto per spiegare quei fenomeni sociali che hanno immediate implicazioni per le politiche pubbliche [Bohrnstedt Knoke 1998]; noi, in particolare, compareremo questi due sistemi sociali nel loro complesso [Marradi 1982; Fideli 1998].

Già Durkheim nella sua opera "*Les règles de la méthode sociologique*" sosteneva come l'approccio comparato fosse l'unica soluzione per spiegare come un fenomeno fosse la causa di un altro e comparare diversi casi. In particolare per Durkheim la sociologia comparativa non è una particolare branca della sociologia ma è la sociologia stessa.

Come mostra la letteratura, le relazioni tra disuguaglianze sociali e territorio sono molteplici. Una rilevante variabilità nella distribuzione dei gruppi sociali all'interno di un paese, si trova in una certa misura qualunque sia la scala considerata: regionale, dipartimentale o provinciale e comunali. Studi epidemiologici, infatti [Costa et al. 1998; Van Lenthe 2006; Verger et al. 2006], hanno mostrato che lo stato di salute delle popolazioni differisca considerevolmente secondo la zona geografica di residenza sia che la scala geografica sia relativamente ristretta (quartieri di una stessa città), esemplificativi al riguardo gli studi effettuati a Torino [Costa et al. 1998], sia più ampia (regioni o nazioni) [Lucchini Sarti Tognetti Bordogna 2009].

La posizione differenziale delle popolazioni, in funzione della loro classe sociale, risulta un processo complesso che ha contribuito alla partizione

dei territori. Ad esempio, la differenziazione dei quartieri in base alle loro caratteristiche di organizzazione e gestione, è diventata una questione cruciale per identificare e comprendere le disuguaglianze sociali di salute a livello locale [Marinacci 2004; Costa Spadea Cardano 2004; Nuvolati Tognetti 2008].

La misurazione e il monitoraggio delle disuguaglianze in salute, nel tempo e tra paesi, non è semplice poiché la scelta delle misure può influenzare i risultati. Nessun consenso tra gli studiosi è stato raggiunto a riguardo, ed esistono numerosi strumenti e differenti misure per quantificare gli stati di salute di una popolazione. Questi possono essere differenziati in indicatori sanitari a livello di micro e macro.

Misure riassuntive sulla popolazione, come l'aspettativa di vita e la mortalità infantile, sono estremamente utili per stimare cambiamenti nella salute della popolazione complessiva e globale in tutti i paesi o all'interno di un paese nel tempo, ma possono fornire un'indicazione minima dei fattori sottostanti che possono influenzare la realizzazione della salute.

Sulla base della letteratura in materia [Costa et al. 1998; Costa Spadea Cardano 2004; Sarti 2006; Tognetti Bordogna 2008; Lucchini, Sarti, Tognetti Bordogna 2009] possiamo osservare, come gli studi sulle disuguaglianze di salute in Italia, da anni, siano in crescita; in Francia, invece, questi sono relativamente modesti anche se le tendenze sono in aumento [Aïach Fassin 2004; Leclerc et al. 2008].

Nonostante un miglioramento generale dello stato di salute della popolazione francese (speranza di vita alla nascita 81,84 anni nel 2008), secondo studi internazionali [Mackenbach 2008; Leclerc 2008] le disuguaglianze di salute persistono e si stanno aggravando.

In Italia, sebbene il Rapporto dell'OMS del 2000 collocasse il nostro paese al secondo posto nella classifica dei 191 paesi per rendimento

sanitario globale e al terzo per livello di salute della popolazione, le disuguaglianze di salute rappresentano un fenomeno non trascurabile.

Per le ragioni sopra indicate, si pensi, ad esempio, alle differenti caratteristiche legate ai regimi di welfare, al sistema sanitario vigente e ad altri fattori socio culturali e ambientali, si è scelto di studiare il binomio Francia Italia, anche se a livello europeo si sarebbero potute individuare opzioni differenti, intuitivamente più facilmente comparabili, per caratteristiche istituzionali, fattori ambientali e di politica sanitaria e perfino appartenenti al medesimo raggruppamento di sistema sanitario.

L'ipotesi di studio da noi prescelta, invece, pur nella consapevolezza che le caratteristiche di cui sopra tra Francia e Italia siano sostanzialmente diverse, è tesa a verificare se, sul piano empirico, rispetto al nostro interrogativo di ricerca, esistano sostanziali divergenze o emergano, al contrario, inattese similitudini.

Prima di procedere all'analisi dei dati, esporremo brevemente i *dataset* utilizzati e le metodologie statistiche eseguite.

Come abbiamo già esposto nel capitolo precedente, solo poche basi di dati rispondono alle nuove necessità di ricerca e purtroppo, nel nostro caso, non è stato possibile condurre lo studio su *panel* longitudinali, in quanto non vi erano indagini di questo tipo comparabili tra le due Nazioni.

La scelta è ricaduta, nostro malgrado, su due ricerche che analizzano gli stessi aspetti della vita delle persone.

I dati utilizzati per questo studio provengono, per il caso italiano, dall'indagine Multiscopo Istat sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 2005". Per il caso francese i dati derivano dall'*Enquête Santé* de l'INSEE 2004.

Per l'Italia il sistema di indagine Multiscopo è nato nel 1993 sulla scia dell'esperienza maturata tra il 1987 e il 1991 al fine di fornire informazioni sugli individui e le famiglie che contribuiscono a determinare la base informativa del quadro sociale dell'Italia. L'indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" viene effettuata insieme ad altre quattro tematiche ("I cittadini e il tempo libero", "Sicurezza dei cittadini", "Famiglie e soggetti sociali", "Uso del tempo"), a rotazione, in un arco di tempo di cinque anni.

I limiti che abbiamo riscontrato in questa indagine sono quelli già evidenziati da Facchini (2001), il fatto cioè che le condizioni di salute siano auto percepite e quindi dichiarate dagli intervistati senza alcun riscontro oggettivo; l'indagine inoltre raggiunge solo i soggetti che vivono nel proprio domicilio, non raccogliendo informazioni su tutti gli individui ospedalizzati.

Si evince come dal campione siano esclusi quei soggetti con condizioni di vita e salute precari che ai fini di un'analisi sulle condizioni di salute risultano essere molto importanti. Infine questa tipologia d'indagine, essendo di tipo trasversale, non permette analisi di tipo longitudinale.

Per il contesto francese, invece, è stata scelta l'*Enquête Santé* de l'INSEE pubblicata nel 2004 con dati dell'anno precedente. In Francia le prime indagini sulla condizione di salute della popolazione si sono realizzate tra il 1960 e il 1961 e successivamente sono state ripetute con cadenza decennale.

Si è scelto di utilizzare l'*Enquête Santé* 2004 in quanto si è arricchita di informazioni auto compilate dagli intervistati, in particolare sulle condizioni di salute percepita e sulle condizioni di lavoro attuali e passate e la descrizioni di patologie croniche che permettono una comparazione con i dati utilizzati in Italia.

Gli obiettivi, di entrambe le indagini, sono quelli di:

- descrivere lo stato di salute della popolazione (morbidity dichiarata oltre a salute percepita);
- fornire gli elementi quantitativi sul consumo di salute e la loro previsione in termini di volume e valore;
- permettere di analizzare lo stato di salute, il consumo e la prevenzione rispetto alle caratteristiche socio demografiche (età, sesso, professione, etc...) degli individui.

Ciò detto gli interrogativi di ricerca che ci siamo posti sono plurimi:

1. esistono gruppi che condividono le medesime condizioni di salute, ma con differenti status socio economici (SES)?
2. esiste un'influenza, delle risorse sociali e culturali, sulle disuguaglianze di salute?

Per rispondere a tali quesiti utilizzeremo per entrambi i *case studies*³⁹ l'indicatore di salute che si riferisce alle condizioni generali di salute

³⁹ Utilizzeremo gli stessi indicatori e strumenti di analisi per entrambe le banche dati: francese e italiana.

soggettiva, ovvero il *self-assessed Health*, e più precisamente le risposte fornite dagli individui alla domanda: “Come va in generale la sua salute?”.

Le risposte chiuse possibili sono ordinate in cinque livelli dal “molto male” al “molto bene”.

Utilizzeremo tale indicatore poiché, come sostenuto anche dalla letteratura internazionale [Idler e Benyamin 1997], presenta un’alta correlazione con altri risultati di salute oggettiva come la mortalità e l’utilizzo dei servizi sanitari e non sembra variare sistematicamente in base allo status socioeconomico (SES), costituendo, di conseguenza, anche una buona proxy per le disuguaglianze di salute legate al SES.

Il modello statistico più adeguato al nostro scopo risulta essere la regressione logistica binaria.

I modelli di regressione logistica nascono, infatti, per spiegare la probabilità di possesso di un attributo in relazione a una serie di possibili determinanti, di variabili esplicative.

La scelta di utilizzare tale tecnica statistica discende dal fatto che le variabili che intendiamo utilizzare sono tutte di carattere qualitativo, rendendo quindi impossibile l’utilizzo di altre metodologie.

Il modello logistico appartiene alla categoria di regressori per variabile dipendente di tipo binario o dicotomico, in quanto assume esclusivamente due valori, codificati generalmente come 0 *outcome* negativo “evento assente” e 1 per *outcome* positivo “evento presente”.

Esso permette di esplorare come ogni variabile esplicativa (indipendente) influenzi la probabilità che l'evento in studio si verifichi dato da:

$$Pr(y = 1|x) = \frac{e^{(\alpha + \beta x_1 + \beta x_2 + \beta x_3)}}{1 + e^{(\alpha + \beta x_1 + \beta x_2 + \beta x_3)}}$$

Dove α è l'intercetta, β è il coefficiente angolare e x_1 , x_2 e x_3 sono le caratteristiche del soggetto inserite nel modello. Questa formulazione è equivalente alla seguente, in cui però l'effetto delle covariate viene associato non con la probabilità dell'evento, ma con l'*odd*, ossia con il rapporto tra probabilità di evento e probabilità di non evento.

$$\ln \left[\frac{Pr(y = 1|x)}{1 - Pr(y = 1|x)} \right] = \alpha + \beta x_1 + \beta x_2 + \beta x_3$$

Il primo termine, il logaritmo dell'*odd*, è detto "Logit" da cui il termine modello logistico e l'associazione tra questo e le variabili esplicative è di tipo lineare, probabilità e *odd* sono legati dalla seguente relazione:

$$Pr = \frac{odd}{1 + odd}$$

I modelli di regressione ci permetteranno quindi di osservare se esiste una correlazione tra SES e salute, e se sussiste un effetto paese tenendo conto delle caratteristiche individuali della popolazione che vi risiede.

Come anticipato, quindi, la nostra variabile dipendente sarà la salute percepita che per essere modellizzata, attraverso un modello di regressione logistica binomiale, verrà trasformata in binaria.

A tal fine, i livelli di salute “bene” e “molto bene” saranno considerati come buoni, i tre rimanenti, invece, rientreranno nella categoria cattiva salute, che assumerà valore 1.

Faranno parte, inoltre, del set di regressori anche variabili ascrittive quali età e genere; l'unità statistica di riferimento sarà costituita da individui di età compresa fra 17 anni e 64 anni.

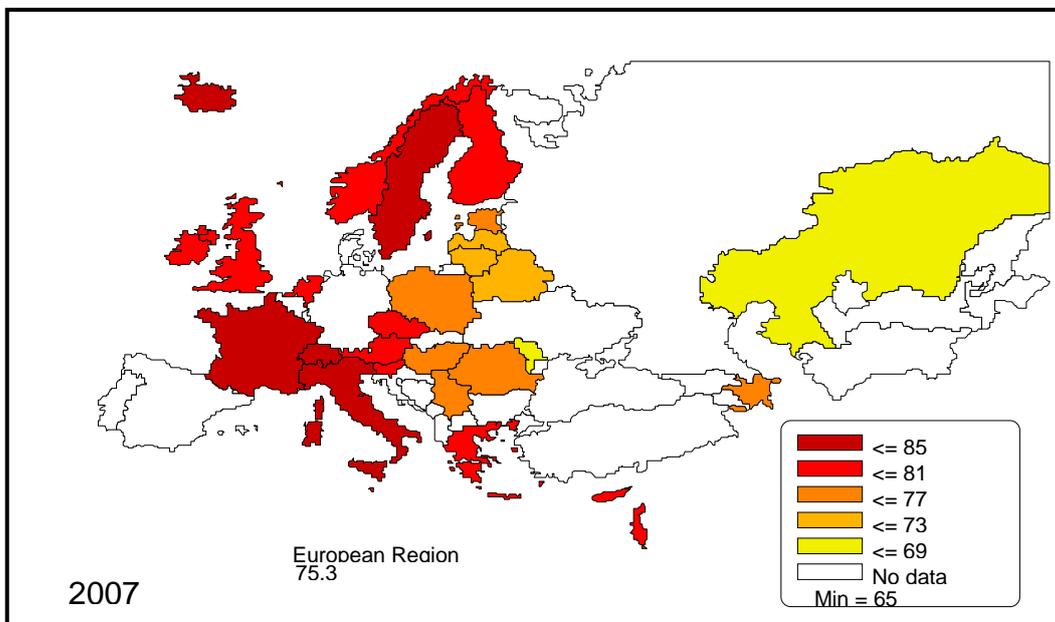
Come indicatore di SES utilizzeremo il titolo di studio, questo può essere considerato, infatti, un buon parametro per due ragioni: da un lato l'insieme delle risorse intellettuali e culturali acquisite dagli studi può influenzare lo stile di vita, le capacità ad affrontare i problemi e le risorse sociali; dall'altro l'istruzione permette generalmente di ottenere delle qualificazioni superiori che consentono di accedere a certe tipologie professionali e di conseguenza a elevati livelli di reddito.

3. Dati e modelli

Partiamo con le nostre analisi da alcuni dati descrittivi per inquadrare il contesto di entrambi i paesi.

Dal punto di vista dei tassi di mortalità, si evidenziano differenze di genere a favore delle donne, in entrambi i paesi da noi considerati (Francia: M: 77,78 F: 85,02; Italia: M: 78,84 F: 84,35). Se compariamo questi dati a livello europeo possiamo notare dalla figura sottostante (Fig. 36) come Italia e Francia, per entrambi i sessi, abbiamo valori molto simili rientrando, infatti, nella stessa classe (compresi tra 81 anni e 85 anni) con valori, per la Francia pari a 81,48 anni e per l'Italia a 81,70, superando entrambi la media europea pari a 75,3 anni nel 2007.

Figura 36 Speranza di vita alla nascita in anni. Paesi dell'area Europa, Anno 2007



Fonte: nostra elaborazione su dati WHO HFADB

La tabella sottostante fornisce i dettagli sullo stato di salute percepita (scala 1 a 5) dagli individui nei nostri due campioni; in particolare possiamo notare come la percezione di versare in cattive condizioni di salute sia appannaggio del 6,1% dei soggetti italiani e del 4,3% dei cittadini francesi.

Circa i tre quarti dei cittadini francesi dichiara di stare bene (FR: 73,5%) e oltre il 60% della popolazione italiana ha la medesima percezione (IT: 64,9%).

Tabella 6 Livelli di salute percepita, su scala 1 a 5, Francia e Italia (Valori %)

<i>Livelli di salute percepita</i>	<i>Francia</i>	<i>Italia</i>
1. Molto bene	24.7	23.1
2. Bene	48.8	41.8
3. Discretamente	22.2	28.9
4. Male	3.5	5.0
5. Molto male	0.8	1.1
Totale	100.0	100.0
Media	2.07	2.19

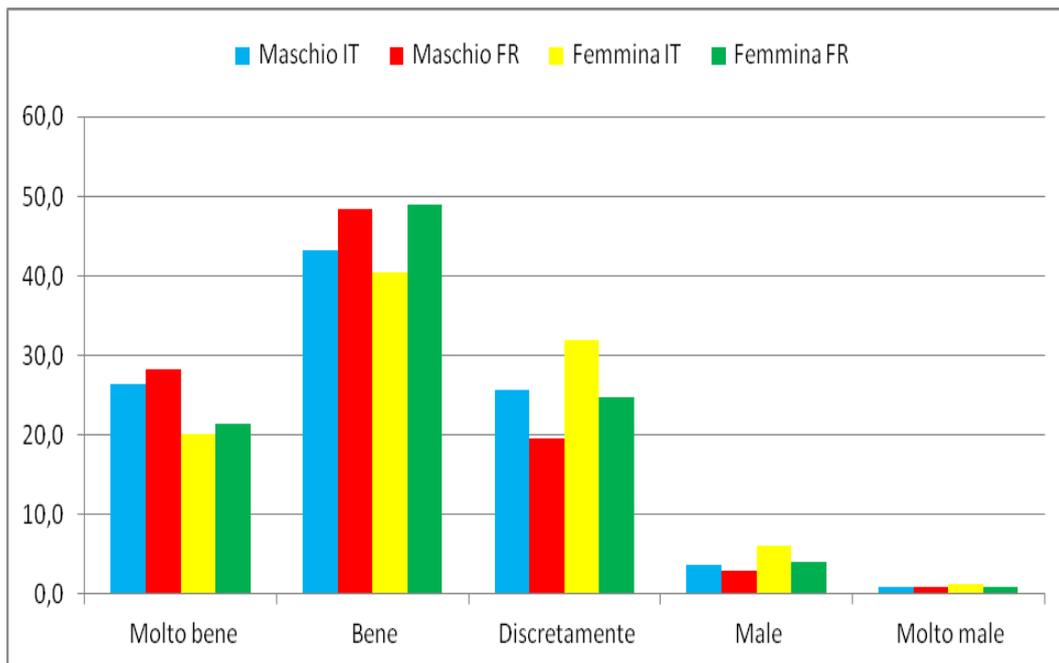
Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT e INSEE

E' interessante rimarcare come, controllando per genere in entrambi i paesi, la salute percepita delle donne risulta inferiore a quella degli uomini, in maniera più evidente in Italia rispetto alla Francia (bene: IT 40,5% FR: 49%).

Sebbene la longevità femminile, in generale, sia maggiore di quella maschile, i risultati ottenuti rispetto alla percezione di salute sono coerenti

con la letteratura [Chandola, Bartley, Wiggins, Scholfield 2003] confermando una loro percezione inferiore.

Figura 37 Livelli di salute percepita per genere, su scala 1 a 5, Francia e Italia (Valori %)



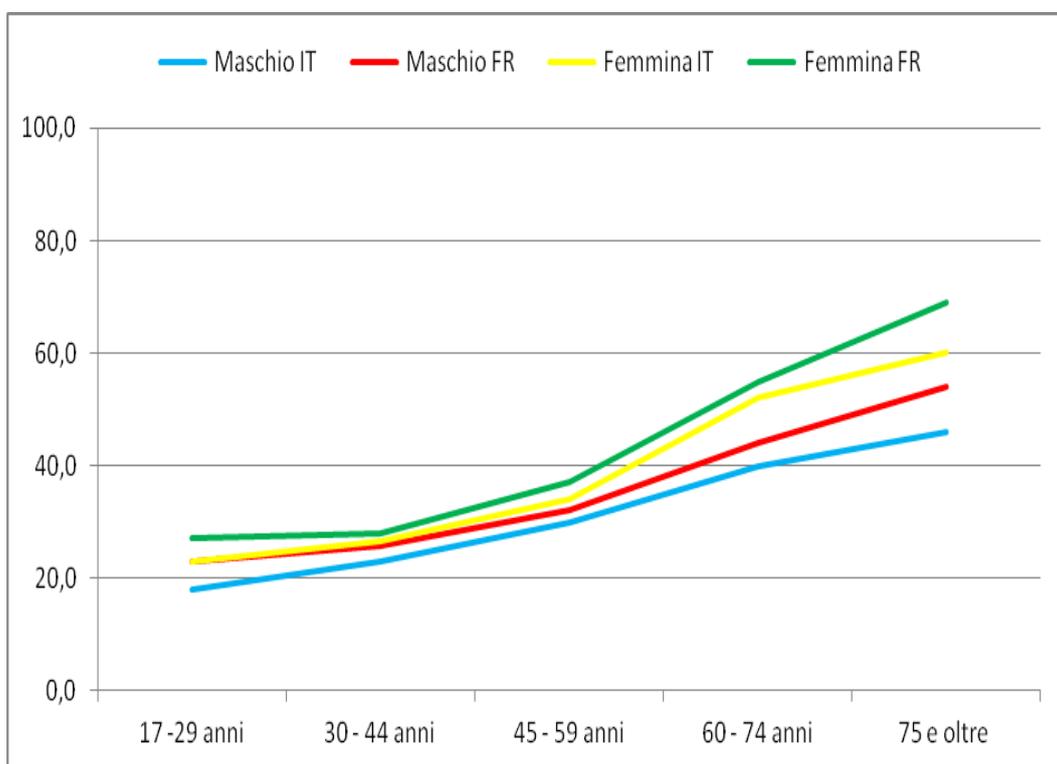
Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT e INSEE

Nell'insieme, le persone intervistate in entrambi gli studi hanno una percezione della loro salute largamente positiva, all'aumentare dell'età accresce però la percezione che la propria salute sia negativa. A tutte le età, con uno scarto che resta stabile, le donne italiane e francesi percepiscono più frequentemente la loro salute come negativa rispetto agli uomini.

Per quanto concerne la morbidità dichiarata, è anch'essa legata all'età con livelli più elevati tra le donne che fra gli uomini, in particolare questo fenomeno è più evidente in Francia rispetto all'Italia.

Infatti, come possiamo notare nella classe d'età 30 – 44 anni, il 28% delle donne francesi e il 25,7% dei uomini della stessa nazione dichiarano di soffrire di almeno una malattia contro il 26,7% delle donne italiane e il 23% dei connazionali maschi.

Figura 38 Popolazione che dichiara di avere almeno una malattia per genere e classe d'età Francia e Italia (Valori %)



Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT e INSEE

Se osserviamo, ancora una volta, la differenza di genere, possiamo notare come siano sempre le donne a dichiarare un numero maggiore di malattie croniche sia in Italia che in Francia, valori che aumentano con l'età.

Tabella 7 Numero medio di malattie croniche dichiarate per genere e classe d'età Francia e Italia

Classe d'età	Francia		Italia	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
17 -29 anni	1,4	1,6	1,3	1,4
30 - 44 anni	1,5	1,7	1,4	1,6
45 - 59 anni	1,9	2,1	1,7	2
60 - 74 anni	2,1	2,6	1,9	2,5
75 e oltre	2,6	2,9	2,5	2,8

Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT e INSEE

Può sembrare paradossale il fatto che solo il 4,3% dei francesi e il 6,1% degli italiani dichiarino che la loro salute sia negativa (male e molto male) nonostante il fatto che oltre la metà della popolazione si dichiara affetta da un problema di salute.

Bisogna, in primo luogo, spiegare che una parte non indifferente delle persone intervistate (circa il 15 %) ha dichiarato, come solo problema, di salute una malattia non cronica e che circa 80% di questi ha una percezione favorevole della loro salute.

Questo dimostra una verità clinica indiscutibile secondo la quale, i problemi di salute acuti e casuali non vengono considerati dai soggetti, con effetto sulla loro percezione generale dello stato di salute, soprattutto se avvengono in età giovanile.

Utilizziamo, ora, un modello di regressione logistica binomiale per stimare i rischi relativi di dichiarare una salute negativa, sia nel caso italiano che in quello francese distinguendoli per genere. Il nostro obiettivo è vedere se, in entrambi i paesi, sia esistente una correlazione tra il titolo di studio e la salute.

Al fine di ottenere un'interpretazione più intuitiva, seguendo il modello di analisi epidemiologica, riportiamo in tabella gli *odds ratio* e non i coefficienti di regressione β . Al valore 1* corrisponde il parametro di riferimento. Per una buona analisi dei risultati è bene specificare che, più gli intervalli di confidenza sono ampi, più ponderazione bisogna porre nella loro interpretazione.

L'*odds ratio* è definito come l'*odds* della malattia tra soggetti esposti, diviso l'*odds* della malattia tra soggetti non esposti.

$$OR = \frac{P(\text{malattia}|\text{esposti})/(1 - P(\text{malattia}|\text{esposti}))}{P(\text{malattia}|\text{non esposti})/(1 - P(\text{malattia}|\text{non esposti}))}$$

Tabella 8 Stima dei rischi relativi (odds ratio) di dichiarare una salute percepita negativa, secondo il livello di istruzione per genere (età 17-64 anni) Italia.

<i>Variabili</i>	<i>Maschi</i>			<i>Femmine</i>		
	<i>Odds Ratio</i>	<i>Intervallo di confidenza al 95%</i>		<i>Odds Ratio</i>	<i>Intervallo di confidenza al 95%</i>	
	<i>></i>	<i><</i>	<i>di</i>	<i>></i>	<i><</i>	<i>di</i>
<u>Titolo di studio</u>						
<i>Licenza elementare</i>	2.69	2.35	3.10	2.77	2.56	3.42
<i>Licenza media</i>	1.97	1.33	2.92	2.01	1.86	2.31
<i>Ist. Professionale</i>	1.66	1.41	1.95	1.94	1.59	2.37
<i>Diploma</i>	1.42	1.34	1.50	1.56	1.27	2.21
<i>Titolo Universitario</i>	1*			1*		
<u>Classe d'età</u>						
<i>17-24 anni</i>	0.7	0.5	0.9	0.11	0.10	0.13
<i>25-34 anni</i>	0.14	0.12	0.17	0.17	0.14	0.22
<i>35-44 anni</i>	0.24	0.22	0.26	0.21	0.19	0.27
<i>45-54 anni</i>	0.46	0.45	0.55	0.49	0.36	0.53
<i>55-64 anni</i>	1*			1*		

Fonte: nostra elaborazione su dati Istat

Per quanto concerne il caso italiano, i risultati del modello ci confermano l'esistenza di una relazione tra livello d'istruzione e salute, emerge per i maschi, in particolare, la presenza di un gradiente sociale.

Questo è riscontrabile dal fatto che, a parità delle altre variabili considerate, all'aumentare del livello d'istruzione la probabilità di dichiarare una salute peggiore diminuisca.

Considerando come variabile di riferimento il titolo universitario, possiamo dichiarare che per ogni soggetto, di questa categoria, che dichiara una salute pessima, abbiamo: 1,42 diplomati, 1,97 soggetti con licenza media e 2,69 uomini con licenza elementare o nessun titolo, che dichiarano la medesima situazione di salute.

Analizzando la situazione delle donne si evince, come per gli uomini, una situazione di significatività; per ogni donna laureata che dichiara una cattiva condizione di salute abbiamo: 1,56 diplomate e 2,77 individui con licenza media che esprimono la stessa problematica.

Tabella 9 Stima dei rischi relativi (odds ratio) di dichiarare una salute percepita negativa, secondo il livello di istruzione per genere (età 17-64 anni) Francia.

<i>Variabili</i>	<i>Maschi</i>			<i>Femmine</i>		
	<i>Odd s Rati o</i>	<i>Intervallo confidenza al 95% > <</i>	<i>di</i>	<i>Odds Ratio</i>	<i>Intervallo confidenza al 95% > <</i>	<i>di</i>
<u>Titolo di studio</u>						
<i>CEP</i>	2.57	2.43 3.07		2.86	2.63 3.11	
<i>1^{er} Cycle</i>	1.89	1.53 2.75		1.98	1.89 2.18	
<i>2^{ème} Cycle</i>	1.73	1.51 1.95		1.97	1.63 2.25	
<i>Baccalauréat</i>	1.40	1.35 1.52		1.49	1.37 1.99	
<i>Enseignement Superior</i>	1*			1*		
<u>Classe d'età</u>						
<i>17-24 anni</i>	0.8	0.7 0.9		0.9	0.6 0.11	
<i>25-34 anni</i>	0.12	0.10 0.17		0.15	0.12 0.24	
<i>35-44 anni</i>	0.27	0.22 0.30		0.31	0.29 0.37	
<i>45-54 anni</i>	0.48	0.42 0.57		0.54	0.46 0.63	
<i>55-64 anni</i>	1*			1*		

Fonte: nostra elaborazione su dati Insee

Analizzando la tabella relativa agli *odds ratio* della situazione francese, tenendo, come nel caso italiano, come variabile di riferimento il titolo universitario (*Enseignement Superior*), notiamo la presenza di un gradiente sociale per entrambi i generi.

Per ogni uomo laureato, che percepisce una cattiva condizione di salute, abbiamo ben 2,57 individui con licenza elementare (CEP), quasi due (1,89) con licenza media (1^{er} cycle), 1,73 con una qualifica professionale (2^{ème} cycle) e 1,40 diplomati (Baccalauréat) che dichiarano la medesima condizione di salute. Stessa situazione si riscontra per le donne, interessante sottolineare, in questo caso, come vi sia un indice pressoché simile (1,97 e 1,98) tra le donne con licenza media (1^{er} cycle) e quelle con qualifica professionale (2^{ème} cycle) condizionato dal fatto che, come alcuni studi sulle disuguaglianze di opportunità educative in Francia hanno rilevato [Manzo 2009], la qualifica professionale è il risultato di una carriera scolastica tipicamente ad appannaggio maschile.

Dopo questa premessa entriamo nel pieno delle analisi; nel nostro modello analitico abbiamo deciso di dividere il campione in dodici gruppi, in base alle caratteristiche più rilevanti nello studio delle disuguaglianze di salute, come suggerito dai *report* dell'Unione Europea (Health Inequalities: a Challenge for Europe, 2006; Solidarity in Health: Reducing Health Inequalities in the EU, 2009), abbiamo aggregato i soggetti in base al sesso e al loro livello di istruzione che abbiamo visto, anche in letteratura, essere uno dei maggiori predittori della condizione di salute e in base alla loro appartenenza geografica (Francia o Italia), dato il nostro scopo di mettere a confronto queste due Nazioni.

I dodici gruppi sono così costituiti:

1. FMA - Uomini Francesi con un alto livello di istruzione (Francese Maschio Alto);
2. FMM – Uomini Francesi con un medio livello di istruzione (Francese Maschio Medio);
3. FMB - Uomini Francesi con un basso livello di istruzione (Francese Maschio Basso);

4. FFA - Donne Francesi con un alto livello di istruzione (Francese Femmina Alto);
5. FFM - Donne Francesi con un medio livello di istruzione (Francese Femmina Medio);
6. FFB - Donne Francesi con un basso livello di istruzione (Francese Femmina Basso);
7. IMA- Uomini Italiani con un alto livello di istruzione (Italiano Maschio Alto);
8. IMM- Uomini Italiani con un medio livello di istruzione (Italiano Maschio Medio);
9. IMB- Uomini Italiani con un basso livello di istruzione (Italiano Maschio Basso);
10. IFA - Donne Italiane con un alto livello di istruzione (Italiana Femmina Alto);
11. IFM - Donne Italiane con un medio livello di istruzione (Italiana Femmina Medio);
12. IFB - Donne Italiane con un basso livello di istruzione (Italiana Femmina Basso).

Nei modelli, che sottoporremo a controllo, saranno ricostruite le associazioni tra gruppi osservati e gli indicatori di salute o i fattori di rischio presenti in entrambe le indagini utilizzate. Per tutti i modelli successivi, costruiti, il gruppo di riferimento è costituito da donne italiane con basso livello di istruzione (IFB).

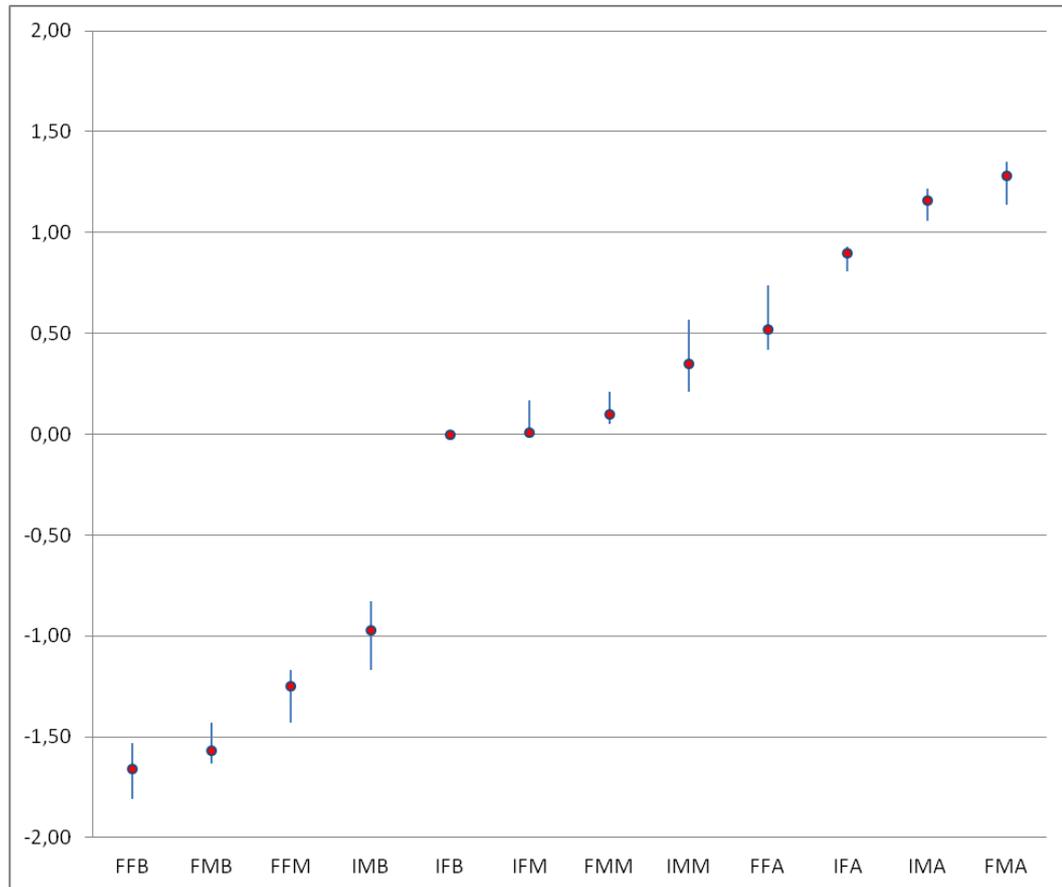
3.1. La percezione dello stato di salute

Il primo modello di regressione che presentiamo è riferito allo stato di salute auto percepita della popolazione. L'indicatore di salute percepita ha come categoria di riferimento della variabile di out come "salute buona", per tale ragione valori positivi indicano condizioni positive di salute.

Nel grafico vengono riportate le stime dei coefficienti β e il relativo intervallo di confidenza al 95% di dichiarare una buona salute rispetto al dichiararla cattiva, i gruppi sono stati rappresentati in ordine crescente rispetto ai valori β , per cui la prima categoria è quella che ha dichiarato una peggiore condizione di salute.

Il gruppo maggiormente sfavorito risulta essere costituito da donne francesi con basso livello di istruzione, il cui coefficiente β è pari a $-1,66$, mentre la categoria più favorita in termini di percezione della propria salute risulta essere composta da uomini francesi con alto livello di istruzione ($\beta + 1,28$) e da uomini italiani con le medesime condizioni ($\beta + 1,16$).

Figura 39 Stima dei coefficienti β per la salute percepita e relativi intervalli di confidenza



Possiamo notare, ancora una volta, come all'aumentare del titolo di studio corrisponda un incremento della percezione di buona salute in entrambe le Nazioni.

3.2. La presenza di malattie croniche

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce le malattie croniche come "malattie di lunga durata e generalmente a lenta progressione".

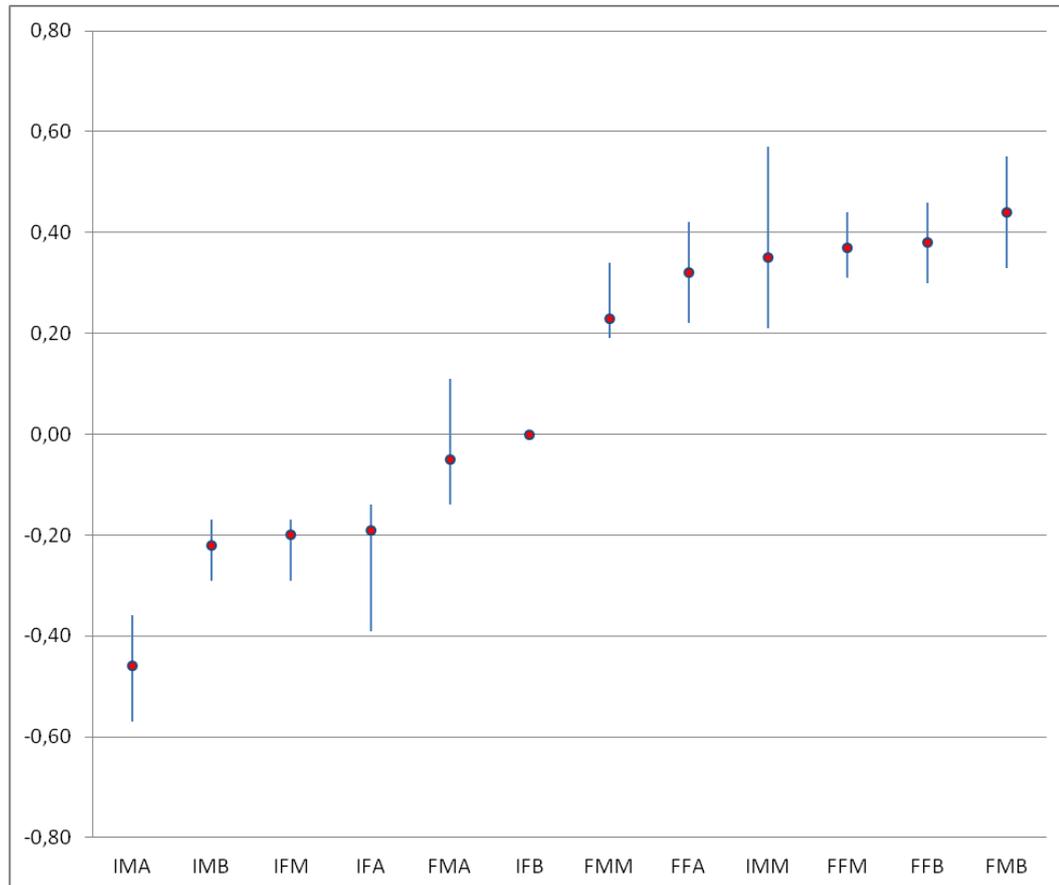
Una persona affetta da malattia cronica è una persona affetta da una malattia di lunga durata, tendenzialmente lunga quanto la vita del soggetto.

Quella cronica è una malattia che può provocare invalidità di vario grado e che spesso si ripercuote sullo stile di vita, in alcuni casi, modificandolo totalmente. La malattia cronica ha bisogno di consistenti periodi di controllo e di cure, sia a domicilio, sia in ambiti specialistici.

Un indicatore che possiamo considerare come oggettivo, seppur sia auto dichiarato in entrambe le indagini, è rappresentato dalla presenza di malattie croniche.

La variabile dipendente del modello ha come categoria di riferimento la presenza di malattie croniche dichiarate, per tale ragione quindi un significato negativo in termini di salute; valore positivi del regressore β , di conseguenza, indicano una propensione negativa dello stato di salute del soggetto.

Figura 40 Stima dei coefficienti β per la presenza di malattie croniche e relativi intervalli di confidenza



3.3. L'abitudine al fumo

Questo indicatore rientra tra i determinanti prossimali della salute, essendo considerato come rientrante negli stili di vita.

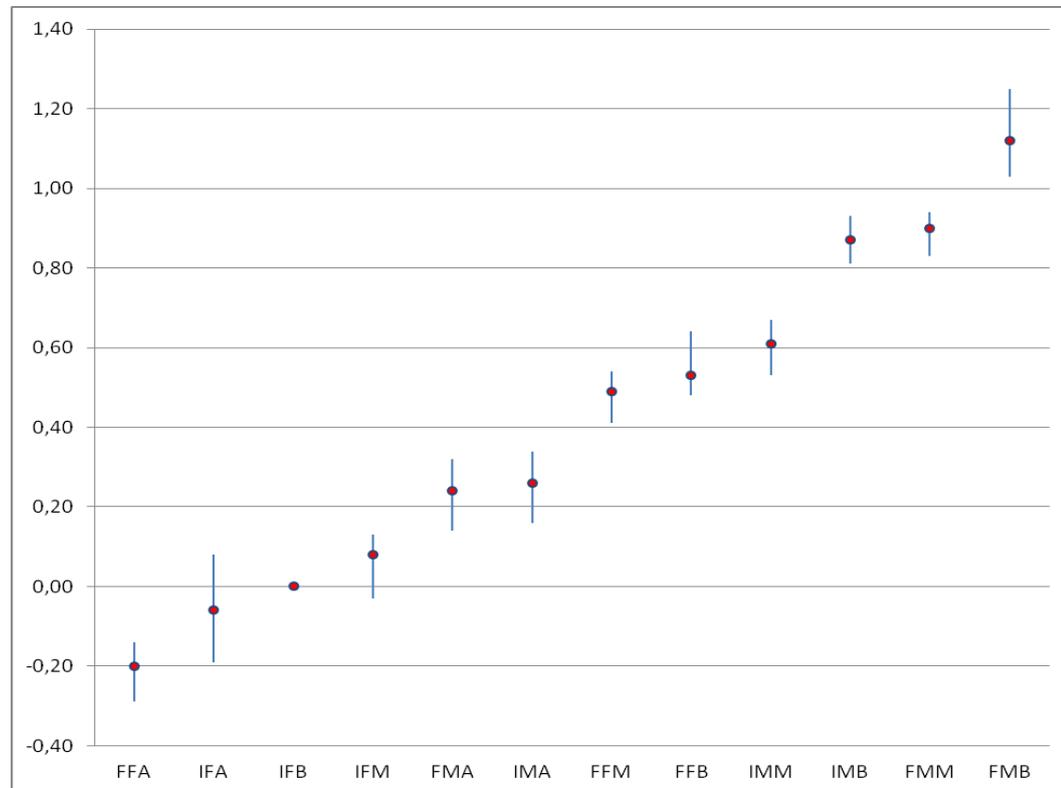
Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità lo stile di vita è il modo di vivere basato su profili identificabili di comportamento, determinati dall'interconnessione tra caratteristiche individuali, interazioni sociali e condizioni socio – economiche e ambientali.

Come già anticipato nei capitoli precedenti, stili di vita a rischio, come il fumo di sigarette, l'abuso di alcol o un'alimentazione scorretta, hanno un effetto negativo sullo stato di salute e di benessere dell'individuo che li mette in atto.

Nel grafico analizziamo la propensione al fumo dei soggetti appartenenti al nostro campione di studio, la variabile dipendente, anche in questo caso, ha una connotazione negativa in termini di salute, di conseguenza valori positivi dei coefficiente β indicano una propensione positiva al fumo.

I gruppi sono rappresentati in base al valore dei β in ordine crescente, possiamo osservare come siano sole le donne, sia francesi che italiane, con un alto livello di istruzione, ad avere una propensione negativa al fumo e di conseguenza positiva in termini di salute, tutti i rimanenti soggetti hanno una propensione positiva al fumo che aumento al diminuire del titolo di studio.

Figura 41 Stima dei coefficienti β per l'abitudine al fumo e relativi intervalli di confidenza



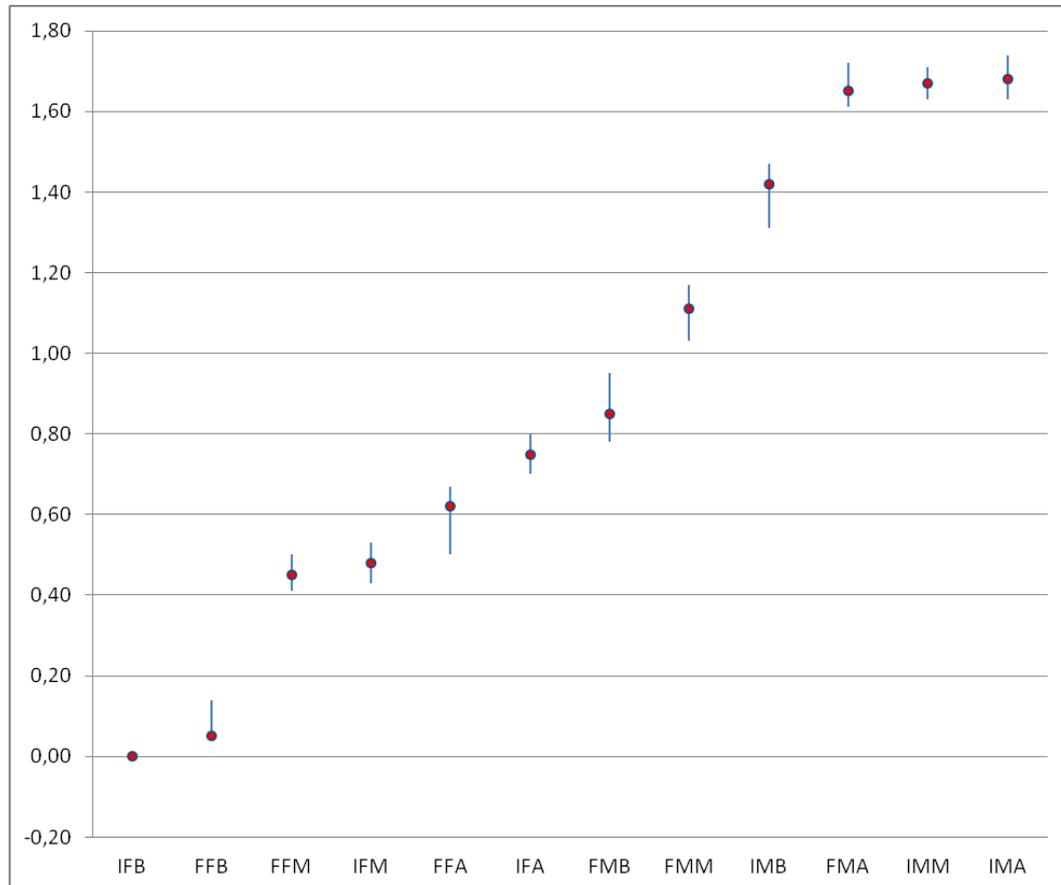
A differenza degli indicatori analizzati in precedenza, poi, è interessante ai fini del nostro studio, rilevare come essere cittadini francesi o italiani non incide in modo significativo sulla propensione verso questo fattore di rischio.

3.4. Il consumo di alcol

L'alcol è uno dei principali fattori di rischio per la salute dell'individuo e la terza causa di mortalità prematura e malattia nell'Unione Europea.

Come per i fattori di rischio precedentemente analizzati, la variabile dipendente, anche in questo caso, ha una connotazione negativa in termini di salute.

Figura 42 Stima dei coefficienti β per il consumo di alcol e relativi intervalli di confidenza



Si osserva nel grafico come la categoria più favorita è costituita da donne italiane con basso livello di istruzione (il nostro parametro di riferimento).

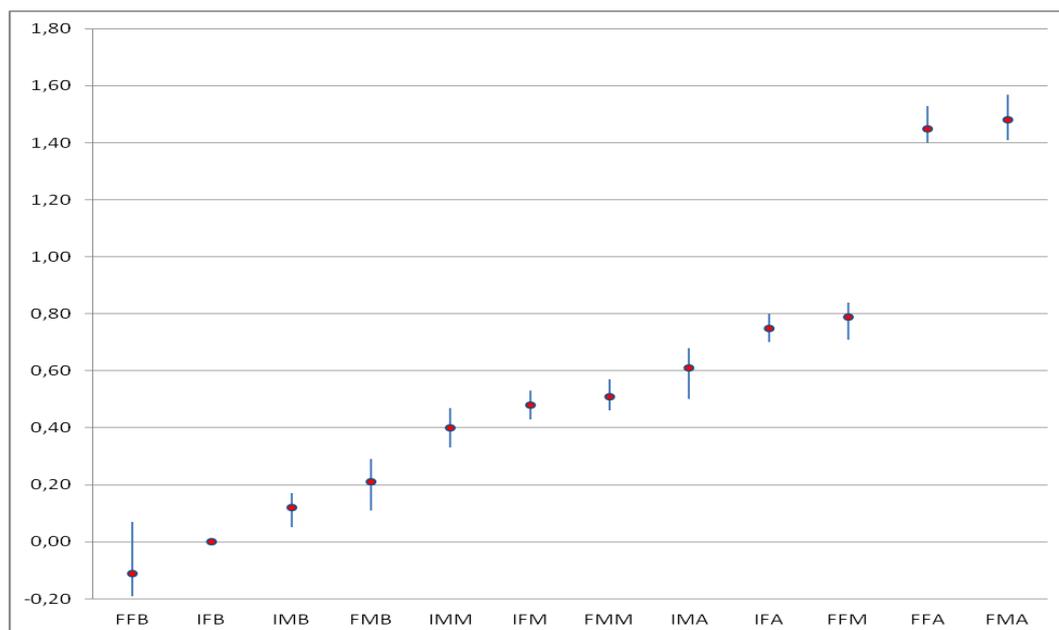
Tutti gli altri gruppi hanno valori β positivi e maggiori di 0, dimostrando che vi è una propensione positiva verso questo fattore di rischio. Gli uomini italiani con un livello alto di istruzione sono la categoria più sfavorita.

Dai risultati emerge, inoltre, come vi sia una differenza di genere rispetto a questo indicatore, in quanto sono le donne, indipendentemente dal paese di provenienza, ad essere le più favorite in termini di salute (prime cinque posizioni). Il consumo di alcol aumenta al crescere del livello di istruzione, portando ad ipotizzare che le donne siano meno propense ad utilizzare alcolici ma che l'istruzione influenzi in modo negativo questo fattore di rischio.

3.5. L'attività sportiva

Abbiamo poi costruito un indicatore relativo al fattore di rischio "scarsa attività fisica", distinguendo tra coloro che svolgono un'attività fisica "almeno moderata" e coloro che non ne svolgono nessuna. In questo caso quindi, a valori positivi di β corrisponde una propensione positiva verso la salute in quanto indicano una maggiore probabilità di praticare sport.

Figura 43 Stima dei coefficienti β per la pratica di attività fisica e relativi intervalli di confidenza



Osservando il grafico notiamo come il gruppo meno favorito sia costituito da donne francesi con basso livello di istruzione, all'opposto della scala di rilevazione troviamo invece donne e uomini francesi con una ottima istruzione.

Esiste anche in questo caso una relazione di dipendenza tra titolo di studio e stile di vita sano.

3.6. La soddisfazione per il lavoro

In generale avere un lavoro ha una importanza fondamentale nel produrre ricchezza, con conseguente impatto sulle condizioni di vita e sulla salute.

L'ambiente psico-sociale e le relazioni che si stabiliscono possono condizionare fortemente la salute. Lo stress che si vive sul lavoro può diventare un importante fattore di rischio.

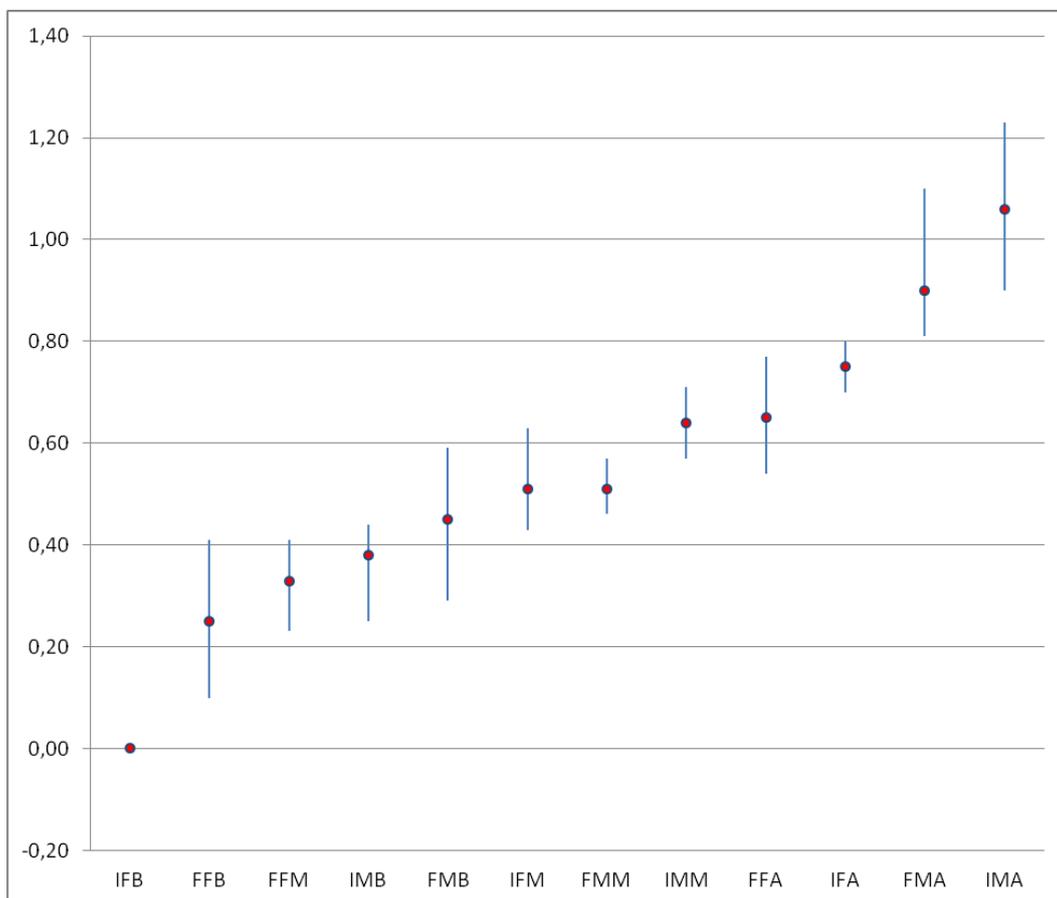
La percezione di una discrepanza, tra aspirazioni e realizzazioni, in un contesto fortemente competitivo e segnato dal valore del successo e dell'affermazione individuale, ha dei costi elevatissimi sulla salute: può minare l'autostima, creare un costante stato di tensione e pressioni psicologiche.

La teoria di Dahrendorf propone una visione in cui la classe collocata nella posizione gerarchica più elevata (chi dà ordini) e quella intermedia (chi dà e riceve ordini) godano di una significativa protezione, mentre la classe che occupa la posizione di maggiore subordinazione (riceve solo ordini) presenta una mortalità più elevata.

Queste situazioni di stress sono fortemente legate ad un aumento: delle patologie osteo-muscolari a carico della colonna vertebrale, delle assenze per malattia dal lavoro e dei rischi cardiovascolari.

Per percepire la soddisfazione per il proprio lavoro, la variabile dipendente in questo caso assumerà valore positivo. Valori β positivi indicano quindi una propensione positiva verso questo fattore di rischio e anche verso la salute.

Figura 44 Stima dei coefficienti β per la soddisfazione per il lavoro e relativi intervalli di confidenza



Osservando i risultati delle analisi, possiamo notare come tutti i gruppi si pongano positivamente, oltre il gruppo di riferimento, e quindi ad essere

soddisfatti del loro lavoro rispetto alla percezione delle donne italiane con un basso livello di istruzione. Il gruppo più favorito è costituito da uomini italiani con alto livello di istruzione; possiamo confermare ancora una volta che i gruppi con più alto livello di scolarizzazione si collocano nelle posizioni più favorite.

3.7. La soddisfazione per le relazioni familiari

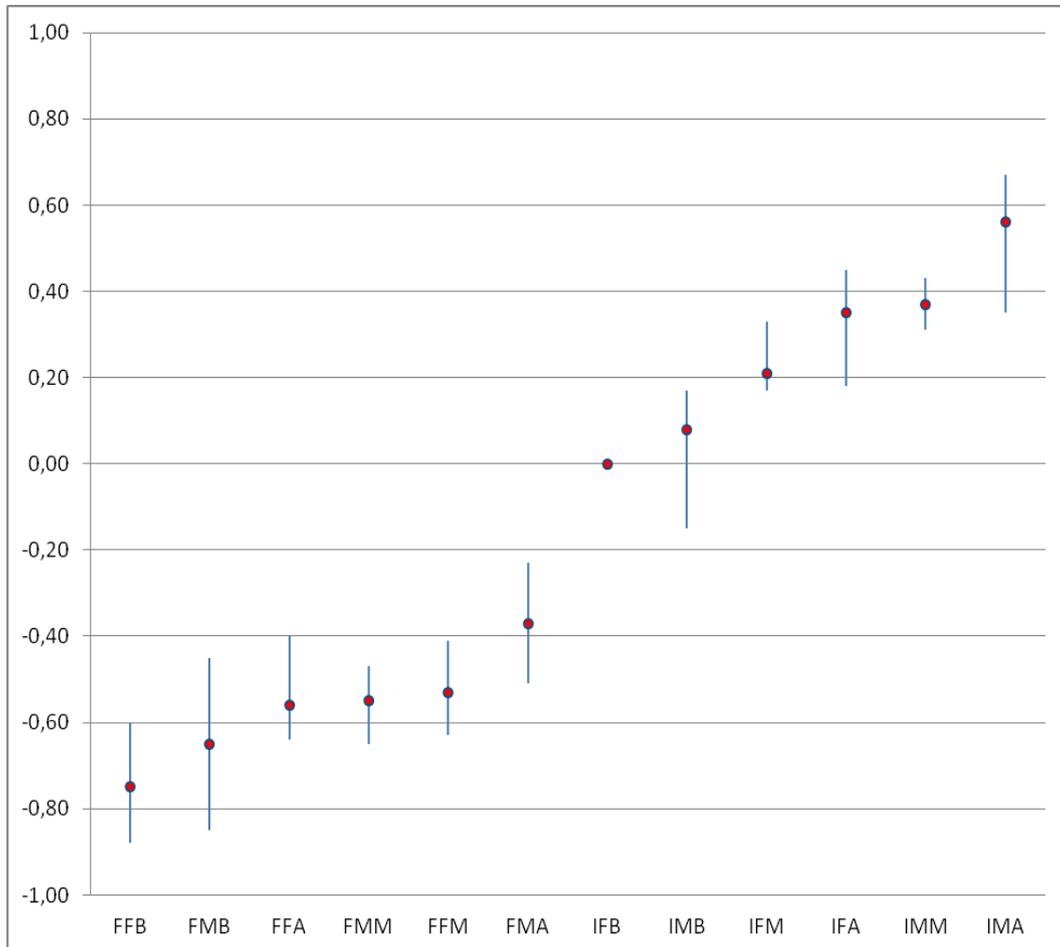
Una forte rete sociale di comunicazione e mutua obbligazione conduce il soggetto a credere di essere amato, stimato, curato e considerato. Questa ha un effetto altamente protettivo sulla salute e incoraggia stili di vita e comportamenti più sani.

Il network sociale inizia a strutturarsi all'interno della famiglia, degli amici e del quartiere, per poi espandersi alla comunità di residenza, ambiente di lavoro, fino ad arrivare alle influenze macro sociali del sistema politico e economico, distribuzione delle risorse, diritti, mercato del lavoro.

La coesione sociale, fatta di fiducia e rispetto reciproco all'interno della comunità e della più ampia società, aiuta a proteggere le persone e la loro salute.

Quando si parla di coesione sociale o di capitale sociale, ci riferisce a quelle caratteristiche delle relazioni (fiducia, reciprocità, appartenenza) che agiscono come risorsa per gli individui e facilitano un'azione collettiva per un beneficio comune.

Figura 45 Stima dei coefficienti β per la soddisfazione per le relazioni familiari e relativi intervalli di confidenza



Osservando i risultati rappresentati nella figura 45, possiamo notare una spaccatura netta fra le due Nazioni oggetto di indagine. Tutte le categorie francesi hanno una propensione negativa verso la soddisfazione delle loro relazioni familiari e si posizionano in ordine crescente in relazione al livello di istruzione.

Sono le donne francesi meno istruite le più sfavorite mentre la categoria più favorita è composta dagli uomini italiani con un alto livello di istruzione.

Ancora una volta il livello di istruzione gioca un ruolo predominante.

4. Le analisi dei dati. Due realtà a confronto: divergenze e similitudini

Come abbiamo anticipato nel paragrafo precedente, giacché il livello nazionale costituisce, come evidenzia la letteratura in materia [Bartley 2004; Curtis 2004; Costa Spadea Cardano 2004; Geyer 2008] un valido livello di comparazione, lo utilizzeremo per il nostro studio.

Le relazioni tra disuguaglianze sociali e territorio sono molteplici. Una rilevante variabilità nella distribuzione dei gruppi sociali all'interno di un paese, si trova in una certa misura qualunque sia la scala considerata: regionale, dipartimentale o provinciale e comunali.

La posizione differenziale delle popolazioni, in funzione della loro classe sociale, risulta un processo complesso che ha contribuito alla partizione dei territori.

Per ogni modello analizzato nei paragrafi precedenti, ne discuteremo qui i risultati cercando di cogliere gli elementi di similitudine e di divergenza tra i nostri due casi studio.

Il primo indicatore che abbiamo studiato è relativo alla percezione della propria salute, ottenendo così l'informazione effettiva circa il malessere o il benessere vissuto dalla persona.

Il contesto culturale ha un'influenza importante su molti aspetti della vita delle persone, compreso il loro sistema di credenze, le loro percezioni, emozioni, linguaggi, religione, rituali, struttura familiare, alimentazione, immagine corporea, concetti di spazio e di tempo, caratteristiche della malattia e qualità del dolore, tutti fattori rilevanti nello spazio della cura, della prevenzione e dell'organizzazione dei sistemi sanitari.

D'altra parte, la cultura in cui siamo nati o in cui viviamo, non è mai l'unica a determinare questi fattori. Infatti, essa è solo una delle varie forze che interagiscono sul complesso sistema di credenze e comportamenti che influenzano la salute.

Tutti questi fattori sono correlati direttamente o indirettamente con lo stato di salute degli individui e con il livello di eguaglianza sociale interno a gruppi di popolazione. Pertanto, risulta evidente come la cultura, con la sua capacità di guida delle scelte ed azioni individuali e comunitarie, possa essere ascritta tra i determinante di salute.

In entrambe le indagini si è utilizzato l'autovalutazione dello stato di salute del soggetto, ciò significa ottenere informazioni legate alla cultura, esperienza e valori oltre alla percezione della proprio salute.

La definizione che il soggetto può dare del suo stato di salute può essere influenzata da un particolare momento negativo che si sta vivendo, da uno squilibrio psicosociale del contesto, legato a eventi di disagio, non sempre però gli stati d'animo corrispondono a una condizione effettiva di salute o malattia.

Come ci ricorda anche Sen (1992) la percezione di salute può non essere uguale tra popolazioni, infatti, il luogo e il contesto storico influiscono sulla percezione delle persone e delle comunità. I fattori epidemiologici della nazione in cui si vive possono influenzare la salute e lo stato di benessere.

La nostra indagine ha evidenziato un'influenza del fattore Nazione sulla percezione di salute, gli italiani infatti hanno una maggiore percezione di versare in cattive condizioni di salute rispetto ai cittadini francesi, dimostrando come la nozione di salute abbia connotazioni differenti tra Francia e Italia.

Il secondo indicatore che abbiamo osservato è relativo alla presenza di malattie croniche.

Le malattie croniche si caratterizzano per il fatto di presentare sintomi che perdurano nel tempo, talvolta in maniera costante e altre con fasi di remissione parziale e di riacutizzazione.

Per queste malattie le terapie possono portare miglioramenti ma non sono risolutive. Le malattie croniche possono essere tra loro molto diverse: cardiopatie, ictus, tumori, diabete, malattie respiratorie, neurologiche e neurodegenerative, disturbi muscolo-scheletrici, difetti di vista e udito e alcune malattie genetiche, solo per citare alcuni esempi.

Numericamente l'incidenza di queste patologie è di molto superiore a quella delle malattie rare.

Secondo l'OMS, in Europa le malattie croniche provocano almeno l'86 per cento dei morti e il 77 per cento del carico di malattia. Per questo motivo la lotta alle malattie croniche rappresenta una priorità della Salute Pubblica, sia nei Paesi più ricchi che in quelli poveri.

Di qui la necessità di investire nel controllo di queste malattie, ma anche nella prevenzione.

Le malattie croniche rappresentano anche un problema per la necessità di un diverso modello assistenziale rispetto alle malattie acute in quanto quelle croniche prevedono, infatti, la presa in carico dei pazienti sul territorio e l'assistenza lungo tutto il decorso della malattia.

Nella nostra analisi è risultato che gli italiani hanno una minore propensione a soffrire di malattie croniche rispetto ai cittadini francesi e che l'istruzione ha un peso rilevante nella propensione a sviluppare malattie croniche.

Una delle ipotetiche ragioni di tale divergenza è dovuta a una propensione differente ai fattori di rischio, quale ad esempio l'alimentazione. La dieta mediterranea, comunemente utilizzata nell'alimentazione italiana, è riconosciuta, anche in letteratura [Dalstra 2005] per i suoi benefici sulla salute.

Per lo studio delle disuguaglianze di salute ci si basa principalmente su modelli di analisi che prendano in considerazione dei fattori di rischio come variabili dipendenti tra la salute e le caratteristiche del soggetto e il contesto socio – economico ed ambientale, come abbiamo descritto in precedenza nel nostro studio abbiamo analizzato alcune abitudini comportamentali dei soggetti intervistati quali la propensione al fumo, al consumo di bevande alcoliche e alla pratica sportiva.

L'abitudine al fumo è un importante fattore di rischio, in quanto può portare a sviluppare alcune patologie direttamente collegate a questo stile di vita considerato malsano.

Dalle nostre analisi è emerso che i gruppi più propensi al fumo sono quelli composti dai soggetti meno istruiti in prevalenza di genere maschile, ma essere cittadini francesi o italiani non incide in modo significativo sulla propensione verso questo fattore di rischio.

Possiamo quindi sostenere che non vi sia effetto territoriale relativo, ma più legato al contesto sociale in cui l'individuo è nato e cresciuto.

Un ulteriore fattore di rischio legato allo stato di salute che abbiamo osservato è il consumo di alcol, anche in questo caso abbiamo un elemento di similitudine tra i due *case studies* oggetto di studio, in quanto non si evidenziano differenze significative tra i comportamenti dei soggetti francesi o italiani ma piuttosto tra genere.

Il campione più propenso a sviluppare tale comportamento è costituito da uomini. Interessante rimarcare come, a differenza del precedente fattore di rischio, vi sia un rapporto inversamente proporzionale tra livello di istruzione e consumo di alcol. Unica eccezione è costituita dalle donne con un alto livello di scolarizzazione.

L'ultimo fattore legato agli stili di vita dei soggetti intervistati è la pratica di attività sportiva ed il legame con lo stato di benessere dichiarato.

Ancora una volta esiste una relazione di dipendenza tra titolo di studio e stile di vita sano, senza una distinzione significativa tra le due Nazioni.

Per quanto concerne quindi l'assunzione di comportamenti rischiosi per la salute possiamo concludere che tra le due Nazioni non vi siano sostanziali differenze, se non legate alla propensione a soffrire di malattie croniche, ma che il fattore socio economico (titolo di studio) sia determinante ad indurre condotte negative per il proprio stato di salute.

Gli altri fattori di rischio che abbiamo analizzato appartengono alla sfera psico sociale. In questo caso la causa delle disuguaglianze di salute è da ricercarsi negli effetti diretti e indiretti provocati dallo stress che scaturisce dall'essere inferiore nella gerarchia socio-economica o dal vivere in condizioni di relativo svantaggio socio-economico. Inoltre, lo stress può anche influenzare indirettamente la salute, spingendo verso comportamenti rischiosi per alleviare i problemi quotidiani.

Essere collocati nelle posizioni inferiori nella gerarchia sociale può portare ad un insieme di emozioni negative, come la vergogna e la disistima, che si possono tradurre in stati di salute precari.

Il consumo di beni materiali, oltre ad essere essenziale per i bisogni primari, appaga gli individui sul piano sociale e simbolico [Marmot, 2004; Elstad, 1998].

Il lavoro, come già accennato nei capitoli precedenti, è un aspetto rilevante nella vita degli individui e il livello di autonomia raggiunto nello svolgimento delle proprie mansioni possono avere effetti sullo stato di salute degli individui.

Dalle nostre analisi è emerso che è la posizione socio economica, a prescindere dalla nazionalità, ad incidere positivamente sul grado di soddisfazione lavorativa.

Se osserviamo invece l'ultimo indicatore utilizzato per il nostro studio, legato alla soddisfazione nelle relazioni familiari, si evince chiaramente un elemento di divergenza significativo tra le due nazioni.

In questo caso appare evidente come la nazionalità giochi un ruolo fondamentale, infatti gli individui italiani sono più propensi ad essere appagati dalle relazioni familiari rispetto ai soggetti francesi.

Una possibile spiegazione di tale divergenza può sicuramente risiedere nel diverso ruolo giocato dal nucleo familiare nelle due nazioni, in Italia, ad esempio la famiglia ha sempre rivestito un ruolo sociale molto importante, tanto che la solidarietà tra membri e la vicinanza tra le generazioni è considerata una delle caratteristiche più rilevanti della società italiana.

I risultati, che emergono dalle nostre analisi, confermano la nostra ipotesi di partenza dimostrando l'esistenza di una relazione tra livello d'istruzione e condizione di salute, indipendentemente dal contesto territoriale.

In Italia in particolare, la situazione è più evidente tra gli uomini, dove sussiste un vero gradiente sociale; in Francia invece la situazione è rilevante per entrambi i generi, con una specificità particolare tra le donne.

Il primo risultato della nostra analisi è quindi che, nei due *case studies* con valori pressoché comparabili, i soggetti che detengono un titolo di studio inferiore presentano una probabilità maggiore di versare in cattive condizioni di salute.

Sebbene la longevità femminile, in generale, sia maggiore di quella maschile, i risultati ottenuti rispetto alla percezione di salute sono coerenti con la letteratura [Chandola, Bartley, Wiggins, Scholfield 2003] confermando una percezione inferiore da parte delle donne, sia nel nostro paese che oltralpe.

Le verifiche empiriche rispetto alla nostra ipotesi di studio ci portano ad affermare quindi che esistono “inattese” similitudini tra gruppi di popolazione francese e italiana, nonostante caratteristiche istituzionali, di welfare sanitario e non; in particolare emerge che, sia in Francia che in Italia, per entrambi i generi, all’aumentare del livello di studio dichiarato diminuisce, in maniera sostanziale, la probabilità di esprimere cattive condizioni di salute.

Possiamo, inoltre, sostenere che, sebbene la relazione tra svantaggio socio economico e salute non sia univoca, riteniamo più esaustiva una spiegazione delle disuguaglianze di salute che vede un effetto causazione.

Costituendo le disuguaglianze di salute una vera sfida per la coesione sociale é necessario favorire, sempre più, il dibattito relativo alla salute, poiché quest’ultima é fondamentale affinché una persona abbia piena capacità di realizzare se stessa nel proprio contesto sociale, in base alle proprie aspirazioni, i propri bisogni e le proprie potenzialità.

Conclusioni

L'attività di ricerca svolta, i cui risultati sono stati descritti nel presente lavoro di tesi, si è posta l'obiettivo di esplorare il fenomeno delle disuguaglianze di salute nei due paesi europei oggetto di comparazione.

La principale caratteristica dello studio è quella di studiare il peso delle variabili socio economiche e degli stili di vita sullo stato di salute delle popolazioni.

Le domande di ricerca alla base dello studio hanno mostrato, coerentemente con l'ipotesi di partenza, che le disuguaglianze di salute sono legate ai differenti status socio economici e che esiste una buona correlazione tra risorse socio culturali e disuguaglianze di salute.

I risultati, che emergono dalle nostre analisi, confermano la nostra ipotesi di partenza dimostrando l'esistenza di una relazione tra livello d'istruzione e condizione di salute, indipendentemente dal contesto territoriale.

In Italia in particolare la situazione è più evidente tra gli uomini, dove sussiste un vero gradiente sociale; in Francia invece la situazione è rilevante per entrambi i generi, con una specificità particolare tra le donne.

Il primo risultato della nostra analisi è quindi che, nei due *case studies* con valori pressoché comparabili, i soggetti che detengono un titolo di studio inferiore presentano una probabilità maggiore di versare in cattive condizioni di salute.

La nostra indagine ha evidenziato un'influenza del fattore Nazione sulla percezione di salute, dimostrando come la nozione di salute abbia connotazioni differenti tra Francia e Italia.

Un secondo risultato di ricerca è relativo al fatto che l'istruzione ha un peso rilevante nella propensione a sviluppare malattie croniche, dato del resto ampiamente confermato anche in letteratura [Blane 1985; Herzilch, Augé 1985].

Una delle ipotetiche ragioni di tale divergenza è dovuta a una propensione differente ai fattori di rischio, quale ad esempio l'alimentazione.

L'istruzione gioca inoltre un ruolo fondamentale nelle scelte degli stili di vita, infatti, per quanto concerne l'abitudine al fumo, si può sostenere che non vi sia effetto territoriale relativo, ma più legato al contesto sociale in cui l'individuo è nato e cresciuto. In relazione al consumo di alcool invece non si evidenziano differenze significative tra i comportamenti dei soggetti francesi o italiani ma piuttosto tra genere; a differenza del precedente fattore di rischio, vi è un rapporto inversamente proporzionale tra livello di istruzione e consumo di alcol.

Possiamo concludere che, tra le due Nazioni, per quanto concerne l'assunzione di comportamenti rischiosi per la salute non vi siano sostanziali differenze, se non legate alla propensione a soffrire di malattie croniche, ma che il fattore socio economico (titolo di studio) sia determinante ad indurre condotte negative per il proprio stato di salute.

Per quanto concerne la sfera psico sociale, la causa delle disuguaglianze di salute è da ricercarsi negli effetti diretti e indiretti provocati dallo stress che scaturisce dall'essere inferiore nella gerarchia socio-economica o dal vivere in condizioni di relativo svantaggio socio-economico.

Dalle nostre analisi è emerso che è la posizione socio economica, più che la nazionalità, ad incidere positivamente sul grado di soddisfazione lavorativa.

La soddisfazione nelle relazioni familiari, è un chiaro elemento di divergenza significativo tra le due nazioni. In questo caso appare evidente come la nazionalità giochi un ruolo fondamentale.

Esistono “inattese” similitudini tra gruppi di popolazione francese e italiana, nonostante caratteristiche istituzionali, di welfare sanitario e non, in particolare emerge che, sia in Francia che in Italia, per entrambi i generi, all’aumentare del livello di studio dichiarato diminuisce, in maniera sostanziale, la probabilità di esprimere cattive condizioni di salute.

Possiamo sostenere quindi che, sebbene la relazione tra svantaggio socio economico e salute non sia univoca, riteniamo più esaustiva una spiegazione delle disuguaglianze di salute che vede un effetto causazione.

Il tema delle disuguaglianze di salute è entrato a far parte dell’agenda dei policy makers sia nazionale che europea come questione rilevante, ciononostante non si è ancora in grado di vedere gli effetti di tali politiche sulla riduzione dei fattori di rischio che influenzano in maniera negativa i comportamenti della popolazione.

L’Unione Europea, valorizzando la sua organizzazione fondata sul pluralismo istituzionale e sulla sussidiarietà, sta assumendo un ruolo di *laboratorio d’avanguardia*, facendo proprie e sperimentando soluzioni innovative destinate a produrre soluzioni più creative in un contesto solidarista.

Nonostante le linee di politica prefigurate a livello europeo, il percorso dei singoli Stati verso la tutela della salute e la riduzione delle disuguaglianze sembra essere ancora lungo.

Maggior attenzione negli anni è stata dedicata dagli studiosi a questo tema di rilevante interesse, ciononostante le banche dati disponibili non sono ancora comparabili a tutti i livelli di indagine da consentire una maggiore puntualità nelle analisi.

Alla luce dei risultati di ricerca e delle azioni di politica sanitaria, appare evidente come l'analisi di contesto consentirebbe di rispondere in modo più approfondito al nostro interrogativo di ricerca.

Questo lavoro di analisi comparativa ci ha consentito di comprendere quanto lavoro, nell'ambito delle politiche sanitarie, è stato svolto dai vari soggetti interessati e ai diversi livelli di governo ma, allo stesso tempo, ci ha resi ancora più coscienti che non bisogna fermarsi, bensì continuare a ricercare soluzioni per ottenere il miglior livello di salute possibile. La salute, infatti, costituisce un bene essenziale per lo sviluppo sociale, economico e personale, ed è aspetto fondamentale della qualità della vita.

I fattori politici, sociali, culturali, ambientali, comportamentali e biologici possono favorirla così come possono lederla; gli individui e i gruppi, inoltre, possono diventare soggetti attivi nel perseguimento di uno stato di buona salute quando sono in grado di identificare e realizzare le proprie aspirazioni, di soddisfare i propri bisogni, di modificare l'ambiente o di adattarvisi ed anche i sistemi sanitari giocano un ruolo attivo nel mantenimento del benessere degli individui e della società.

Bibliografia di riferimento

AA.VV. *Rapporto Osservasalute 2009*. Roma: Università Cattolica del Sacro Cuore, 2010.

ABBATECOLA G., MELOCCHI L., (a cura di) *Il potere della medicina*, ETAS Libri, Milano, 1977.

ACHESON D., BARKER D., CHAMBERS J., GRAHAM H., MARMOT M., WHITEHEAD M., *Independent inquiry into inequalities in health. Report*. London: The Stationery Office, 1998.

AÏACH P., FASSIN D., L'origines et les fondements des inégalités sociales de santé, *Les inégalités sociales de santé, Monographie de la Revue du Praticien*, T 54, n.20, 2004.

ALBRECHT G.L., FITZPATRICK R., SCRIMSHAW S.C., *The Handbook of Social Studies in Health and Medicine*. London: Sage Publications, 1999.

ANESHENSEL C.S., Social Stress: Theory and Research, *Annual Review of Sociology*, 18, 1992 pp.15-38.

ANNANDALE E. *The Sociology of Health and Medicine: a critical introduction*, Cambridge, Polity, 1998.

ARBER S., PHILLIPS M., GINN J. Disuguaglianze nella salute: classe sociale, età e genere, FACCHINI C. E RUSPINI E. (a cura di) *Salute e Disuguaglianze*, Milano, FrancoAngeli, 2001, pp. 114-144.

ARDIGÓ A., *Società e salute. Lineamenti di sociologia sanitaria*, Milano, Franco Angeli, 1997.

AROMAA A., KOPONEN P., TAFFOREAU J., VERMEIRE C. Evaluation of Health Interview Surveys and Health Examination Surveys in the European Union, *European Journal of Public Health*, 13, supplement 3: 2003, pp. 67-72.

ASCOLI U., (a cura di) *Welfare state all'italiana*, Bari Roma Laterza, 1984.

BARKER D.J.P., *Mothers, babies and disease in the later life*, London, BMJ Publishing Group, 1994.

BARRY A.M, YUILL C. *Understanding the Sociology of Health*, London, Sage Publications, 2002.

- BARTLEY M., Commentary: relating social structure and health, *International Journal of Epidemiology*, n.32, 2003, pp.958-960.
- BARTLEY M., *Health Inequality*, Cambridge, Blackwell Publishing, 2004.
- BARTLEY M., SACKER A., CLARKE P., Employment status, employment conditions, and limiting illness: prospective evidence from the British household panel survey 1991-2001, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58, 2004, pp.501-506.
- BASAGLIA F., *L'istituzione negata*, Torino, Einaudi, 1968.
- BATTISTI F.M., ESPOSITO M., Cronicità e dimensioni socio relazionali, *Salute e Società*, Anno VII – 3, 2008, Milano, Franco Angeli.
- BAUMAN AE, SALLIS JF, DZEWALTOWSKI DA, OWEN N. Toward a better understanding of the influences on physical activity: the role of determinants, correlates, causal variables, mediators, moderators, and confounders, *Am J Prev Med*. Aug;23(2 Suppl), 2002, pp. 5-14.
- BAUMAN Z. *Work, Consumerism and the New Poor*, Buckingham-Philadelphia, Open University Press, 1998.
- BAUMAN Z. *Liquid Modernity*, Cambridge, Polity Press, 2000.
- BECK U., *Risikogesellschaft: auf dem Weg in eine andere Moderne*, Frankfurt am Main, Suhrkamp, 1986; trad.it. *La società del rischio: verso una seconda modernità*, Roma, Carocci, 2000.
- BECK U., *I rischi della libertà: l'individuo nell'epoca della globalizzazione*, Bologna, Il Mulino, 2000.
- BERGER P.L. e LUCKMANN T., *La Realtà come Costruzione Sociale*, Bologna, il Mulino, 1969.
- BERLINGUER, G. *La malattia. Sofferenza, diversità, pericolo, segnale, stimolo*, Roma, Editori Riuniti, 1984.
- BERRINO F., MERLETTI F., ZUBIRI A., et al. A comparative study of smoking, drinking and dietary habits in population samples in France, Italy, Spain and Switzerland, *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 36, 1988, pp.166-176.
- BIANCO M.L., *L'Italia delle Disuguaglianze*, Roma, Carocci, 2001.
- BLACK D., MORRIS J.N., SMITH C., TOWNSEND P., *The Black Report*, London, Pelican, 1982.

BLACK D., SMITH C., TOWNSEND P., *Inequalities in Health: report of a research working group*, London, DHSS – Department of Health and Social Security, 1980.

BLANE D., An assessment of the Black Report's explanations of health inequalities, *Sociology of Health and Illness*, Vol. 7, n. 3, 1985, pp. 423 - 445.

BLANE D., SMITH G.D., e BARTLEY M., Social selection: what does it contribute to social class differences in health?, *Sociology of Health & Illness*, Vol.15, n.1, 1993, pp.1-15.

BLANE D., BARTLEY M., e DAVEY SMITH G., Disease Aetiology and Materialist Explanations of Socioeconomic Mortality Differentials, *European Journal of Public Health*, vol. 7, 1997, pp. 385-391.

BLAXTER M., *Health and Lifestyles*, New York, Routledge, 1990.

BOHRNSTEDT G.W., KNOKE D., *Statistica per le scienze sociali*, Bologna Il Mulino, , 1998.

BOISGUÉRIN B. (2005), "Les bénéficiaires de la CMU au 31 décembre 2003", *Etudes et Résultats*, 381.

BONTE J., CAROL JAGGER, ROBINE J.M. (2003), « Vers un système européen d'enquêtes

BOUDON R., *Les méthodes en sociologie*, Paris, PUF, 1969.

BOUDON R., *La logique du social*, Paris, PUF 1979.

BOUDON, R. *La place du désordre* Paris, PUF, 1984.

BOURDIEU P., The form of capital, in RICHARDSON J., (a cura di), *Handbook of theory and research for the sociology of education*, Greenwood Press, Westport, 1986, pp. 249-262.

BOURDIEU P., *La distinction. Critique sociale du jugement*, Paris, Minuit, 1979.

BRADBY H., *Medical Sociology*, London, Sage Publications, 2009.

BRANDOLINI A., SARACENO C., SCHIZZEROTTO A. (a cura di) *Dimensione della disuguaglianza in Italia: povertà, salute, abitazione*, Bologna, Il Mulino, 2009.

BRAVEMAN P., TARIMO E., Social inequalities in health within countries: not only an issue for affluent nations, *Social Science & Medicine*, No.54, 2002, pp. 1621-1635.

- BRONZINI M., *Sistemi sanitari e politiche contro le disuguaglianze di salute*, Milano, Franco Angeli, 2009.
- BROWN P., *Perspective in Medical Sociology*, Illinois, Waveland Press, 2007.
- BRUNNER E. e MARMOT M. Social organization, stress, and health, MARMOT M. e WILKINSON R. G., (a cura di) *Social Determinants of Health*, New York, Oxford University Press, 2006, pp.6-30.
- BUCCHI M., NERESINI F., *Sociologia della salute*, Roma, Carocci, 2001.
- BUIATTI E., GEDDES M., MACIOCCO G. *Manuale di Sanità Pubblica*, Roma, NIS, 1981.
- BULLARD R.D., *Confronting environmental racism: voices from the grassroots*, Cambridge MA, South End Press, 1993.
- BUNGE M., *Causality. The place of the causal principle in modern science*, Cambridge, Harvard University Press, 1963.
- BURSTRÖM B., FREDLUND P., Self-Rated Health. Is it a good predictor of subsequent mortality among adults in lower as in higher social classes?, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55, 2001, pp.836-840.
- BURY M.R., Chronic Illness as Biographical Disruption, *Sociology of Health and Illness*, vol. 4, n. 2, 1982, pp. 167-182.
- BURY M.R. The Sociology of Chronic Illness: a review of research and prospects, *Sociology of Health and Illness*, Vol. 13, No. 4, 1991, pp. 451-168.
- CALNAN M., *Health and Illness: the Lay Perspective*, London, Tavistock, 1987.
- CARDANO M., Disuguaglianze sociali di salute. Differenze biografiche incise nei corpi, *POLIS πόλις*, XXII, 1, 2008, pp.119-146.
- CARDANO M., COSTA G., DEMARIA M., Social mobility and health in the Turin longitudinal study, *Social Science & Medicine*, vol.58, n. 8, 2004, pp. 1563 – 1574.
- CARDANO M. e MARINACCI C., La rilevazione della posizione sociale, *Epidemiologia e Prevenzione*, 28 (3), 2004, pp.124-142.
- CARDANO M., COSTA G., DEMARIA M., MERLER E., BIGGERI A., Le disuguaglianze di mortalità negli studi longitudinali italiani, *Epidemiologia & Prevenzione*, N. 23, 1999, pp. 141 – 152.

CARTER S.M., HOOKER L.C., HEATHER, M.D., Writing social determinants into and out of cancer control: an assessment of policy practice, *Social Science & Medicine*. No. 68, 2009, pp. 1448-1455.

CASSEL, J., The contribution of the social environment to host resistance, *American Journal of Epidemiology*, 104, 1976, pp.107-123

CAVELAARS A.E.J.M., KUNST A.E., GEURTS J.J.M., HELMERT U., LUNDBERG O., MIELCK A., MATHESON J., MIZRAHI AR., MIZRAHI A., RASMUSSEN N., SPUHLER T., E MACKENBACH J.P., Morbidity differences by occupational class among men in seven European countries: an application of the Erikson-Goldthorpe social class scheme, *International Journal of Epidemiology*, 27, 1998, pp.222-230.

CAVELAARS AE, KUNST AE, GEURTS JJ, et al. Differences in self reported morbidity by educational level: a comparison of 11 western European countries, *J Epidemiol Community Health*, 52(4), 1998, pp. 219-27.

CAVELAARS AE, KUNST AE, MACKENBACH JP. Socioeconomic differences in risk factors for morbidity and mortality in the European Community: an international comparison, *Journal of Health Psychology*, vol. 2, 1997, pp. 353-72.

CHANDOLA T., BARTLEY M., WIGGNS R., SCHOLFIELD P., Social inequalities in health by individual and household measure of social position in a cohort of healthy people, *J Epidemiol Community Health*, n. 57, 2003, pp. 56- 62.

CHARMAZ K,. Experiencing Chronic Illness, in ALBRECHT G.L., FITZPATRICK R., SCRIMSHAW S.C., *The Handbook of Social Studies in Health and Medicine*, London, Sage Publications, 2000.

CLARKE A., *The Sociology of Healthcare*, Essex Pearson Education 2001.

CLEMENTE J., MARCUELLO C., MONTANES A., PUEYO F., On the international stability of health care expenditure functions: are government and private functions similar?, *Journal of Health Economics*, Volume 23, Issue 3, May 2004, pp. 589-613

COBALTI A. e SCHIZZEROTTO A., *La Mobilità Sociale in Italia*, Bologna, Il Mulino, 1994.

- COBURN D., Income inequality, social cohesion and the health status of populations: the role of neo-liberalism, *Social Science & Medicine*, No. 51, 2000, pp. 135-146.
- COCKERHAM W.C., *Medical Sociology*, Chichester West Sussex: Wiley – Blackwell, 2010.
- COHEN S., DOYLE W.J., SKONER D.P., RABIN B.S. e GWALTNEY M.JR., Social Ties and Susceptibility to the Common Cold, *Journal of the American Medical Association*, 277, 1997, pp.1940-1944.
- COHEN S., HERBERT T.B., Health Psychology: psychological factors and physical disease from the perspective of human psychoneuroimmunology, *Annual Review of Psychology*, 47, 1996, pp.113-142.
- COLOMBO E., REBUGHINI P., (a cura di), *La medicina che cambia. Le terapie non convenzionali in Italia*, Bologna, Il Mulino, 2003.
- COMMISSION EUROPÉENNE *L'état de santé de la population dans l'Union européenne - Réduire les écarts de santé, Santé et protection des consommateurs*, Luxembourg, Office des publications officielles des Communautés européennes, 2003.
- COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH. *Achieving Health Equity: from roots causes to fair outcomes*, Geneva, WHO, 2007.
- COMODO N., MACIOCCO G. *Igiene e Sanità Pubblica*, Roma, Carocci, 2006.
- CORBETTA P. *Metodi di analisi multivariata per le scienze sociali*, Bologna, Il Mulino, 1992.
- COSTA G., MARINACCI C., CAIAZZO A., SPADEA T, Individual and contextual determinants of inequalities in health: the Italian case, *International Journal of Health*, vol. 33 n.4, 2003, pp 636-667.
- COSTA G., SPADEA T., CARDANO M., Disuguaglianze di salute in Italia, *Epidemiologia & Prevenzione*, Anno 28, n. 3 maggio – giugno 2004.
- COSTA G., PONTI, A., La Mortalità per Classi Sociali: Differenze o Disuguaglianze?, *POLIS*, 3, 1990, pp. 423-445.
- COSTA, G., FAGGIANO, F. (a cura di) *L'Equità nella salute in Italia. Rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*. Milano: Fondazione Smith Kline, Franco Angeli, 1994.

COUTROT T., WALTISPERGER D. L'emploi des seniors souvent fragilisé par des problèmes de santé, *DARES*, Premières Synthèses, Février, 08-1, 2005.

CRAWFORD R. A cultural account of health: control, release and the social bod, MCKINLAY, J.B. *Issues in the Political Economy of Health Care*. New York: Tavistock, 1984.

CURTIS S., Health and inequality, geographical perspectives, Sage Publication, London, 2004.

DAHRENDORF R. *Classi e conflitto di classe nella società industriale*, Roma-Bari, Laterza, 1963.

DAHRENDORF R., *Der moderne soziale konflikt: essay zur politik der freiheit*, DVA, Stuttgart, 1992.

DE LEONARDIS O., *In un diverso welfare. Sogni e incubi*, Milano, Feltrinelli, 2002.

DE LILLO A., SCHIZZEROTTO A., La valutazione sociale delle occupazioni. Una scala di stratificazione occupazionale per l'Italia contemporanea, Bologna, Il Mulino, 1985.

DE LILLO A., AROSIO L., SARTI S., TERRANEO M., ZOBOLI S., *Metodi e tecniche della ricerca sociale*, Piacenza, Pearson 2011.

DE VOGLI R., MISTRY R., GNESOTTO R., CORNIA G., Has the relation between income inequality and life expectancy disappeared? Evidence from Italy and top industrialised countries, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 2005, pp.158-162.

DELAMOTHE T. Social inequalities in health, *British Medical Journal*. Vol. 303, 1991, pp. 1045-50.

DELLA BELLA S., Disuguaglianze sociali nella salute: possibili interpretazioni ed approcci di studio, in *Habitus*, n. 5, vol. 1, 2008.

DEMAKAKOS P., NAZROO J., BREEZE E., MARMOT M., Socioeconomic status and health: The role of subjective social status, *Social Science & Medicine*. No. 67, 2008, pp. 330-340.

DENNETT D.C., *Darwin's Dangerous Idea: evolution and the meanings of Life*, New York Simon & Schuster, 1995.

DESPLANQUES G. *L'inégalité sociale devant la mort. Données sociales*. Paris: INSEE; 1993. pp. 251-8.

DHSS *Inequalities in Health*, Report of a Research Working Group, London, Department of Health and Social Security, 1980.

DIEZ ROUX A.V., STEIN MERKIN S., HANNAN P., JACOBS D.R., e KIEFE C.I., Area characteristics, individual-level socioeconomic indicators, and smoking in young adults, *American Journal of Epidemiology*, Vol.157, n°4, 2003, pp.315-326.

DIPRETE T.A., EIRICH G.M., Cumulative Advantage as a Mechanism for Inequality: A Review of Theoretical and Empirical Developments, *Annual Review of Sociology*, 32, 2006, pp. 271-297.

DONATI P. (a cura di) *Salute e analisi sociologica*. Milano, Franco Angeli, 1982.

DONATI P., (a cura di) *La sociologia sanitaria in Italia*, Milano, Franco Angeli, 1983.

DREVER F., DARAN T. e WHITEHEAD M. Exploring the relation between class, gender, and self rated general health using the new socioeconomic classification. A study using data from 2001 census, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58, 2004, pp.590-596.

DUCHESSÉ I., et al. Equity in the delivery of the health care in Europe and the U.S., *Journal of Health Economics*, 19(5), 2000, pp. 553-558.

DURKHEIM E. *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, PUF, 1895

DURKHEIM E. *Le suicide*, Paris, PUF, 1896.

EAKER E.D., SULLIVAN L.M., KELLY-HAYES M., D'AGOSTINO R.B.SR., e BENJAMIN E.J. Does job strain increase the risk for coronary heart disease or death in men and women?, *American Journal of Epidemiology*, Vol.159,n.10, 2004, pp.950-958

ELSTAD J.I. The psycho-social perspective on social inequalities in health, *Sociology of Health & Illness*. Vol. 20, No. 5, 1998 pp. 598-618.

ELSTER J. *Nuts and Bolts for the Social Sciences*, Cambridge, Cambridge University Press 1989; trad.it. *Come si studia la società. Una «cassetta degli attrezzi» per le scienze sociali*, Bologna, Il Mulino, 1993.

ERIKSON R. Social Class of men, women and families, *Sociology*, XVIII, 1984 pp.500-514.

ERIKSON R. E GOLDTHORPE JH., *The Constant flux*, Oxford: Clarendon Press, 1992.

EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES, *Health in the European Union. Trends and analysis*, Copenhagen, World Health Organization, 2010.

EUROPEAN OBSERVATORY ON THE SOCIAL SITUATION. (*Health Status and Living Conditions in an Enlarged Europe*, Vienna, European Centre for Social Welfare Policy and Research, 2005.

FARMER M.M., FERRARO, K.F. Health professions: socialization, organization, utilization, *Journal of Health and social behavior*, Vol.38, N°3, 1997, pp.298-311

FEINSTEIN J.S., The Relationship between Socioeconomic Status and Health: a Review of the Literature, *The Milbank Quarterly*, vol.71, 1993, pp.279-322.

FERRARO K.F, FARMER M.M. Utility of Health Data from Social Surveys: Is There a Gold Standard for Measuring Morbidity?, *American Sociological Review*, Vol. 64, 1999, pp. 303-315

FIDELI R., *La comparazione*, Milano, Franco Angeli, 1989.

FIELD D., TAYLOR S. (a cura di), *Sociological Perspective on Health, Illness and Health Care*. Oxford, Blackwell Science, 1998.

FIGUERAS J., MOSSIALOS E., MCKEE M., E SASSI F. Health care systems in Southern Europe: is there a Mediterranean paradigm?, *International Journal of Health Sciences*, 4, (1994) pp. 135-146

FITZPATRICK R., HINTON J., NEWMAN S., SCAMBLER G., THOMPSON J., *The Experience of Illness*. London, Tavistock, 1984.

FOUCAULT M., *Maladie mentale et psychologie*, Paris, PUF, 1954.

FOURCADE M., JESKE V., NAVES P *Synthèse des bilans de la loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions*, Paris, La documentation française, rapport 2004

FOX A.J., *Health inequalities in European countries*, Aldershot, Gower, 1989.

FREDERIKSEN LIDEGAARD B., OSLER M., HARLING H., LADELUND S., JØRGENSEN T. Do patient characteristics, disease, or treatment explain social inequality in survival from colorectal cancer?, *Social Science & Medicine*. No. 69, 2009, pp. 1107-1115.

- FREMONT A.M., BIRD C.E., Integrating Sociological and Biological Models: an editorial, *Journal of Health and Social Behavior*, Vol.40, N.2, 1999pp. 126-129.
- FRIEDSON E., *Profession of Medicine*, Dadd Mead &Co, New York, 1970.
- FURLER J. Changing paradigms in chronic conditions care, *Chronic Illness*. N. 4, 2008, pp. 157-159.
- GABE J., BURY M., ELSTON M.A. *Key Concepts in Medical Sociology*, London, Sage Publications, 2004.
- GAGE T.G. Population variation in cause of death: level, gender, and period effects, *Demography*, vol.31, n.2, 1994, pp.271-296.
- GAKIDOU E, KING G., Measuring total health inequality: adding individual variation to group-level differences, *International Journal for Equity in Health*, Vol. 1, N. 3, 2002, pp.1-12.
- GALLINO L., *L'incerta Alleanza*, Torino Einaudi, 1992.
- GALLINO L., *Disuguaglianze ed Equità in Europa*, Bari, Laterza, 1993.
- GALLINO L., *Manuale di Sociologia*, Torino, UTET, 1994.
- GALLINO L., *Dizionario di Sociologia*, 2. ed. riv. e aggiornata, Torino, UTET, 2004.
- GALOBARDES B., MORABIA A., BERNSTEIN M.S., Diet and Socioeconomic position: does the use of different indicators matter?, *International Journal of Epidemiology*, 30, 2001, pp.334-340.
- GENOVA A., *Le disuguaglianze nella salute*, Roma, Carocci, 2008.
- GEYER S., Ricerca empirica e spiegazioni delle disuguaglianze sociali in rapporto alla salute e alla malattia: aspetti metodologici e teorici, in TOGNETTI BORDOGNA M., (a cura di) *Disuguaglianze di salute e immigrazione*, Milano, FrancoAngeli, 2008.
- GIARELLI G., Modelli esplicativi delle disuguaglianze di salute: una riflessione sociologica in COSTA G., CISLAGHI C., CARANCI N., (a cura di) *Le disuguaglianze sociali in salute. Problemi di definizione e di misura*, numero monografico di Salute e Società n.1, 2009, pp. 19 – 30.
- GLASER R., RICE J. SPEICHER C.E., STOUT J.C. e KIECOLT-GLASER J.C. Stress Depresses Interferon Production by Leukocytes Concomitant with a Decrease in Natural Killer Cell Activity, *Behavioral Neuroscience*, n. 100, 1986, pp.675-678.

- GOLDSTEIN H., *Multilevel statistical models*, New York, Halsted Press, 1995.
- GOLDTHORPE J.H., *On sociology*, New York, Oxford University Press, 2000.
- GOLDTHORPE J.H. e MARSHALL G., The promising future of class analysis. A response to recent critiques, *Sociology*, 26, 1992, pp.381-400.
- GOLINI A., PAGNANELLI F., Mortalità e Condizione Sociale delle Famiglie in Italia, *POLIS*, 3/1990, pp.447-470.
- GORTMAKER S.L., WISE P.H., The first injustice: socioeconomic disparities, health services technology, and infant mortality, *Annual Review of Sociology*, Vol.23, 1997, pp.147-170.
- GRANOVETTER M., The Strength of Weak Ties, *American Journal of Sociology*, Vol. LXXVIII, 1973, pp. 1361-1380.
- GRAZIANI M.G., TOGNETTI M. (a cura di) *Funzioni e attività del sociologo nel sistema sanitario*, Milano, Edizioni della Provincia di Milano, 1982.
- GUIGNON N. *Alcool et tabac. Données sociales*. Paris, INSEE, 1990, p. 254-7.
- HASLBECK J.W., SCHAEFFER D., Routines in medication management: the perspective of people with chronic conditions, *Chronic Illness*, N. 5, 2009, pp. 184-196.
- HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE, *La santé en France*, Paris, La Documentation Française, 1994.
- HEATH I., Crocodile tears for health inequality, *British Medical Journal*, No. 340, 2010.
- HEMPEL C.G. *Philosophy of Natural Science*, 1966; trad.it. *Filosofia delle Scienze Naturali*, Bologna, Il Mulino, 1968.
- HEMSTROM O., VALKONEN T., E KUNST A. 2003 Widening socioeconomic inequalities in mortality in six western European countries, in *International Journal of Epidemiology*, n.32,pp.830-837
- HERNÁN M.A. A definition of causal effect for epidemiological research, *Journal of Epidemiology and Community health*, 58, 2004, pp.265-271.
- HERZLICH C., *Health and illness: a social psychological analysis*, London, Academic Press, 1973.

HERZLICH C, AUGÉ M. *Le sens du mal. Histoire, anthropologie, sociologie de la maladie*. Archives contemporaines, Paris, 1985.

HERZLICH C., ADAM P., *Sociologie de la Maladie et de la Médecine*, Nathan, Paris, 1994.

HIATT R.A, BREEN N. The Social Determinants of Cancer, *American Journal of Preventive Medicine*, Vol. 35, N. 2S, 2008, pp. 141- 150.

HOMANS, G.E. Fundamental social processes, SMELSER N.J. (a cura di), *Sociology: an introduction* (II ed.), New York, John Wiley, 1973.

HOUSE J.S., LEPKOWSKI J.M., MERO R.P., KINNEY A.R. e BRESLOW R.J. Age, SES and Health, in *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 68, 1990, pp.383- 392.

HUISMAN M., KUNST A.E., ANDERSEN O., BOPP O.M., BORGAN J-K., BORRELL C., COSTA G., DEBOOSERE P., DESPLANQUES G., DONKIN A., GADEYNE S., MINDER C., REGIDOR E., SPADEA T., VALKONEN T. e MACKENBACH J.P. Socioeconomic inequalities in mortality among elderly people in 11 European populations, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58, 2004, pp.468-475.

HUMMER R.H., ROGERS R.G., e EBERSTEIN I.W., Sociodemographic differentials in adult mortality: a review of analytic approaches, *Population and development review*, Vol.24, n.3, 1998, pp.553-578.

HUNTER D.J. e KILLORAN A., *Tackling health inequalities: turning policy into practice?*, London, UK Health Development Agency, 2004.

HUPKENS C.L.H., KNIBBE R.A. e DROP M.J., Social class differences in food consumption. The explanatory value of permissiveness and health and cost considerations, *European journal of public health*, 10, 2000, pp.108-113.

IDLER E.L. e BENYAMINI Y., Self-Rated Health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies, *Journal of Health and Social Behavior*, 38, 1997, pp.21-37.

IDLER. E, BENIAMINI Y., Self-Rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies, *Journal of Health and Social Behaviour*, Vol.34, n.2, 1999, pp.105-121.

IDLER E.L., Definitions of Health and Illness and Medical Sociology, *Social Science & Medicine*, 13A, 1979, pp. 723-731.

ILLICH I., *Limits to Medicine. Medical Nemesis: the Expropriation of Health*, London, Boyars, 1976.

- INGROSSO M., *Dalla prevenzione della malattia alla promozione della salute*, Milano, Franco Angeli, 1987.
- INGROSSO M., *Ecologia sociale e salute*, Milano, Franco Angeli, 1994.
- INGROSSO M., (a cura di), *La salute come costruzione sociale*, Milano, Franco Angeli, 1994.
- INGROSSO M., L'esagono della salute: un modello di costruzione sociale del ben malessere, *L'arco di Giano*, n. 30, 2001.
- INSEE, *Enquête Santé 2004*, INSEE, Paris, 2005.
- IOM. *Toward environmental justice: research, education and health policy needs*, Washington DC, National Academy Press, 1999.
- ISTAT *Indagine Multiscopo sulle Condizioni di Salute e Ricorso ai Servizi Sanitari*, Roma, ISTAT, 2007.
- ISTAT, *Condizioni di salute e ricorso ai sistemi sanitari 2005* Roma, ISTAT, 2007.
- JOHNSON R.J., WOLINSKY F.D., The Structure of Health Status Among Older Adults: Disease, Disability, Functional Limitation, and Perceived Health, *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 34, No 2, 1993, pp.105-121.
- JÖRESKOG K.G. e SÖRBOM, D. *Lisrel 7. A guide to the Program and Applications.III*, Chicago Spss Inc., 1988.
- JOUBERT M. et al. *Précarisation, risques et santé, Collection Questions en santé publique*, Paris, Editions de l'INSERM, 2001.
- JYLHÄ M., GURALNIK, J.M., FERRUCI L., JOKELA J., HEIKKINEN E., Is self rated health comparable across cultures and gender?, *Journal of Gerontology*, n° 3, 1998, pp.144-152.
- JYLHA M. What is self-rated health and why does it predict mortality? towards a unified conceptual model, *Social Science and Medicine*, 69, 2009, pp. 307-316.
- KANBUR R. e MUKHERJEE D., *Premature mortality and poverty measurement, ERU (Indian Statistical Institute)*, Colchester, University of Essex, 2003.
- KAPLAN G.A., PAMUK E.R., LYNCH J.W., COHEN R.D., BALFOUR J.L. Inequality in income and mortality in the United States: analysis of mortality and potential pathways, *British Medical Journal* 312, 1996, pp. 999-1003.

- KAPLAN GA. People and places: contrasting perspectives on the association between social class and health, *International Journal of Health Service*, N. 26, 1996, pp. 507–519.
- KÅREHOLT I. The long shadow of socioeconomic conditions in childhood: do they affect class inequalities in mortality, in JONSSON J.O. e MILLS C., *Cradle to grave, Life-course change in modern Sweden*, Old Elvet, Durham, Sociology Press, 2001.
- KARJALAINEN A. e NIEDERLAENDER E. Occupational Disease in Europe in 2001, *Statistics in Focus. Population and Social Conditions 15/2004*, Luxembourg, EUROSTAT.
- KARP A., KÅREHOLT I., QIU C., BELLANDER T., WINBLAD B. e FRATIGLIONI, L. Relation of education and occupation based socioeconomic status to incident Alzheimer's disease, *American Journal of Epidemiology*, Vol.159, n°2, 2004, pp.175-183.
- KAWACHI I. et al. Social Capital, Income Inequality and Mortality, *American Journal of Public Health*, No. 87, 1997, pp. 1491-1498.
- KING G., "Truth" is stranger than prediction, more questionable than causal inference, *American Journal of Political Science*, Vol.35, Issue 4, 1991, pp.1047-1053.
- KING G., ZENG, L. Logistic Regression in Rare Events Data, *Society for Political Methodology*, 2001, pp.137-163.
- KING G., KEOHANE R.O., VERBA, S. *Designing Social Inquiry: scientific inference in qualitative research*, Princeton, New Jersey, Princeton University Press, 1994.
- KITCHER P. Evolutionary Theory and the Social Uses of Biology, *Biology and Philosophy*, 19, 2004, pp.1-15.
- KITIGAWA E.M., e HAUSER P.M. Education Differentials in Mortality by Cause of Death: United States, 1960, *Demography*, Vol.5, No 1, 1968, pp.318-353.
- KITIGAWA E.M., HAUSER P.M. *Differentials Mortality in the United States: A Study of Socioeconomic Epidemiology*, Cambridge, MSS Harvard University Press, 1973.
- KIVIMÄKI M., VAHTERA J., VIRTANEN M., ELOVAINIO M., PENTTI J., e FERRIE J.E. Temporary employment and risk of overall and cause-specific mortality, *American Journal of Epidemiology*, Vol.158, N°7, 2003 pp.663-668.

KOGEVINAS M., MARMOT M., FOX A., GOLDBLATT P. Socioeconomic differences in cancer survival, *Journal Epidemiology of Community Health*, No. 45, 1991, pp. 216-219.

KOIVUMAA-HONKANEN H., HONKANEN R., VIINAMÄKI H., HEIKKALÄ K., KAPRIO J., KOSKENVUO M., Self-reported life satisfaction and 20-year mortality in healthy finnish adults, *American Journal of Epidemiology*, Vol.152, n°10, 2000, pp.983-991.

KOSTER A., BOSMA H., KEMPEN G.I.J.M., VAN LENTHE F.J., VAN EIJK J.TH.M., E MACKENBACH J.P. Socioeconomic inequalities in mobility decline in chronic disease groups (asthma/COPD, heart disease, diabetes mellitus, low back pain): only a minor role for disease severity and comorbidity, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58, 2004, pp.862-869.

KRIEGER N. Embodying inequality: a review of concepts, measures and methods for studying health consequences of discrimination, *International Journal of Health Service*, No.29, 1999, pp. 295-352.

KRIEGER N. Proximal, distal, and the politics of causation: what's level got to do with it?, *American Journal of Public Health*, 98, 2008, pp. 221-30.

KRIEGER N., Epidemiology and the web of causation: has anyone seen the spider?, *Social Science and Medicine*, 39, 1994, pp.887-903.

KRIEGER N., Theories for social epidemiology in the 21st century: an eco social perspective, *International Journal of Epidemiology*, n.30, 2001, pp.668-677.

KUH D., BEN – SHLOMO Y. *A Life Course Approach to Chronic Disease Epidemiology*. Oxford, Oxford University Press, 1997.

KUNST A.E., GROENHOF F., MACKENBACH J.P. AND EU WORKING GROUP ON SOCIO-ECONOMIC INEQUALITIES IN HEALTH Inégalités sociales de mortalité prémature : La France comparée aux autres pays européens, in LECLERC A., FASSIN D., GRANDJEAN H., KAMINSKI M., LANG T., *Les Inégalités Sociales de Santé*, Paris, La Découverte/INSERM, 2000.

KUNST A.E., GROENHOF F., MACKENBACH J.P., et al. Occupational class and cause-specific mortality in middle aged men in 11 European Countries: comparison of population based studies, *British Medical Journal*, No. 316, 1998, pp. 1636-1342.

- LA VECCHIA C., DE CARLI A. e PAGANO R., Education, prevalence of disease and frequency of health care utilization: the 1983 Italian National Health Survey, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 41, No 2, 1987, pp.161-165.
- LAAKSONEN M., ROOS E., RAHKONEN O., MARTIKAINEN P. e LAHELMA E., Influence of material and behavioural factors on occupational class differences in health, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 2005, pp.163-169.
- LAHELMA E., MARTIKAINEN P., LAAKSONEN M. e AITTOMÄKI A. Pathways between socioeconomic determinants of health, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58, 2004, pp.327-332.
- LANG T., FASSIN D., GRANDJEAN H, KAMINSKI M., LECLERC A. France, in MACKENBACH J.P., BAKKER M.(Eds), *Reducing inequalities in Health: A European Perspective*, London, Routledge, 2002.
- LAST J.M. *A dictionary of epidemiology*, New York, Oxford University Press, 1988.
- LAUDERDALE D.S., Education and Survival: Birth Cohort, Period, and Age Effects, *Demography*, 38, 2001, pp. 551-561
- LECLERC A, LERT F, GOLDBERG M. Les inégalités sociales devant la mort en Grande-Bretagne et en France, *Social Science & Medicine*;19(5) 1984, pp. 479-87.
- LECLERC A., FASSIN D., GRANDJEAN H., KAMINSKI M., LANG T. *Les Inégalités Sociales de Santé*, Paris, La Découverte/INSERM, 2000.
- LECLERC A., KAMISKI M., LANG T., *Inégaux face à la santé*, Paris, La Découverte – Inserm, 2008.
- LEE S., KAWACHI I., BERKMAN L.F., GRODSTEIN F., Education, other socioeconomic indicators, and cognitive function, *American Journal of Epidemiology*, Vol.157,n°8, 2003, pp.712-720.
- LEIBBRAND W. Gesundheit und Krankheit im abendlaendischen medizinischen Denken, *Studium Generale*, 1953, pp.32-39.
- LERICHE R. *Qu'est-ce la Maladie?*, *Somme de Médecine Contemporaine*, Nice, Diane Française, 1951.
- LEYLAND A.H., MCLEOD A., *Mortality in England and Wales, 1979-1992. An introduction to Multilevel Modelling using MlwiN*, MRC Social and Public Health Sciences Unit, occasional paper n.1, 2000.

LINK B.G., PHELAN J., Social Conditions As Fundamental Causes of Disease, *Journal of Health and Social Behavior*, Vol.35, 1995,pp. 80-94.

LINK B.G., PHELAN J.C. Evaluating the fundamental cause explanation for social disparities in health, In BIRD C.E., CONRAD, P., FREMONT, A.M. *Handbook of Medical Sociology*, Upper Saddle River, Prentice-Hall, 2000.

LUCCHINI M. e SARTI S. Il peso dei fattori ascrittivi ed acquisitivi nelle disuguaglianze di salute: un modello di "Health Attainment", *POLIS πόλις*, XXIII, 1, 2009, pp.57-81.

LUCCHINI M., Il gradiente sociale nelle disuguaglianze di salute nell'anzianità, in TOGNETTI BORDOGNA M. (a cura di) *I grandi anziani tra definizione sociale e salute*, Milano, FrancoAngeli, 2007.

LUCCHINI M., *Doni di Vita*, Parma, La Nuova Italia, 2005.

LUCCHINI M. e SARTI S., Un approfondimento metodologico: la strutturazione del benessere nell'età anziana, in BLANGIARDO G.C. (a cura di), *Rapporto Biennale al Parlamento sulla Condizione dell'Anziano*, Roma, Ministero del lavoro e delle Politiche Sociali, 2004.

LUCCHINI M., SARTI S. e TOGNETTI BORDOGNA M. I welfare regionali e le differenze territoriali nelle disuguaglianze di salute, in BRANDOLINI A., SARACENO C., SCHIZZEROTTO A. (a cura di), *Dimensioni della disuguaglianza in Italia: povertà, salute, abitazione*, Bologna, Il Mulino, 2009, pp.165-189.

LUCCHINI M., TOGNETTI BORDOGNA M., Le disuguaglianze di salute, in AIS (a cura di), *Mosaico Italia*, Milano, Franco Angeli, 2010.

LUHMANN N., *Sistemi sociali. Fondamenti di una teoria generale*, Bologna, Il Mulino, 1990.

LUHMANN N., e DE GIORNI R. *Teoria della società*, Milano, FrancoAngeli, 1992.

LYNCH J. Income inequality in health: expanding the debate, *Social Science & Medicine*, n.51, 2000 pp. 1001 – 1005.

LYNCH J, AND DAVEY SMITH G, Commentary: Income inequality and health: The end of the story?, *International Journal of Epidemiology*, 31, 2002, pp. 549-551.

LYNCH J.W , DAVEY SMITH G., KAPLAN G.A e HOUSE J.S., Income inequality and mortality: importance to health of individual income,

psychosocial environment, or material conditions, *British Medical Journal MJ*, 320, 2000, pp. 1200-1204

MACCACARO G.A., MARTINELLI A., *Sociologia della medicina*, Milano, Feltrinelli, 1977.

MACCACARO G.A., *Per una medicina da rinnovare. Scritti 1966-1976*, Milano, Feltrinelli, 1979.

MACINKO J.A. e STARFIELD B., Annotated Bibliography on Equity in Health 1980-2001, *International Journal for Equity in Health*, 1:1, 2002 pp.1-20.

MACINTYRE S., The Black Report and Beyond: What are the Issue, *Social Science & Medicine*, vol.44, 1997, pp.723 – 745.

MACINTYRE S., ELLAWAY A., CUMMINS S., Place effects on health: how can we conceptualise, operationalise and measure them?, *Social Science and Medicine*, vol.55, 2002, pp.125-139.

MACINTYRE S., MACDONALD L., ELLAWAY A. Do poorer people have poorer access to local resources and facilities? The distribution of local resources by area deprivation in Glasgow, Scotland, *Social Science and Medicine*, No. 67, 2008, pp.900-914.

MACINTYRE S., MCKAY L., ELLAWAY A., Are rich people or poor people more likely to be ill? Lay perceptions, by social class and neighbourhood, of inequalities in health, *Social Science & Medicine*, No. 60, 2005, pp. 313-317.

MACIOCCO G., Prefazione, In OSSERVATORIO ITALIANO SULLA SALUTE GLOBALE (a cura di). *A caro prezzo. Le disuguaglianze nella salute*, Pisa, Edizioni ETS, 2006.

MACKENBACH J.P. ET BAKKER M.J. FOR THE EUROPEAN NETWORK ON INTERVENTIONS AND POLICIES TO REDUCE INEQUALITIES IN HEALTH, Tackling socioeconomic inequalities in health: analysis of European experiences, *The Lancet*, 362, October 25, 2003 : 1409-14.

MACKENBACH J.P. ET STRONKS K., The development of a strategy for tackling health inequalities in the Netherlands, *International Journal for Equity in Health*, 3, 2004, pp. 11- 23.

MACKENBACH J.P., BAKKER M.J., SIHTO M., DIDERICHSEN F. Strategies to reduce socioeconomic inequalities in health, in MACKENBACH J.P., BAKKER M. (Eds), *Reducing inequalities in Health: A European Perspective*, London, Routledge, 2002.

MACKENBACH JP, STIRBU I, ROSKAM AJ, et al. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *New English Medical Journal*, 5; 358 (23), 2008, pp.2468-81.

MACKENBACH J Editorial. Income inequality and population health, *British Medical Journal* 324, 2002, pp.1-2.

MACKENBACH, J.P. Morbidity differences by occupational class among men in seven European countries: an application of the Erikson-Goldthorpe social class scheme, *International Journal of Epidemiology*, n.27, 1998, pp.222-230.

MACKENBACH J.P., et al. Post-1950 Mortality trends and medical care: gains in life expectancy due to declines in mortality conditions amenable to medical intervention in the Netherlands, *Social Science and Medicine*, No.27, vol.9, 1988, pp.889-894.

MACKENBACH J., BOS V., ANDERSEN O., CARDANO M., COSTA G., HARDING S., REID A., HEMSTROM O., VALKONEN T., e KUNST A. Widening socioeconomic inequalities in mortality in six western European countries, *International Journal of Epidemiology*, n.32, 2003, pp.830-837.

MANCINO L., LIN B.H. e BALLENGER N. The Role of Economics in Eating Choices and Weight Outcomes, *Agriculture Information Bulletin* n. 791, 2004

MANGHI S., (a cura di), *Attraverso Bateson. Ecologia delle mente e relazioni sociali*, Milano, Anabasi, 1994.

MANOR O., MATTHEWS S., e POWER C., Dychotomous or categorical response? Analysing self-rated health and lifetime social class, *International Journal of Epidemiology*, 29, 2000pp.149-157

MANZO GL., *La spirale des inégalités. Choix scolaires en France et en Italie au XXe siècle*, Paris, Presses de l'Université Paris-Sorbonne (PUPS), 2009.

MARINACCI C., SPADEA T., BIGGERI A., DEMARIA M., CAIAZZO A., COSTA G., The role of individual and contextual socioeconomic circumstances on mortality: analysis of time variations in a city of north west Italy, *Journal Epidemiology Community Health* vol.58, 2004, pp. 199-207.

MARINACCI C., Il contesto, *Epidemiologia e Prevenzione*, No. 28, suppl. 3, (2004). pp.76-81.

- MARINO M. *Salute e malattia. Tra vecchi e nuovi paradigmi*. Milano, Franco Angeli, 2003.
- MARMOT, M. *The Status Syndrome. How Social Standing Affects Our Health and Longevity*, New York, Holt Paperbacks, 2004.
- MARMOT, M., BOBAK, M., DAVEY SMITH, G. Spiegazioni per le disuguaglianze sociali nella salute, in COSTA, G., FAGGIANO, F. (a cura di) *L'equità nella salute in Italia*, Milano, Fondazione Smith Kline, Franco Angeli, 1994.
- MARMOT M., WILKINSON R.G. (a cura di), *Social determinant of health*, Oxford, Oxford University Press, 1999.
- MARRADI A., Introduzione all'edizione italiana, in SMELSER N.J., *La comparazione nelle scienze sociali*, Bologna, Il Mulino, 1982.
- MARRADI A., *Concetti e metodo per la ricerca sociale*, Firenze, La Giuntina, 1980.
- MATHERS C., LONCAR D. Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030, *PLoS Medicine*, Vol. 3, Issue 11, November, 2006.
- MATURO A., *Sociologia della malattia*, Milano, FrancoAngeli, 2007.
- MCKEE M. (Ed), The European Union Health Monitoring Programme, *European Journal of Public Health*, 13, 3, 2003, supplement.
- MCKEOWN T, *The Role of Medicine: Dream, Mirage or Nemesis?*, Oxford, Basil Blackwell, 1976.
- MCLAREN L., Socioeconomic Status and Obesity, *Epidemiologic Reviews*, 29, 2007, pp.29-48.
- MCLEROY K.R., BIBEAU, D. STECKLER, A. GLANZ, K. An ecological perspective on health promotion programs, *Health Educational Quarterly*, No. 15, 1988, pp.351-377.
- MELCHIOR M., GOLDBERG M., KRIEGER N., KAWACHI I., MENVIELLE G., ZINS M., BERKMAN L. Occupational class, occupational mobility and cancer incidence among middle-aged men and women: a prospective study of the French Gazel cohort, *Cancer Causes and Control*, Vol. 16, N. 5, 2005.
- MELUCCI A., *Sistema politico, partiti e movimenti sociali*, Milano, Feltrinelli, 1977.
- MELUCCI A., *L'invenzione del presente*, Bologna, Il Mulino, 1982.

- MELUCCI A., *Movimenti, identità, bisogni individuali*, Bologna, Il Mulino, 1982.
- MENVIELLE G., LUCE D., GEOFFROY-PEREZ B., CHASTANG J.F., LECLERC A. Social inequalities and cancer mortality in France, 1975 – 1990”, *Cancer Causes and Control*, Vol. 16, N. 5, 2005.
- MERLO J., Multilevel analytical approaches in social epidemiology: measures of health variation compared with traditional measures of association, *Journal of Epidemiology and Community Health*, Vol.57, 2003, pp.550-552.
- MERTON R. K., READER G., KENDALL P.L., *The Student-Physician: Introductory Studies in the Sociology of Medical Education*, Cambridge, Harvard University Press, 1957.
- MERTON R.K., The Matthew Effect in Science, *Science* 159, 1968, pp.56-63.
- MICHELI G.A., *I nuovi catari*, Bologna, Il Mulino, 1982.
- MIROWSKY J., ROSS C.E., REYNOLDS J. Links between social status and health status, In BIRD C.E., CONRAD P. FREMONT A.M., *Handbook of Medical Sociology*, Upper Saddle River, Prentice-Hall, 2000.
- MITTLEMAN M.A., MACLURE M., SHERWOOD J.B., MULRY R.P., TOFLER G.H., JACOBS S.C., FRIEDMAN R., BENSON H. e MULLER J.E., Triggering of Acute Myocardial Infarction Onset by Episodes of Anger, *Circulation*, 92, 1995, pp.1720-1725
- MONOD J. *Il Caso e la Necessità: saggio sulla filosofia naturale della biologia contemporanea*, Milano, Edizioni Scientifiche e Tecniche Mondadori, 1983.
- MOSER K., PUGH H., GOLDBLATT P. Mortality and the social classification of women, in P.GOLDBLATT (ed.) *1971- 1981 Longitudinal Study, Mortality and social organization*, Londra, HMSO,1990, pp.145-162,.
- MULATU M.S. e SCHOOLER C. Casual connections between Socio-economic status and health: reciprocal effects and mediating mechanism, *Journal of Health and Social Behavior*, Vol.43, n°1, 2002, pp.22-4.
- MUNTANER C., BORRELL C., BENACH J., PASARÌN M.I., e FERNANDEZ E., The Associations of social class and social stratification with patterns of general and mental health in a Spanish population, *International Journal of Epidemiology*, 32, 2003, pp.950-958.

- MUNTANER C., LYNCH J. Social capital, class gender and race conflict, and population health: an essay review of Bowling Alone's implications for social epidemiology, *International Journal of Epidemiology*, 31 2002, pp.261-267.
- MURIANNI L., SABETTA T., SFERRAZZA A., RICCIARDI W. Prevenire le malattie croniche: sfida del futuro, *Salute e Società*, Anno VII – 3, 2008.
- NATHANSON C.A. Sex Differences in Mortality, *Annual Review of Sociology*, Vol.10, 1984pp. 191-213
- NAVARRO V. Editorial: a beginning, *International Journal of Health Service*, 1, 1971, pp. 1-2.
- NAVARRO V. *Crisis, Health, and Medicine: a social critique*, New York, Tavistock, 1986.
- NETTLETON S. *The Sociology of Health and Illness*, Cambridge, Polity, 2006.
- NIELSEN F. Sociobiology and Sociology, *Annual Review of Sociology*, Vol.20, 1994, pp.267- 303.
- NIERO M., *La personalizzazione nella ricerca quantitativa. Per la valutazione della salute e degli esiti riferiti dai pazienti*, Milano, Franco Angeli, 2008.
- NOLTE E, MCKEE M., Measuring the health of nations: analysis of mortality amenable to health care. *British Medical Journal*, Nov 15;327(7424), 2003, 1129.
- NOVOTNY T.E., WARNER K.E., KENDRICK J.S., REMINGTON P. Smoking by blacks and whites: Socioeconomic and Demographic Differences, *American Journal of Public Health*, 78, 1988, pp. 1187-1189
- NUVOLATI G., TOGNETTI BORDOGNA M., (a cura di), *Salute, Ambiente e qualità della vita nel contesto urbano*, Milano, Franco Angeli, 2008.
- OFFE C., *Lo stato nel capitalismo maturo*, Milano, ETAS Libri, 1977.
- OFFE C., *Contradictions of the Welfare State*, London, Hutchinson, 1984.
- OLIVIERO A., *Prima lezione di neuroscienze*, Bari Laterza,, 2002.
- OMS - Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO - World Health Organization) *ICF – Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute*, Geneva, OMS, 2001
- OMS, Rapport sur la santé en Europe, *Publication régionale, série européenne*, 97, 2002.

- OSSERVATORIO ITALIANO SULLA SALUTE GLOBALE, *A caro prezzo. Le disuguaglianze nella salute*, Pisa, Edizioni ETS, 2006.
- OSTLIN P. ET DIDERICHSEN F. (2001), "Equity-oriented national strategy for public health in Sweden": a case-study-policy learning curve series, no 1. Brussels: ECHP.
- PACI M., *Pubblico e privato nei moderni sistemi di welfare*, Liguori, Napoli, 1989.
- PADOVANI G. *Il diritto negato. La salute e le cure sono uguali per tutti?* Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, 2008.
- PARODI A., *Storie della medicina*. Torino, Edizioni di Comunità, 2002.
- PARSONS T., *The Social System*, Glencoe, Free Press, 1951.
- PARSONS T., *Sistema Politico e Struttura Sociale*, Milano, Giuffrè, 1975.
- PHELAN J.C., LINK B.G., DIEZ-ROUX A., KAWACHI I., LEVIN B., Fundamental causes of social inequalities in mortality: a test of the theory, *J Health Soc Behav*, No. 45, 2004, pp. 265-285.
- PINEL P., *Traité médico – philosophique sur l'aliénation mentale*, Paris, 1809.
- PISATI M., *La Mobilità Sociale*, Bologna, Il Mulino, 2000.
- PISATI M. *L'Analisi dei Dati. Tecniche Quantitative per le Scienze Sociali*, Bologna, Il Mulino, 2003.
- PIZZINI F., *Asimmetrie comunicative. Differenze di genere nell'interazione medico-paziente*, Milano, Franco Angeli, 1990.
- PONTI A. e FAGGIANO F. La distribuzione sociale dei fattori di rischio di malattia: il caso del fumo di tabacco, in COSTA G., FAGGIANO F. (a cura di) *Rapporto sulle Diseguaglianze Sociali. L'Equità nella Salute in Italia*, Milano, FrancoAngeli, 1994, pp.181-198.
- POPAY J., WILLIAMS G., THOMAS C., GATRELL A., Theorizing inequalities in health: the place of lay knowledge, *Sociology of Health & Illness*, Vol. 20, No. 5, 1998, pp. 619-644.
- POWER C., MANOR O., FOX A.J. *Health and Class: the early years*, London, Chapman & Hall, 1991.
- PRANDY K. Class, stratification and inequalities in health: a comparison of the Registrar-General's Social Classes and the Cambridge Scale, *Sociology of Health and Illness*, vol.21,n.4, 1999, pp.466-484.

- PRATSCHKE J., Siegrist e la sociologia: un commento critico, in GIARELLI G. GEYER S. (a cura di). *Prospettive europee sui sistemi sanitari che cambiano, Salute e Società*, Anno V – Supplemento n.1 (2006).
- PRESTON S.H. *Mortality Patterns in National Populations with Special Reference to Recorded Causes of Death*, New York, Academic, 1976.
- PRESTON S.H. e ELO I.T. Educational differentials in adult mortality increasing in the United States?, *Journal of Aging and Health*, 7, 1995, pp.476-496.
- PRINJA S., KUMAR R., Reducing health inequities in a generation: a dream or reality?, *Bulletin World Health Organization*, 2009, pp. 87-84.
- PUTNAM R. *Bowling alone: the collapse and revival of American community*, New York, Simon & Schuster, 2000.
- RAYNAUD D. L'impact de la CMU sur la consommation individuelle de soins, *Études et Résultats*, 229, 2003.
- REGIDOR E., SPADEA T., VALKONEN T. e MACKENBACH J.P. Socioeconomic inequalities in mortality among elderly people in 11 European populations, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58, 2004, p.468-475
- RILEY J.C. The risk of being sick: morbidity trends in four countries, *Population and development review*, Vol.16, N.3, 1990, pp.403-432.
- ROBERT S.A. Socioeconomic Position and Health: The Independent Contribution of Community Socioeconomic Context, *Annual Review of Sociology*, 25, 1999, pp.489-516.
- ROBERT S.A. e HOUSE J. Socioeconomic Inequalities in Health: Integrating Individual-,Community-, and Societal-Level Theory and Research, in ALBRECHT G.L, FITZPATRICK R. e SCRIMSHAW, S.C. (a cura di) *Handbook of Social Studies in Health and Medicine*, London, Sage, 2000, pp. 115-135.
- ROBINSON C.A. Managing a life with a chronic condition: The story of normalization, *Qualitative Health Research*, No.3, 1993, pp. 6-28.
- RODGERS G.B., Income and inequality as determinants of mortality: an international cross-section analysis, *International Journal of Epidemiology*, No. 31, 2002, pp. 533-538.

- ROGERS R.G. Sociodemographic characteristics of long-lived and healthy individuals, *Population and development review*, Vol.21, n.1, 1995, pp.33-58
- ROSS C.E., e MIROWSKY, J. Refining the association between education and health: the effects of quantity, credential, and selectivity, *Demography*, Vol.36, n.4, 1999, pp.445-460.
- ROSS C.E., e WU C. Education, Age, and the Cumulative Advantage Health, Vol. 37, No. 1, 1996, pp.104-120.
- RUTIGLIANO E., *Teorie sociologiche classiche*, Torino, Bollati Boringhieri, 2001.
- SARTI S., La classe sociale, in buona salute, *POLIS πόλις* n.3, 2006, pp.317- 346.
- SCHIZZEROTTO A. *Classi Sociali e Società Contemporanea*, Milano, Franco Angeli, 1988.
- SCHIZZEROTTO A. (a cura di), *Vite ineguali. Disuguaglianze e corsi di vita nell'Italia contemporanea*, Il Mulino, Bologna, 2002.
- SCHÜTZ A., *Saggi sociologici*, Torino, Utet, 1979.
- SCRAMBLER G. (a cura di), *Sociology as Applied to Medicine*, London, Saunders Company, 1997.
- SEN A., *Risorse, valori e sviluppo*, Torino, Bollati Boringhieri, 1992.
- SEN, A.K. 1993 *Capability and Well-being*, Nussbaum e Sen, pp.30-53.
- SEN A.K. *Development as freedom*, New York, Oxford University Press, 1999.
- SERMET C., KHLAT M., La santé des chômeurs en France: revue de la littérature, *Revue Épidémiologique de Santé Publique*, 52 2004, pp. 465-474.
- SHERBOURNE C.D. e HAYS R.D. Marital status, social support, and health transitions in chronic disease patients, *Journal of Health and Social Behavior*, Vol.31, n.4, 1990, pp.328-343.
- SHI L., MACINKO J., STARFIELD B., POLITZER R., WULU J., XU J. Primary care, social inequalities and all-cause, heart disease and cancer mortality in US counties: a comparison between urban and non-urban areas, *Public Health*. N. 119, 2005, pp. 699-710.
- SHKOLNIKOV VM, ANDREEV EM, JASILIONIS D, LEINSALU M, ANTONOVA OI, MCKEE M., The changing relation between education

and life expectancy in central and eastern Europe in the 1990s. *J Epidemiol Community Health*. 2006 Oct;60(10), pp. 875-81.

SIEGRIST J. *Sociologia medica*, Padova, Cedam, 1979.

SIEGRIST J., Social differentials in chronic disease: what can sociological knowledge offer to explain and possible reduce them?, *Social Science and Medicine*, Vol. 41, N. 12, 1995, pp. 1603-1605.

SIEGRIST J. The Social Causation of Health and Illness, in ALBRECHT, G.L., FITZPATRICK, R., SCRIMSHAW, S.C. *The Handbook of Social Studies in Health and Medicine*, London, Sage Publications, 1999.

SIEGRIST J. A Theory of Occupational Stress, in DUNHAM J, (eds) *Stress in occupations: past, present, and future*, London, Whurr Publisher Limited, 1999.

SIEGRIST J., MARMOT M. *Social Inequalities in Health. New evidence and policy implications*, Oxford, Oxford University Press, 2006.

SIMMEL G., *Grundfragen der Soziologie*, Berlin, Göschen, 1917.

SINGH G.K., e SIAHPUSH M. Increasing inequalities in all-cause and cardiovascular mortality among US adults aged 25-64 years by area socioeconomic status, 1969-1998, *International Journal of Epidemiology*, 31, 2002, pp.600-613.

SINGH-MANOUX A, CLARKE P, MARMOT M. Multiple measures of socio-economic position and psychosocial health: proximal and distal measures, *International Journal of Epidemiology*, 2002; 31(6), pp.1192-1199.

SMELSER N.J. *Manuale di Sociologia*, Bologna, Il Mulino, 1995.

SMITH A., *La ricchezza delle Nazioni*, Roma, Grandi Tascabili, 1975.

SMITH D.G., LEON D., SHYLLEY M.J., ROSE G., Socioeconomic differentials in cancer among men, *International Journal of Epidemiology*, No. 20, 1991, pp. 339-345.

SOMMERS T., e ROSENBERG A., Darwin's nihilistic idea: evolution and the meaninglessness of life, *Biology and philosophy*, 18, 2003, pp.653-668.

SONTAG G. *Malattia come metafora. Cancro e Aids*. Milano, Oscar Mondadori, 2002.

SOROKIN P., *La Mobilità Sociale*, Milano, Ed. di Comunità, 1965.

- SPADEA T, COIS E., I primi anni di vita, *Epidemiologia e Prevenzione*. Anno 28, n. 3, 2004.
- SPADEA T. La prevenzione primaria e la diagnosi precoce, *Epidemiologia e Prevenzione*. Anno 28, n. 3. 2004, pp.97-102.
- STRAUSS A.L., et al. *Chronic Illness and Quality of Life*, St. Louis, Mosby, 1975.
- STRONKS K. The Netherlands in MACKENBACH J.P., BAKKER M.(Eds), *Reducing inequalities in Health: A European Perspective*, London, Routledge 2002.
- STUCKLER D., BASU S., MCKEE M. Budget crises, health and social welfare programmes, *British Medical Journal*, No. 340, 2010.
- SUBRAMANIAN S.V, KAWACHI I. e KENNEDY B.P. Does the state you live in make a difference? Multilevel analysis of self-rated health in the US, *Social Science & Medicine*, 53, 2001, pp. 9–19.
- SUBRAMANIAN S.V. e KAWACHI I. Response: In defence of the income inequality hypothesis, *International Journal of Epidemiology*, 32, 2003, pp.1037–1040.
- SUSSER M., e SUSSER E, Choosing a future for epidemiology: II. From black boxes to Chinese boxes and eco-epidemiology, *American Journal of Public Health*, 86, 1996, pp.674-677.
- SUSSER M., WATSON W., HOPPER K. *Sociology in Medicine*, New York, Oxford University Press, 1985.
- TARLOV A.R., Coburn's thesis: plausible, but we need more evidence and better measures, *Social Science & Medicine*, No. 51, 2000, pp. 993-995.
- TOGNETTI BORDOGNA M., PRANDI F., MORELLI U. (a cura di) *Il distretto possibile. Programmi e organizzazione del distretto socio-sanitario*, Padova, Francisci, 1984.
- TOGNETTI BORDOGNA M., (a cura di), *I muri cadono adagio. Storia dell'ospedale psichiatrico di Parabiago*, Milano, Franco Angeli, 1985.
- TOGNETTI BORDOGNA M, FAVARO G., (a cura di) *La salute degli immigrati*, Milano Unicopli, 1988.
- TOGNETTI BORDOGNA M., (a cura di) *I confini della salute*, Milano, Franco Angeli, 1989.
- TOGNETTI BORDOGNA M, *Lineamenti di Politica Sociale*, Milano, FrancoAngeli, 1998.

- TOGNETTI BORDOGNA M, (a cura di) *I colori del welfare. I servizi alla persone di fronte all'utenza che cambia*, Milano, Franco Angeli, 2004.
- TOGNETTI BORDOGNA M, (a cura di), *I grandi anziani tra definizione sociale e salute*, Milano Franco Angeli, 2007.
- TOGNETTI BORDOGNA M. (a cura di) *Disuguaglianze di salute e immigrazione*, Milano, Franco Angeli, 2008.
- TOGNETTI BORDOGNA M., Salute e ambiente, il contributo della sociologia della salute, in NUVOLATI G., TOGNETTI BORDOGNA M., (a cura di) *Salute, Ambiente e qualità della vita nel contesto urbano*, Milano, Franco Angeli, 2008.
- TOMMIS Y. et al. Carers with chronic conditions: changes over time in their physical health, *Chronic Illness*. N. 5, 2009, pp.155-164.
- TOURAINÉ A., *Critique de la modernité*, Paris, Éditions Fayard, 1992.
- TOWNSEND P., DAVIDSON N., WHITEHEAD M. *Inequalities in Health. The Black Report. The Health Divide*, London, Penguin Books, 1992.
- TSAY A.C., MORTON S.C., MANGIONE C.M., KELLER E.B. A meta analysis of interventions to improve care for chronic illnesses, *American Journal of Managed Care*, August 11(8), 2005, pp. 478-488.
- TURNER R.J., WHEATON B. e LLOYD D.A., The epidemiology of social stress, *American Sociological Review*, Vol.60, n.1, 1995pp.104-125.
- TWADDLE A. C., Disease, Illness, and Sickness Revisited, *Studies on Health and Society*, n. 18, 1994.
- VALKONEN T. Social Inequality in the face of death, *European Population Conference*, 1987pp.201-261
- VALLIN J., MESLÉ F., VALKONEN T. *Tendances en matière de mortalité et mortalité différentielle*, Bruxelles, Éditions du Conseil de l'Europe, 2001.
- VAN DEN BERGHE, P.L. Un Ponte fra Paradigmi, *Sociobiologia e Natura Umana*, 1980, pp.96-119.
- VAN LENTHE F.J., Deprivation and effects on health, in SIEGRIST J., MARMOT M., *Social Inequalities in Health*, New York, Oxford University Press, 2006.
- VANNONI F. Gli stili di vita, *Epidemiologia e Prevenzione*, Anno 28, n. 3 2004.
- VERGER P., SALIBA B., GUAGLIARDO V., BOUHNİK A.D., EICHENBAUM VOLINE S. Caractéristiques sociales individuelles,

contexte résidentiel et prévalence des problèmes de poids dans la petite enfance: une analyse multiniveaux, *Revue d'épidémiologie et santé publique* vol. 55, 2007, pp. 347- 356.

VICARELLI G., *Alle radici della politica sanitaria in Italia*, Bologna, Il Mulino, 1997.

VICARELLI, G. La salute e i servizi sociali e sanitari, In PACI M. (a cura di), *Le dimensioni della diseguaglianza*, Bologna, Il Mulino, 1993.

VICARELLI G., (a cura di) *Freidson. La dominanza medica*, Milano, Franco Angeli, 2002.

VINEIS P., *Modelli di rischio. Epidemiologia e causalità*, Torino, Einaudi, 1990.

VINEIS P., *Nel crepuscolo della Probabilità. La medicina tra scienza ed etica*, Torino, Einaudi, 1999.

VOLKOFF S., THÉBAUD-MONY A., Santé au travail: l'inégalité des parcours, In LECLERC A. et al, *Les Inégalités Sociales de Santé*, Paris, La Découverte / INSERM, 2000, pp. 349-362.

WADSWORTH M. (1999). "Early life". In Marmot, M., Wilkinson, R. Social determinants of health. Oxford: Oxford University Press.

WALLACE R.A., WOLF A., *La Teoria Sociologica Contemporanea*, Bologna, il Mulino, 2000.

WATERS H.R. Measuring equity in access to health care, *Social Science and Medicine*, 51 (4), 2000, pp.599-612.

WAXLER N.E. Learning to be a leper: A case study in the social construction of illness, In MISHLER, L.R. et al. *Social Contexts of Health, Illness & Patient Care*, New York, Cambridge University Press, 1981.

WEISS G.L., LONNQUIST L.E. *The Sociology of Health, Healing and Illness*, Upper Saddle River, Prentice Hall, 2008.

WEITZ R. *The Sociology of Health, Illness and Health Care: a critical approach*, Boston, Wadsworth Cengage Learning, 2007.

WELLARD S., Constructions of chronic illness, *International Journal of Nursing Studies*, N. 35, 1998, pp. 49-55.

WELLIN E. Theoretical orientations in Medical Anthropology: continuity and change over the past half-century, In LANDY D., *Culture, disease and healing*, New York London, MacMillan, 1977.

- WHELAN C.T. Social class, unemployment, and psychological distress, *European Sociological Review*, Vol.10, n°1, 1994, pp.49-61.
- WHITE, K. *An Introduction to the Sociology of Health and Illness*, London, Sage Publications, 2009.
- WHITEHEAD M. *The Health Divide: Inequalities in Health in the 1980's*, London, Health Education Authority, 1987.
- WHITEHEAD M. Diffusion of ideas on social inequalities in health: a European perspective, *Millbank Quarterly*, 76, 1998, pp.469-492.
- WHITEHEAD M., *The concepts and principles of equity and health*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1990.
- WHITEHEAD M., DAHLGREN G. *Concepts and Principles for Tackling Social Inequities in Health: Levelling up*, Copenhagen, World Health Organization, 2007.
- WHITMEYER J.M. On the Relationship Between Memes and Genes: A Critique of Dennett, *Biology and Philosophy*, 13, 1998, pp.187-204.
- WHO, *European Health for all database 2010*, www.euro.who.int/hfad
- WICKRAMA K.A.S., CONGER R.C, WALLACE L.E., ELDER JR., The intergenerational transmission of health-risk behaviors: adolescent lifestyles and gender moderation effects, *Journal of Health and Social Behavior*, Vol.40, n.3, 1999, pp.258-272
- WILKINSON R. G., MARMOTT M., (eds), *Social Determinants of Health: The Solid Facts*, second edition, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003 <http://www.euro.who.int/document/e81384.pdf>
- WILKINSON R.G. Income distribution and life expectancy, *British Medical Journal*, 304, 1992, pp. 165-168.
- WILKINSON R.G. *Unhealthy Societies: the afflictions of inequality*, London Routledge, 1996
- WILKINSON R.G. Health Inequality: Relative or Absolute Material Standards?, *British Medical Journal*, n. 314, 1997, pp.1727-1728.
- WILKINSON R. Commentary: liberty, fraternity, equality, *International Journal of Epidemiology*, 31: 2002, pp.538-543
- WILLIAMS G.H. The determinants of health: structure, context and agency, *Sociology of Health & Illness*. Vol. 25, 2003, pp. 131-154.

WILLSON A.E., SHUEY K.M., ELDER, G.H. Cumulative Advantage Processes as Mechanism of Inequality in Life Course Health, *American Journal of Sociology*, 112, 2007, pp.1886-1924.

WILSON E.O *Sociobiologia: la nuova sintesi*, Bologna, Zanichelli, 1979.

WOODS L.M., RACHET B., RIGA M., STONE N., SHAH A., e COLEMAN, M.P., Geographical variation in life expectancy at birth in England and Wales is largely explained by deprivation, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 2005, pp.115-120.

WRIGHT E.O. *Class counts*, Cambridge, Cambridge University Press, 1997.

ZIMMER Z., NATIVIDAD J., LIN H. e CHAYOVAN N., A cross-national examination of the determinants of self-assessed health, *Journal of Health and Social Behavior*, 41, 2000 pp. 465-481.

Une étude comparée sur les inégalités de santé : Italie et France

Résumé

Les fondements sur lesquels se fonde ce travail de recherche dérivent de la démonstration que la santé est conditionnée par une multiplicité de facteurs dont le contrôle n'est pas exercé seulement par le système sanitaire.

Les inégalités de santé représentant l'un des plus injustes et graves formes d'iniquités parce que la santé est une des conditions de première importance afin de vivre pleinement la vie.

Les inégalités en matière de santé constituent l'un des pires scandales de notre temps, en particulier dans les pays développés et les pays démocratiques.

Le thème des inégalités de santé est un sujet cher à la sociologie, car leur analyse permet, soit d'observer les dynamiques sociales, soit de comprendre comme les différences sociales se distribuent entre les individus à l'intérieur de la société, surtout avec l'actuelle crise économique globale.

L'objectif principal de cette étude consiste, grâce à l'application de techniques d'analyse comparée, à déterminer et distinguer les inégalités de santé dans les relations entre conditions sociaux, facteurs de risque, contexte territorial et état de santé de la population, en deux pays européens, (France et Italie), afin de comprendre leurs dynamiques et comme le contexte territorial grave sur les inégalités de santé des individus. À travers une approche transnationale le travail de recherche détermine les différences et les analogies entre France et Italie.

Les résultats qui émergent de nos analyses montrent l'existence de similitudes "inattendues" entre groupes de population française et italienne, malgré caractéristiques institutionnelles très différentes de welfare sanitaire.

Mots-clés : sociologie de la santé ; Inégalités de santé ; France ; Italie ; comparaison

A comparative study on Health Inequalities: Italy and France

Summary

The foundations of this work of research derived by the demonstration that the health is conditioning of a multiplicity by factors, the control of which is not exercised by the only health care system.

Health inequalities, representing one of the most unjust and severe inequitable forms because health is one of the pre-conditions in order to live out fully individual life. Health inequality constitutes one of the worst scandals of our time, especially in developed and democratic countries.

The theme of health inequalities is a subject beloved to the sociology, because their analysis allows, either to observe the social dynamics, either to understand as the social differences are distributed between the individuals within the society, especially with the current global economic crisis.

The main objective of this study is, using comparative analysis, identify and distinguish the inequalities in health in the relationship between social conditions, risk factors, territorial context and state of health of the population, in two European countries (France and Italy), in order to understand their dynamics and as the territorial context affects the inequalities of health of individuals. Through a transnational approach this research project identifies differences and similarities between the two case studies.

The results from our analysis, demonstrate the existence of "unexpected" similarities between groups of French and Italian people, despite different characteristics of social welfare and health systems.

Keywords : Sociology of Health ; Health Inequality; France; Italy; comparison

UNIVERSITÉ PARIS-SORBONNE

ÉCOLE DOCTORALE : ED 5 – Concepts et langages

Maison de la Recherche, 28 rue Serpente, 75006 Paris, FRANCE

DISCIPLINE : Sciences sociales et philosophie de la connaissance