

# La salute dei mantovani

Epidemiologia, percezione  
e differenze

a cura di Mauro Niero,  
Paolo Poletti

RICERCA  
SPENDIBILITÀ

**S**alute e  
società



FrancoAngeli



I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it) e iscriversi nella home page al servizio "Informatemi" per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità o scrivere, inviando il loro indirizzo, a "FrancoAngeli, viale Monza 106, 20127 Milano".

**La salute  
dei mantovani**  
Epidemiologia, percezione  
e differenze

a cura di Mauro Niero,  
Paolo Poletti

FrancoAngeli



Settore Turistico e Culturale Servizi alla Persona ed alla Comunità; Politiche Sociali e del Lavoro. Dirigente: Gianni Petterlini

La cura redazionale ed editoriale del volume è stata realizzata da Cristina Lonardi

Copyright © 2008 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

*L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni specificate sul sito [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it)*

## *Indice*

<b>Presentazione</b> , di <i>Maurizio Fontanili e Fausto Banzi</i>	Pag.	7
<b>Prefazione</b> , di <i>Costantino Cipolla</i>	»	9
<b>1. Come introduzione: il modello teorico e le prime linee di analisi</b> , di <i>Mauro Niero e Paolo Poletti</i>	»	13
<b>2. La dimensione sociale del mantovano</b> , di <i>Roberto Battilana</i>	»	37
<b>3. Mantova: la sua organizzazione sanitaria, la sua epidemiologia</b> , di <i>Paolo Ricci</i>	»	45
<b>4. Il profilo degli intervistati</b> , di <i>Paolo Poletti</i>	»	97
<b>5. Lo stato di salute percepita</b> , di <i>Mauro Niero</i>	»	103
<b>6. La famiglia, le reti e il capitale sociale</b> , di <i>Cristina Lonardi</i>	»	141
<b>7. L'uso dei farmaci</b> , di <i>Roberto Battilana</i>	»	167
<b>8. L'uso e la valutazione della qualità percepita dei servizi</b> , di <i>Cristina Lonardi</i>	»	185
<b>9. Ambiente e rischio percepito</b> , di <i>Alessia Bertolazzi</i>	»	197
<b>10. Uno stile di vita tra tradizione e salute</b> , di <i>Elisa Porcu</i>	»	220
<b>11. I migranti</b> , di <i>Debora Previti</i>	»	251

<b>12. Lo stato di salute degli occupati: un lavoratore sano e preoccupato</b> , di <i>Antonio Maturo</i>	Pag.	264
<b>Appendice: la metodologia della ricerca</b> , di <i>Paolo Poletti</i>	»	283
<b>Il questionario</b>	»	289
<b>Gli autori</b>	»	303

## *Presentazione*

Nata soprattutto per il desiderio di esplorare le disuguaglianze di salute, la ricerca che abbiamo il piacere di presentare è divenuta poi una riflessione a tutto campo sullo stato di salute dei cittadini mantovani: un punto fermo di analisi dal quale partire per approfondire, raffrontare, cogliere spunti di politica attiva sul territorio.

Nonostante i limiti di competenza, la Provincia di Mantova ha sempre sentito importante il rapporto stretto che esiste tra l'intervento nel sociale ed il problema della salute. La sola volontà di costituire un assessorato alle politiche sociali e sanitarie ne è testimonianza.

Questo stretto legame viene qui confermato dall'importanza del ruolo che le reti di relazione familiari e di comunità hanno sul benessere delle persone toccate da un problema di salute. E dunque si fa sempre più strada l'idea di una politica di intervento che solleciti tutti gli attori, per prime le strutture sanitarie e poi i comuni, le associazioni ed il mondo del volontariato, in un approccio globale ed integrato. Ed il lato dell'intervento sociale, del prendersi cura delle persone in un contesto vicino e fraterno diventa efficace politica di prevenzione, di complemento e supporto all'indirizzo sanitario.

Da questo volume esce, quindi, una sollecitazione forte al lavoro comune ed allo sguardo alto e comprendente, quello che riesce a inquadrare le persone nella loro globalità, senza eccessi di terapie farmacologiche e senza parcellizzarle nelle mille specializzazioni di cura.

È difficile comunque riassumere in poche righe la ricchezza dei dati e delle riflessioni che vengono qui presentate. La ricerca, di chiara impostazione scientifica e seguita dalla Provincia in collaborazione con le Università di Bologna (Dipartimento di Sociologia) e di Verona (Dipartimento di Scienze dell'Educazione), rimarrà sicuramente un punto di riferimento negli anni per le riflessioni sullo stato di salute dei mantovani. Anche per il suo metodo, quello classico che va ad esplorare direttamente gli umori e gli atteggiamenti delle persone.

Ne esce un quadro che, se ci conforta per una positiva percezione della propria salute, per un apprezzamento per i servizi, per la maturità negli stili di vita, ci fa anche riflettere sulle questioni ambientali, ci fa assumere il



problema della diversificazione di approcci culturali al problema della salute per la presenza di un numero rilevante di stranieri, ci fa preoccupare per le situazioni difficili sui posti di lavoro.

Dunque un mosaico di sollecitazioni che consegniamo alla riflessione generale ed alla valutazione degli operatori di salute con un sincero ringraziamento per quanti si sono impegnati in questa bella impresa che non ha molti precedenti nel territorio nazionale.

**Maurizio Fontanili**  
Presidente della Provincia di Mantova

**Fausto Banzi**  
Assessore Politiche Sociali e Sanitarie

## *Prefazione*

di *Costantino Cipolla*

La ricerca che qui vado brevemente a presentare è un'indagine condotta in maniera rigorosa su un tema che nel contesto italiano ha avuto scarse o nulle frequentazioni per gli aspetti strettamente metodologici. Per il tipo di campionamento, per la sua ampiezza rispetto al contesto di riferimento, per la qualità delle elaborazioni proposte, l'indagine si qualifica come una delle più accurate sulla percezione soggettiva di salute nella popolazione. È evidente che si tratta anche di una ricerca di natura innovativa perché ci permette e ci fa capire come la salute non sia solo un fatto riconducibile alla pura dimensione biologica e quindi a un funzionamento interrotto o mal condotto del proprio organismo ma essa è sempre anche senso attribuito alla malattia, autopercezione dei fenomeni connessi a situazioni di salute precarie o comunque in fase di decadimento<sup>1</sup>.

Non voglio qui anticipare alcuni dei risultati principali dell'indagine che per alcuni aspetti sono di sicuro e di notevole interesse, mi limito a sottolineare che gli approcci proposti sono inseriti in tipi di letteratura e schemi che sono accreditati a livello internazionale e che quindi rendono possibile comparare questi risultati con altri ben più vasti e di dimensioni internazionali.

La situazione generale che emerge dall'indagine è quella comunque di una salute che viene percepita ai massimi livelli nazionali. In altre parole, così come viene detto lungo il testo, gli abitanti della regione Lombardia percepiscono la propria salute in termini elevati per comparazione in riferimento alle altre situazioni nazionali e i risultati che emergono in riferimento alla situazione dei cittadini mantovani si collocano attorno appunto alla media regionale lombarda<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Per un'analisi delle diverse dimensioni della malattia si rimanda a Cipolla C., Maturò A. (2008), *Il Modello Esa: una lettura socio-psico-biologica della malattia*, in Battisti F.M., Esposito M., *Cronicità e dimensioni socio-relazionali*, "Salute e Società", a. VII, n. 3.

<sup>2</sup> Per un'esauritivo approfondimento si veda il numero della rivista *Salute e Società*, curato da Costa G., Cislighi C. e Caranci N., *Le disuguaglianze sociali in sanità*, a. VIII, n. 1.

La cosa che colpisce, e che viene bene posta in evidenza da questi soggetti, è che si crea una situazione originale non immediatamente percepibile legata al fatto che, mentre la salute fisica si colloca ai livelli che abbiamo detto, quella emotiva-mentale ha un tasso di positività nettamente minore, anche di quello lombardo. Non è facile dar conto di questa separatezza, anche perché un altro dei risultati che emerge è che la situazione personale di tipo fisico è sensibile all'evoluzione dell'età, mentre la salute mentale lo è in misura molto minore e questo sta a significare che sostanzialmente è nelle fasce più strettamente produttive, nei giovani e negli adulti giovani, che si trova questo iato. In altre parole, quando la salute fisica ha un'importanza minore e il tutto si gioca sulla salute psicologica mentale, sembra emergere che i mantovani stanno peggio di altri abitanti o comunque hanno una sensibilità verso se stessi e il proprio contesto che li fa essere meno ottimisti rispetto al resto della popolazione lombarda. Questo è stato chiamato il "paradosso del benessere socio-emotivo" e qui viene confermato in termini abbastanza chiari. D'altra parte, c'è da dire che viene da lontano l'idea che situazioni economiche o sociali o ambientali di buon livello si accompagnano non di rado ad una situazione psicologica sufficientemente negativa o comunque percepita come tale; ricordo che Durkheim già nella fine dell'800 intuì che i tassi di suicidio non erano collegati al tasso di benessere della popolazione, anzi lo erano in maniera inversa e quindi non stupisce che tra i vari tipi di suicidio potesse essercene uno che dava ben conto del paradosso del benessere socio-emotivo come abbiamo detto. In altre parole, sembra che questa ricerca vada nel segno di alcuni classici e ponga il problema soprattutto delle politiche sociali e territoriali e delle politiche di intervento soprattutto a favore delle popolazioni più giovani o di media età, nell'ottica soprattutto di interventi a livello psicologico culturale. In tal senso la ricerca è sicuramente originale e rovescia le prospettive tradizionali a cui siamo abituati: *non ci si deve occupare di anziani, ci si deve occupare di giovani!*

Capisco bene che si tratta di uno slogan, capisco bene che è uno slogan molto segmentale, molto secco, molto icastico rispetto al resto del testo, ma alla fine questa potrebbe essere l'originalità di una ricerca del tipo che abbiamo detto e che comporta rispetto alla storicità del passato delle forme di intervento diverse rispetto a quelli a cui siamo abituati.

Altre due cose mi limito a sottolineare della complessa e interessante indagine in questione: da un lato il fatto che contrariamente a quello che si può pensare, gli immigrati non sono portatori di malattie esterne che vengono introdotte nel nostro contesto sociale, ma contraggono patologie nostre dopo la loro venuta nel nostro paese e quindi anche questo è un segnale che fa capire come siano necessari interventi legati alla loro presenza qui, più che interventi legati alla loro storia precedente. Altra cosa importante l'accentuazione del ruolo in qualche modo che devono avere i mediatori di

salute sociale<sup>3</sup>. Questi sono tantissimi, e spesso sono legati al fenomeno degli immigrati. Un caso a sé sono farmacie operanti sul territorio proprio come mediatrici di salute sociale. La farmacia è la più vicina al territorio, è più aperta, è più disponibile e potrebbe assolvere a questa funzione di grande importanza<sup>4</sup>. Infine, sottolineo l'importanza della salute psichica e fisica soprattutto per quanto riguarda i luoghi di lavoro, senza qui poter andare oltre.

Riassumendo, una ricerca sicuramente di qualità che dà risultati non così ovvi, anzi in alcuni casi non previsti e che pone delle linee di indirizzo politico eterodosse rispetto a quelle tradizionali: tanti interventi di natura micro-socio-terapeutico-psicologica che in qualche modo vanno a contornare e che cercano di migliorare la qualità della vita complessiva degli abitanti del nostro territorio di riferimento, ma probabilmente non solo di quello.

Bologna, 24 gennaio 2009

---

<sup>3</sup> Il problema di presenta in forme diverse anche nel rapporto medico-paziente; basti vedere il recente volume Cipolla C., Remuzzi G. (a cura di) (2008), *Dire, fare, curare. Parole tra medici e malati*, FrancoAngeli, Milano.

<sup>4</sup> Cfr. Maturo A., Migliozzi D., Paltrinieri A. (1999), *L'innovazione del servizio farmaceutico nella riorganizzazione della sanità. Un'indagine sul campo tra le farmacie dell'Emilia-Romagna* e Cipolla C., Maturo A. (2001), *La farmacia dei servizi. Un percorso verso la qualità*, entrambi editi da FrancoAngeli, Milano.



## *1. Come introduzione: il modello teorico e le prime linee di analisi*

di *Mauro Niero e Paolo Poletti*<sup>1</sup>

L'occasione che ha determinato la curiosità scientifica sui temi della sociologia della salute da parte dell'Assessorato e del Servizio alle Politiche Sociali e Sanitarie della provincia di Mantova è stata la partecipazione al convegno del novembre 2006 tenutosi a Pescara a cura dell'Associazione Italiana di Sociologia (AIS) su "Salute e disuguaglianze sociali". I temi trattati e l'idea di vedere tradotte in una ricerca sul campo le considerazioni che si andavano facendo nell'ambito della costituzione dell'Osservatorio Sociale della Provincia si sono unite nel progetto biennale di ricerca sullo Stato della salute della popolazione mantovana, inserito nell'attività scientifica di osservazione che da alcuni anni caratterizza la riflessione del servizio politiche sociali.

L'idea era quella di tradurre in una azione concreta gli strumenti statistici e, in modo più ampio, di organizzare un'attività di ricerca integrata in grado di affrontare il problema della salute raccogliendo sistematicamente i punti di vista dei cittadini mantovani, per offrire una diversa prospettiva rispetto alla pur considerevole quantità di dati oggettivi organizzati negli osservatori e approfonditi con innumerevoli studi disponibili sul territorio mantovano. L'interesse verso il rapporto tra lo stato di salute e le condizioni socio-economiche e di disuguaglianza sociale è l'aspetto che più interessava sviluppare in un contesto che si può considerare tra i più ricchi in Europa, generalmente equilibrato nel rapporto tra ambiente e sistema produttivo e per il tessuto sociale di buona densità relazionale. Un contesto dunque non particolarmente denotato da squilibri, ma sufficientemente "normale" in cui però è ipotizzabile una specifica attenzione per i problemi di salute, un livello sufficientemente alto di guardia ed una diffusa capacità di valutazione dei servizi e dei rischi. Erano piaciuti, in particolare, alcuni strumenti di analisi di cui si era discusso in quel convegno, i questionari SF,

---

<sup>1</sup> Il paragrafo 1 e i sottoparagrafi da 1.1 a 1.6 sono da attribuire a Mauro Niero; l'apertura del capitolo ed il paragrafo 2 sono da attribuire a Paolo Poletti.

nelle varie versioni, a 36 o 12 items, elaborati dall'Istituto Negri di Milano ed utilizzati su larga scala. La possibilità di gettare la popolazione mantovana sul teatro della comparabilità, anche mondiale, è stata una delle leve che hanno deciso la ricerca. Si è quindi proceduto ad una impostazione che mantenesse il doppio registro dell'analisi articolata sul territorio (con la dimensione dei distretti sanitari sempre presente) e della possibilità di comparare i risultati, attraverso strumenti condivisi, con popolazioni diverse, su diverse scale, regionali e nazionali.

Si fece allora strada, con la conferma del dibattito in corso ed evidenziato in diversi altri incontri e convegni, l'idea di approfondire quel carattere specifico di distinzione della realtà mantovana, rappresentato dalla persistenza di una ancora fitta rete relazionale che rappresenta un insostituibile supporto in un'ottica di *care integrato*, azione sistemica di servizi e attivazione parallela dei mondi relazionali di riferimento. L'analisi accurata del capitale sociale, che corrisponde alla fine ad una dimensione locale, si è affiancata quindi alla possibilità comparativa generale.

Unitamente ad una volontà di ricognizione analitica che imponeva anche una differenziazione territoriale di analisi interna alla provincia si è convenuto nella assunzione di alcune classiche aree di approfondimento (l'uso dei farmaci, lo stile di vita, la valutazione dei servizi) con l'affiancamento anche dei temi del rischio ambientale e di una particolare attenzione rivolta al mondo del lavoro ed ai problemi della sicurezza, solamente accennati, ma di significato pregnante per il dibattito che si è sviluppato nel periodo di svolgimento della ricerca. La ricerca è una classica survey condotta con gli strumenti più comuni dell'analisi sociologica: la ricognizione dello stato della cultura scientifica in materia e di ricerche analoghe, la costruzione degli strumenti, la rilevazione con questionario e intervista in situazione, l'elaborazione e le riflessioni a confronto incrociato tra i componenti l'equipe di ricerca. La ricerca è, dunque, tutta giocata sul lato della percezione dello stato di salute, su riflessioni soggettive sollecitate dalle domande del questionario su varie questioni afferenti la rete relazionale e i molti aspetti che concorrono a definire lo stato di salute di un individuo come esso stesso lo percepisce. Si è compiuta la scelta di non introdurre elementi, che in altre ricerche sono presenti e ben valutati, volti ad indagare la "storia di salute" dell'individuo attraverso il resoconto di una specie di cartella clinica storica della propria vita. Non si sono quindi indagati gli episodi che nella vita degli intervistati hanno causato problemi di salute e non si è rendicontato il percorso di salute dei soggetti intervistati<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Le ragioni di tale scelta metodologica stanno soprattutto nella prudenza con cui si è affrontato il colloquio di intervista volto ad ottenere la massima sincerità possibile negli aspetti percettivi senza allarmi per atteggiamenti invasivi che potevano essere suscitati da domande rivolte al vissuto dell'intervistato, nel ricordo di episodi e fasi tormentate della propria vita.

Si è preferito, come si è fatto, affidare l'analisi oggettiva ad una relazione che prendesse in esame i molti e differenziati dati a disposizione dell'Osservatorio Epidemiologico dell'ASL di Mantova (presentata nel capitolo di Paolo Ricci) ed arrivare poi a definire il quadro comparativo attraverso il lato percettivo-soggettivo dell'analisi campionaria ed il lato della riflessione sui dati aggregati delle patologie che si manifestano nella popolazione mantovana.

È naturalmente una scelta che sconta l'ipotesi del manifestarsi di differenze di prospettiva, che mette in rilievo come lo stato di salute oggettivo raccontato dai dati sia alla fine uno "stato irrealistico" mentre si dà corpo all'idea che lo stato di salute di una popolazione sia determinato dalla forma delle percezioni che concorrono a definirlo. La ricerca è motivata, dunque, da una semplice domanda: "Dato il quadro epidemiologico definito ed il livello dei vari dibattiti sul rischio ambientale, sulla qualità dei servizi, sugli stili di vita... come si sentono i cittadini mantovani in questo primo scorcio di nuovo secolo?"

In questo volume, quindi, vengono illustrati e discussi i risultati della survey condotta su un campione di 850 residenti nella provincia di Mantova nell'ottobre del 2005. La ricerca ha l'obiettivo di descrivere i fattori strutturali e le pratiche di vita quotidiana che influiscono sulle rappresentazioni riguardanti la salute, individuando i gruppi di popolazione in condizioni di maggior benessere e quelli più vulnerabili.

In questa introduzione faremo una serie di considerazioni generali sui risultati della ricerca, che verranno precedute da una presentazione del modello teorico-concettuale che è stato seguito nella sua progettazione. Questo servirà a far cogliere al lettore il razionale delle scelte che hanno orientato la rilevazione empirica e offrirà una mappa utile per utilizzare gli approfondimenti che verranno offerti nei vari capitoli del volume. A questi farà riscontro un'analisi sulla situazione epidemiologia della provincia (cap.3). Dettagli metodologici potranno essere trovati in appendice.

## **1. Le molte facce del concetto di salute: determinanti e esiti**

Ognuno di noi ha un'idea abbastanza precisa di che cosa significhi star bene e la utilizza per orientare le proprie pratiche di vita. Alla ricerca dei concetti profani di salute, negli anni '70, una sociologa francese, Claudine Herzlich (1973), scoprì che le risposte della gente alla domanda "che cos'è per lei la salute?" potevano essere raggruppate in tre categorie: che la salute fosse sostanzialmente non avere malattie; che fosse un insieme di doti e di disposizioni a non ammalarsi (robustezza, forma fisica); che fosse un insieme di cose, tenute attivamente in equilibrio fra loro dai comportamenti virtuosi della persona (benessere fisico, buone relazioni sociali, buone abi-



tudini). Alcuni anni dopo, la britannica Mildred Blaxter (1990) confermò quanto emerso dalla ricerca francese, aggiungendo anche altri punti di vista profani: la salute come capacità di funzionamento e come stile di vita.

Questi concetti popolari di salute, trovano riscontro nel dibattito scientifico, dove hanno dato vita a vari modelli sistematici. Ciascuno di essi è perciò basato su un proprio razionale: comprende teorie sui fattori e i processi che favoriscono la salute o la sua perdita e teorie che riguardano gli esiti di questi processi, i cosiddetti *outcomes*. La presente ricerca si ispira ad alcuni di questi modelli e ne effettueremo una breve rassegna in modo da chiarire al lettore le scelte di fondo su cui essa si regge.

### *1.1 La salute e il modello bio-medico*

Il modello di salute più diffuso e discusso corrisponde al primo dei modelli profani della Herzlich ed è comunemente noto come modello bio-medico. Secondo questo modello, la salute è intesa come assenza di malattia e la definizione della prima diviene perciò residuale rispetto alla definizione della seconda. Come ben si può immaginare, questo modello è il contenitore di un complesso e variegato microcosmo, in cui la ricerca scientifica si mescola con le vicende evolutive della professione medica. Il filosofo e storico della medicina Canguilhem (1966) osservava che nella storia della medicina il concetto di malattia oscillava fra diverse polarità ricorrenti. Una classica contrapposizione, ad esempio, sarebbe fra la malattia intesa come squilibrio rispetto ad una situazione preesistente di normalità (di cui conserverebbe i caratteri), e quella in cui la salute sarebbe uno stato diverso da quello di normalità (lo stato patologico), dotato di caratteristiche a sé stanti: la medicina ippocratica dei quattro umori sarebbe esempio del primo tipo, laddove l'obiettivo dell'azione medica consisterebbe nel ripristinare l'armonia dello stato di natura iniziale; il concetto di salute opposto, comporta invece l'esistenza di uno standard di normalità contrapposto al patologico che stabilisca dove finisca la prima e dove cominci il secondo.

Nel modello bio-medico si sono avvicinati anche altri criteri per definire la malattia e la salute. Assumendo che la malattia sia concepita come squilibrio o come stato specifico, la sua origine o il suo agente possono infatti trovarsi, all'interno della persona ovvero all'esterno. Claude Bernard, iniziatore della medicina sperimentale, secondo cui la malattia sarebbe una sorta di "esagerazione" della normalità, sosteneva la prima teoria; Koch e Pasteur rappresentarono, invece, una medicina del secondo tipo, considerando la malattia come dovuta ad un agente specifico che si insinua nell'organismo. Si tratta della cosiddetta teoria dei germi (virus, batteri), che ha impresso uno straordinario impeto allo sviluppo della medicina moderna (si pensi ad esempio alla scoperta dei sulfamidici e agli antibiotici).

Una terza dicotomia è fra una medicina parcellare-analitica (che studia le varie parti del corpo) e una medicina che considera l'essere umano nella sua totalità (Nordenfeld 1995). La prima ha avuto non poco peso nel determinare l'organizzazione del lavoro scientifico e professionale della medicina come la conosciamo oggi (si pensi alle società scientifiche per specialità mediche, all'organizzazione degli ospedali per reparti, etc.). L'idea olistica rispecchia un altro modo di intendere la medicina, che si occupa dei problemi dell'organismo visto nel suo insieme (si pensi ad es. alla medicina interna come specialità). La sua importanza, secondo Nordenfeld (1995), oltre che per questa sua capacità di costruire rappresentazioni complesse dell'organismo, contiene potenzialità che la visione parcellare non ha. Mentre infatti un concetto parcellare di salute ne richiede necessariamente anche uno di malattia (organi malati, nosologie più o meno complesse), la visione olistica potrebbe indicare la strada verso un concetto di salute tendenzialmente emancipabile dalla biologia e dalla medicina. Ma questo ci porta verso altri modelli di cui si vedrà ai prossimi paragrafi.

## *1.2 La salute e il modello medico-sociale*

Il modello bio-medico come descritto al paragrafo precedente resta sullo sfondo della ricerca su Mantova, la quale attinge invece maggiormente da un'altra tradizione di studi della salute nei suoi sviluppi recenti. Si tratta di un filone di studi denominato medico-sociale (Ardigò 1997). Le sue origini sono molto lontane nel tempo.

Antonio Mauro, nel suo contributo, parlerà ad es. di Ramazzini, figura di medico che, nell'Italia pre-rivoluzione industriale, si occupò dei modi in cui le malattie potevano essere acquisite attraverso le condizioni lavorative o le condizioni di vita. Sempre Mauro parlerà anche di Engels e della sua ricerca nell'Inghilterra della rivoluzione industriale (siamo qui nella prima metà dell'800), che operò una minuziosa analisi delle condizioni di vita degli operai, mostrandone la stretta concomitanza con le condizioni di salute. A questi si possono legare i nomi di medici di comunità, come Virchow (si occupò dei rapporti fra epidemia di tifo e povertà nella Prussia metà '800) o di studiosi antesignani della sociologia e della medicina sociale come Booth con le sue inchieste sulla povertà nell'East London (fine '800) o dei sociologi di Chicago, che a fine '800 studiavano l'adattamento dei migranti ai tessuti urbani del nordamerica.

Si apriva in questo modo la strada all'analisi dei cosiddetti determinanti sociali di salute dei quali il più classico è costituito (anche qui anticipando quanto dirà Mauro), dalla stratificazione sociale (includendo tutti i concetti circostanti: classe sociale, livello di scolarità, professione - SES, *Socio-Economic Status*).

Il razionale di questo modello di salute (Blume 1982) è che le classi più basse sarebbero più esposte ad incidenti e condizioni igieniche precarie e quindi ad un maggior rischio di malattia.

Gli autori anglo-sassoni (McKewon 1980; Hunt, McKewan, McKenna 1986) parlano delle iniziative dei medici di comunità (ovviamente per quanto riguarda la storia dei loro paesi) come di un vero e proprio movimento, che ebbe il merito di promuovere riforme sociali anticipatrici dei sistemi di sicurezza sociale e delle politiche di *welfare state*.

In tempi vicini a noi, lo studio sicuramente più famoso di questo filone fu promosso nel 1977 in Gran Bretagna dal governo laburista Callaghan. Quando fu pronto, nel 1980, i suoi risultati furono disconosciuti dal governo Thatcher (che nel frattempo era subentrato) che lo pubblicò in poche copie per gli addetti ai lavori, specificando in premessa (a voce del ministro del welfare) il proprio dissenso sia sui metodi che sui risultati. Fra le considerazioni espresse dagli autori del volume e alle quali va attribuito l'ostracismo del governo, abbiamo scelto la seguente: "Se i tassi di mortalità della classe I<sup>3</sup> (professionisti e loro famiglie) fossero applicati alle classi IV e V (operai parzialmente o non specializzati e loro famiglie), fra il 1970 e il 1972 si sarebbero evitate ben 74.000 morti di persone sotto i 75 anni. Questa stima include circa 10.000 bambini e 43.000 maschi fra 17 e 64 anni" (DHSS 1980: 12).

Il titolo del rapporto era *Inequalities in Health* ma divenne noto come *The Black Report* e comparve con questo titolo nella pubblicazione di Townsend e Davidson (1982) con cui si diffuse.

Un evento che attualizza ai nostri giorni la ricerca sulla stratificazione sociale (come determinante di salute) è la comparsa di vari studi longitudinali sulle condizioni di salute in piccole aree. Uno dei più conosciuti fu condotto fra il 2005 e il 2006 a Londra (2007).

Mappando le zone della città secondo la speranza di vita alla nascita, gli investigatori si accorsero che essa diminuiva mano a mano che si passava dai quartieri ricchi a quelli poveri.

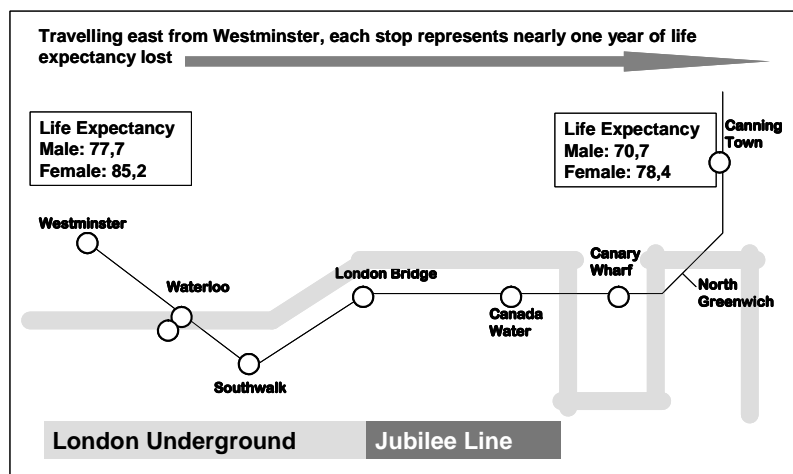
Il fenomeno si prestava ad una facile traduzione mediatica, come testimoniano numerosi interventi di eminenti uomini politici alla Camera dei Lord o dei Comuni: prendendo la metropolitana a Westminster e scendendo a Canning Town, nell'East London<sup>4</sup>, per ogni fermata si perdeva circa un anno di speranza di vita, passando da 77,7 anni a 70,7 anni (fig.1).

---

<sup>3</sup> La stratificazione era su 5 livelli: il livello I era il più elevato e il livello V il più basso.

<sup>4</sup> L'East London è stato l'ambito della prima ricerca sulla povertà di Booth.

Fig.1 La speranza di vita e la metropolitana di Londra (Atkinson 2006)



Questo filone di indagine è stato praticato con risultati simili anche in Italia, in particolare dal gruppo che fa capo all'epidemiologo G. Costa (Cardano, Costa, Demaria 2004)<sup>5</sup>, rinnovando un dibattito tradizionale sulla disuguaglianza sociale e sul suo impatto sulla salute.

Non c'è bisogno di sottolineare la differenza fra questo modello e quello bio-medico per quanto riguarda i fattori che determinano la salute. Non vengono ovviamente messe in discussione le basi etiologiche delle malattie (in termini bio-medici), ma ne viene enfatizzato il contesto, suggerendo pratiche preventive indirizzate alla disuguaglianza dell'accesso a condizioni di vita salutare.

### 1.3 La salute come stile di vita e le malattie croniche

Spesso i modelli di salute bio-medico e medico-sociale vengono visti come paradigmi<sup>6</sup>, vale a dire come costellazioni del sapere legate a comunità scientifiche separate, che praticano saperi concettualmente "incommensurabili" fra loro. Tuttavia, nel corso della loro storia vi sono state confluenze, contaminazioni e compromessi che, pur mantenendone l'identità,

<sup>5</sup> Le disuguaglianze rilevate dall'epidemiologia di piccola area (es. zone cittadine), non si vedono attraverso approcci di area vasta, perché questi tendono a livellare le differenze, mostrando omogeneità in situazioni che in realtà non lo sono.

<sup>6</sup> Nel senso del primo Kuhn (1962) e in quello che è l'uso generalmente condiviso del concetto di paradigma. Si tenga presente tuttavia che rispetto all'opera originale la nozione di paradigma e di incommensurabilità, subì, oltre che accese critiche dall'ambiente filosofico-scientifico, anche radicali revisioni da parte dello studioso (v. ad es. le note di Niero 2008).