

### 3. Studiare gli effetti delle disuguaglianze sociali su salute e malattia a livello globale

di Laura Corradi

Questo saggio rappresenta un primo tentativo di trarre considerazioni di carattere generale da un ventennio (Budapest 1986-Durban 2006) di ricerca su salute e malattia in diversi paesi del mondo, in differenti contesti occupazionali, urbani, rurali, indigeni, e di rifugiati. La prima parte di questo lavoro è teorica ed è volta a chiarire le differenze tra diversità e disuguaglianza nel quadro del dibattito internazionale fra sociologi e sociologhe della salute su come operazionalizzare le variabili della salute: classe/Ses, razza/etnia, genere/sex, età, cultura/religione, orientamento sessuale (Corradi 2008). La seconda parte offre spunti di auto-riflessione riguardanti la nostra metodologia di scienziati sociali e su ciò che il sociologo afro-americano John Brown Childs chiamava 'teoria del metodo' - nel contesto della globalizzazione.

#### 1. Che differenza c'è tra diversità e disuguaglianza

Un recente studio ha messo in luce l'esistenza di 11 diverse definizioni di *health disparities* (Carter-Pokras e Baquet, 2002). 'Disparità nella salute' è il termine utilizzato maggiormente nella letteratura statunitense, mentre negli altri paesi anglofoni la comunità scientifica distingue tra ineguaglianze ed inequità, adottando la dicitura *health inequality* laddove si voglia attribuire alle differenze un carattere descrittivo di variazione, che non implica alcun giudizio morale; e il termine *health inequity* per il significato che noi attribuiamo alla disuguaglianza, ovvero alla ingiustizia nella salute (Kawachi e O'Neill, 2005).

L'eguaglianza nella salute, per come viene definita in positivo dalla *International Society for Equity in Health*, è "l'assenza di differenze sistematiche potenzialmente rettificabili in uno o più aspetti della salute fra gruppi o sottogruppi di popolazione definiti socialmente, economicamente, demograficamente, o geograficamente".

Sia la diversità che la disuguaglianza hanno a che vedere con la differenza: ad esempio la diversità etnica è altra cosa dalla disuguaglianza etnica e le differenze di genere sono altra cosa dalle disuguaglianze di genere. Entrambe indicano delle diversità che possono fondarsi in parte su caratteri oggettivi, biologici - come nel caso dell'appartenenza etnica o razziale, e della appartenenza ad un sesso; ma in

parte si tratta di una costruzione sociale. Ed è su tale costruzione, che attribuisce valore o disvalore a determinate qualità, che si fondano le disuguaglianze sociali nella salute, non sulla differenza in sé.

Lo stesso si può dire per le diversità che non sono permanenti, né attribuibili al genotipo individuale - come la religione e l'orientamento sessuale - esse possono cambiare nel corso di vita. Ciò vale anche nel caso di differenze che necessariamente avvengono nel corso di vita, come l'età: lo status sociale delle persone anziane varia da cultura a cultura, e cambia anche nel corso della storia.

Spesso le diversità si traducono in disuguaglianze nella salute. Per la persona immigrata, appartenere ad una religione maggioritaria dà benefici che possono trasformarsi in discriminazioni per coloro che appartengono ad altre fedi e sono percepiti come estranei. Vivere in un paese omofobo o in un paese socialmente progredito ha risvolti diversi sulla salute psico-fisica delle minoranze sessuali, anche in termini di prevenzione, diagnosi precoce e cura.

La diversità come valore è stata al centro di importanti riflessioni sociologiche, filosofiche e antropologiche in questi decenni: parlare delle diversità - si tratti di caratteri ascritti o acquisiti - richiama ad una connotazione positiva. Mentre quando parliamo di disuguaglianze nella salute facciamo riferimento a differenze negative ovvero a status diversi degli individui (o di interi settori della società) che hanno un accesso differenziale al bene salute, in termini di maggiore esposizione ai rischi, peggiore alimentazione, minore informazione preventiva e tutela sul lavoro.

Se guardiamo alle differenze di genere nella salute nel nostro paese possiamo affermare che esse sono prese in considerazione in modo marginale, ad eccezione fatta per le questioni ormonali e riproduttive, che vengono considerate le vulnerabilità specificamente femminili (Reale, 2001).

Le disuguaglianze nella salute sul piano del genere si manifestano in forme molteplici: le donne sono coloro che si occupano della cura delle persone malate nella famiglia, ma nelle classi più svantaggiate tendono a non curarsi molto di sé, tranne quando non è più possibile evitare il ricorso al medico. Molte malattie che gli uomini riportano al dottore non vengono menzionate dalle donne perché considerate normalmente sopportabili. Oltre all'autoimposto silenzio, in molte aree del mondo le donne sono ultime nella ricezione di cure: laddove le risorse sono scarse esse vengono marginalizzate.

Anche sul piano delle diverse età esistono disuguaglianze: quasi ovunque, nel mondo industrializzato, agli anziani - in quanto individui non più produttivi - è accordata una posizione sociale più bassa rispetto ai maschi adulti. Questo si rispecchia pure nel minore status degli ospedali geriatrici rispetto agli altri, nonostante oggi siano gli anziani la popolazione relativamente più numerosa. Mentre la percezione pubblica è orientata a pensare ad un invecchiamento sano e felice, in realtà l'assistenza geriatrica di qualità è molto costosa e fuori dalla portata dei più.

Essere considerato 'diverso/a' sul piano della appartenenza etnica/culturale può diventare un motivo di marginalizzazione nella fruizione del bene salute - così come l'essere 'diversamente abile' o avere un aspetto non conforme a ciò che viene socialmente rappresentato come 'normale'; oppure vivere una condizione particolare: come nel caso dei rifugiati/e di guerra in stato di stress post-traumatico (Corradi, 2001a) che spesso non ottengono il tipo di attenzione specifica necessaria al ripristino della salute. Nelle nostre società i soggetti che presentano elementi di ermafroditismo o di transessualismo - che operino o meno una transizione - sono fortemente stigmatizzati e discriminati. Molti sviluppano dipendenze da sostanze utilizzate per lenire il dolore di vivere in un corpo 'svegliato'. I fattori sociali e culturali sono molto importanti: possono agire come inibitori dell'equità nella salute così come nella cura nei confronti di gruppi non completamente accettati come parte della società - ma possono anche essere utilizzati per correggere tali ineguaglianze.

Nella ricerca sociologica su salute e malattia occorre considerare le variabili sociologiche più importanti, classe, etnia/razza/cultura e genere. Ma anche quelle talvolta considerate minori: religione, età, orientamento sessuale (Corradi, 2008).

Nel fare ciò l'analisi si articola in base ad ambiti e fattori diversi: dall'incidenza alla mortalità; dall'eziologia (processi di causazione) ambientale e sociale alla prevenzione primaria (eliminazione o riduzione delle cause); secondaria (diagnosi precoce); dalla cura alla riabilitazione. Con questo ultimo termine si intendono sia l'insieme di pratiche atte a ridurre l'invalidità, temporanea, sia il raggiungimento del massimo livello possibile di autonomia ed indipendenza fisica, sociale e lavorativa - anche il grado di abilità è una variabile della salute psico-fisica delle persone.

Infine, le variabili sociologiche fondamentali si intersecano in molti modi, sia nella realtà delle persone, che negli studi più interessanti provenienti da molte parti del mondo. Una riflessione sui metodi, alla luce dei mutamenti sociali in corso può aiutarci a stare al passo con una crescente complessità: la globalizzazione cambia necessariamente il nostro modo di fare ricerca sociologica.

## 2. Non competizione tra metodi e biunivocità dello sguardo sociologico

Studiare gli effetti delle disuguaglianze sociali sulla salute significa spesso guardare con occhi diversi alle cause di malattia. Un metodo è quello della ricerca di *cluster* di incidenza: si parte cioè dal dato di un maggiore peso quantitativo di una patologia in una determinata area, occupazione, gruppo sociale e se ne cercano le determinanti - le cause di una maggiore esposizione, o l'interazione tra più fattori di rischio presenti simultaneamente. È il caso degli studi sui lavoratori dell'amianto (Bianchi, 2002; Morena, 2000; Brodeur, 1985), sui militari esposti

all'uranio impoverito (Catalinotto, Flounders, 1999), o le ricerche sugli abitanti di quartieri in cui si riscontrano campi elettromagnetici elevati (Bevitori, 1997).

Un altro metodo, che in un certo senso si muove in direzione opposta è quello di guardare ad un particolare gruppo svantaggiato e di confrontarne le condizioni di salute con altri gruppi sociali o con l'*average* nazionale: ad esempio gli studi multi-disciplinari sugli abitanti delle *townships* nel Sudafrica neoliberalista, sulle lavoratrici *Chicanas* in California (Funari, De La Torre, 2006), sugli aborigeni in Australia, o sui *Dalit* e gli *Adivasi* in India.

Questi metodi - il primo legato alla tradizione epidemiologica, che ha innescato anche nel nostro paese alcuni importanti elementi di riflessione (Gennaro, Tomatis, 2005) il secondo ai *community studies* ed alla tradizione sociologica di *action-research*, ricerca/azione - pur presentando punti di partenza diversi non sono in contraddizione, anzi spesso si completano a vicenda. Ad esempio possiamo menzionare le ricerche degli anni '90 sulle comunità che vivono nella così nominata *cancer ally* in Louisiana: una alta incidenza di tumori - emersa in prima istanza da studi di epidemiologia popolare - ha portato attenzione a questa area e ulteriori studi di sociologi hanno messo in luce l'accerchiamento (*donut syndrome*) riguardante intere collettività di persone povere, di colore, e con scarsa capacità di mobilitazione di risorse sul piano del potere: il loro territorio ospitava molti siti (alcuni legali, altri illegali) di rifiuti tossici e nucleari (Bullard, 1993; 1996; Chivian, Mc Cally, Hu, Haines, 1993; Johnston, 1994; Brown, Mikkelsen, 1990).

Le disuguaglianze sociali centrano con la malattia anche se cambiamo prospettiva e guardiamo ai ceti privilegiati - talvolta maggiormente a rischio proprio a causa del maggiore accesso a prodotti che altri gruppi sociali non possono permettersi. È il caso dei primi studi sulla correlazione tra cancro al cervello e uso dei telefoni cellulari da parte di *top managers* ed altri professionisti - prima che questo prodotto diventasse oggetto di consumo di massa, e che le ricerche in questo campo subissero una battuta di arresto.

Uno studio recente condotto in Germania ha messo in luce che, se guardiamo solo alla classe economica-sociale di un gruppo geograficamente ed etnicamente omogeneo (ovvero escludendo i migranti) una patologia come l'asma è presente in misura maggiore tra le persone ricche, anziché nelle classi svantaggiate. Una attenta decostruzione della appartenenza di classe e la sua traduzione in fattori di rischio ha portato alla spiegazione che per una coppia affluente l'arrivo di un bambino spesso significa cambio di casa o rinfresco della pittura delle pareti della stanza che lo/a ospiterà - e l'acquisto di mobili nuovi che arrivano dalla azienda che li ha prodotti, dove hanno ricevuto trattamenti chimici. In entrambe i casi siamo in presenza di esposizioni che sono correlate all'asma ed alla *multiple chemical sensitivity* - nuova sindrome in crescita nei paesi industrializzati. Inoltre il bambino di una coppia ricca vivrà in un ambiente con più *moquettes*, tappeti,

tendaggi, cuscini; avrà più animali di peluche dei suoi coetanei e via dicendo. Un altro esempio si può fare rispetto alla maggiore esposizione delle donne di classe medio-alta a cosmetici, profumi, creme, deodoranti (che contengono alluminio) diversamente associati a cancro della pelle e del seno - e alle tinture per capelli associate ai tumori ghiandolari (Corradi, 2004).

Da queste prime considerazioni emergono due modalità che considero importanti: quello della non competizione fra metodi - in favore di una loro integrazione - e quello della biunivocità dello sguardo sociologico: considerare le disuguaglianze significa osservare il fenomeno sia in negativo che in positivo, assumendo prospettive anche inconsuete e contrastando attivamente i pregiudizi interiorizzati.

## 2.1. Intersezioni, confluenze, svincoli, attraversamenti

Un altro metodo per studiare il rapporto tra ineguaglianze sociali e cause di malattia consiste nel prendere una patologia e guardare alle sue variabili di popolazione, secondo l'approccio della medicina sociale. Come scienziati/e sociali possiamo contribuire a determinare ed a precisare le cause di molte patologie: l'ipertensione, i problemi gastro-enterologici (Pallotta, 2001), cardiaci (Modena, 2001), ginecologici e dentistici: buona parte - o tutti i problemi di salute, secondo alcune scuole - hanno una interfaccia con questioni di natura psicologica e sociale. La nostra disciplina, laddove coinvolta in questi processi - contribuisce ad approfondirne le origini di patologie diverse, a fini di prevenzione o di diagnosi precoce. Questo è un terreno professionale e della ricerca ancora poco consueto nel nostro paese.

Mentre guardiamo alle cause sociali di una patologia 'fisica'<sup>1</sup> è importante anche svolgere il percorso opposto, ovvero guardare agli effetti patologici di un problema sociale. Considerare i risvolti medici della violenza sulle donne (Romito, 2003); le malattie psichiche e fisiche associate al *mobbing*, al razzismo, all'omofobia, significa studiare come le patologie sociali influiscono sulla nostra salute. Per amore di chiarezza, accettando il rischio che ogni schematismo comporta, si può visualizzare ciò detto nella figura che segue.

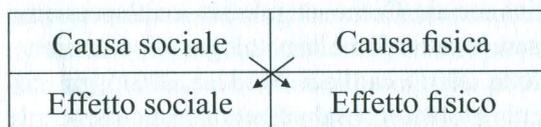
Fig. 1 - Relazione tra cause sociali/patologie fisiche e patologie sociali/effetti fisici

Cause sociali	Patologia sociale (causa)
↓	↓
Patologia fisica (effetto)	Effetto fisico

1. Ovviamente intendiamo sia le componenti corporee che mentali.

Quanto sopra esposto rispecchia in entrambe i casi una sola direzione: il sociale come origine – sia che si tratti di fattori di malattia che potrebbero essere prevenuti con un intervento sociale (dalla potabilizzazione dell'acqua all'accesso alle cure) sia che si tratti di una patologia del nostro corpo-società. Ma possiamo procedere ulteriormente guardando non solo alla causa sociale ed al suo effetto 'fisico' – ma anche alla causa fisica (malattia) di effetti sociali: ad esempio la stigmatizzazione dei malati di lebbra nel sud dell'India oppure, in positivo, l'attivismo che si crea intorno alle persone malate di Aids. È vero che non possiamo né vogliamo tracciare linee meccaniche in alcuna delle direzioni individuate ma il chiasmo che ho in mente (causa sociale/effetto fisico – causa fisica/effetto sociale) credo ci aiuti ad analizzare sia i problemi sociali che quelli del corpo/mente (che qui per brevità ho chiamato 'fisici') e le loro relazioni in maniera duplice: sia come cause che come effetti.

Fig. 2 – Relazione tra causa sociale/effetto fisico e causa fisica/effetto sociale



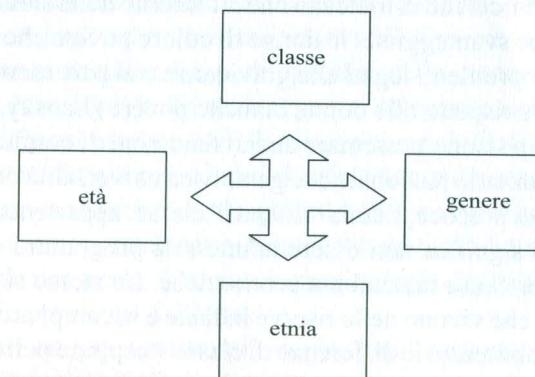
Se il sociale ed il corporeo possono essere entrambi cause ed effetto, si ristabilisce una dialettica circolare per cui diventa meno difficile rivolgere il nostro sguardo all'origine del problema al fine di trovare la sua soluzione. Questo ci consente di creare nessi concettuali più dinamici e meno lineari. Ad esempio: se nel distretto di Madras il maggiore problema dei malati di lebbra è quello di condividere lo stesso spazio ospedaliero con i malati di tbc (vengono messi assieme perché entrambi le patologie dipendono da micobatteri della stessa classe – e colpiscono persone povere) un lavoro contro il pregiudizio riguardante la lebbra non solo aumenta come sempre il livello di diagnosi precoce, ma aiuta anche tali malati a non essere esposti al bacillo di Koch, da cui è più difficile curarsi, e quindi diminuisce la gravità e il tempo di decorso della loro patologia – la lebbra – che comincia ad essere percepita socialmente come meno grave della tbc (il che è obiettivamente vero). Ciò retroagisce in più modi: diminuisce il pregiudizio sociale sulla lebbra; incoraggia altre persone a rivolgersi alle cure ospedaliere prima e con maggiore fiducia; restituisce la persona malata alla sua comunità in tempi più veloci – quindi con effetti anche sulle condizioni finanziarie della sua famiglia e sul contesto: se in un villaggio ci sono molte persone malate, tale aggregato sociale ineluttabilmente si impoverisce, meno persone vanno a lavorare, le risorse alimentari scarseggiano e la malattia aumenta. Se si innesca con successo

a livello di villaggio un elemento contrario (come la battaglia al pregiudizio sui malati di lebbra) si crea un circolo virtuoso che può aiutare anche la prevenzione primaria ad insediarsi – educando la comunità ad evitare le cause.

Il nesso tra ciò che è fisico e ciò che è sociale è stato a lungo esplorato in alcune aree, anche se il rapporto tra corpo e società non è centrale nelle riflessioni di molta sociologia contemporanea. Nell'un caso e nell'altro – sia quando lavoriamo sulle cause sociali di una patologia, sia quando ci occupiamo di come una patologia ha riflessi nella società (pensiamo solo a come l'attivismo attorno all'Aids ha cambiato le attitudini rispetto alla persona sieropositiva e i comportamenti sessuali) operiamo interfacciando il lavoro dei medici, degli esperti di prevenzione, e di altri professionisti, in un *setting* che nella mia esperienza ho trovato proficuo e *mind opening*. Nuove piste di ricerca si aprono quando si attraversano le frontiere disciplinari, sia aggregando fattori medici e sociali (cfr. lo studio dell'Istituto Superiore di Sanità su radiazioni ionizzanti d'alta quota e stress familiare nella salute delle assistenti di volo (Ballard, Corradi *et al.*, 2001) sia contestualizzando i fattori eziologici – calandoli nelle comunità reali e diversificando i vari elementi, scomponendoli attraverso il prisma delle categorie sociologiche: un tipo di riflessione spesso sconosciuta in campo medico.

E qui veniamo ad un'altra delle parole chiave di questo paragrafo: il "crocevia" al centro del quale si collocano molti dei fenomeni che riguardano le ineguaglianze nella salute: il *crossroad* - modello teorico esplicativo la cui maternità storica spetta a studiosi-attiviste come Angela Davis (1982), Cherrie Moraga e Gloria Anzaldua (1983) Patricia Hills Collins (1992).

Fig. 3 – Crossroad

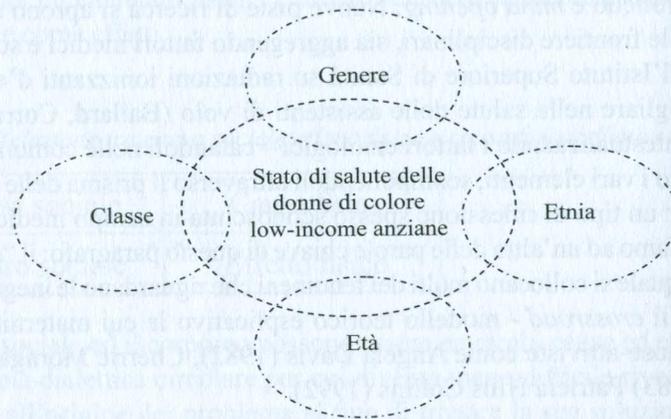


Qui nella figura 3, ad esempio, ne consideriamo solo quattro – e il soggetto si trova al centro del crocevia da cui si dipanano filoni di studio – in questo caso re-

lativi alla sua classe, età, genere, etnia. Ma altre variabili possono essere aggiunte, come la religione e l'orientamento sessuale creando configurazioni complesse, di tipo stellare, come nelle ricerche sulle molestie ai lavoratori gay.

Il *crossroad* si può rappresentare come interfaccia oppure come confluenza tra variabili diverse. Ad esempio uno studio sulle donne di colore anziane ed a basso reddito (*low-income*) si può rappresentare in questo modo, tracciando le intersezioni in maniera congrua ai risultati: non tutte le variabili pesano nello stesso modo.

Fig. 4 – Intersezioni e confluenze



Va messo in luce come le appartenenze non solo si intersecano ma spesso si sommano nella produzione di ingiustizie sociali che generano malattie. Ad esempio in Brasile le ricerche ci indicano che all'interno della stessa popolazione, negli ospedali di aree svantaggiate, le donne di colore povere che si recano nelle *emergency room* per problemi legati alla gravidanza o al parto sono oggetto di un trattamento peggiore rispetto alle donne bianche povere (Lansky, 2005).

Alcune variabili possono presentare anche fenomeni di confluenza. Laddove manca un sistema sanitario nazionale che garantisca universalità dell'accesso, per esempio alla diagnosi precoce, l'etnia "diventa" classe: appartenere ad un gruppo etnico svantaggiato significa non essere ammessi a programmi di prevenzione secondaria – non per cause razziali ma economiche. Lo stesso si può dire per lo status delle persone che vivono nelle riserve indiane e in campi profughi: tali condizioni tendono ad obliterare le differenze di classe – seppure permangono quelle di genere e di età. Nella mia esperienza le patologie riscontrate erano molto simili tra popolazioni native-americane e campi profughi palestinesi (nonostante vivano contesti molto diversi); oggi alcuni studi stanno evidenziando che tali condizioni

dissimili hanno in realtà comuni denominatori e quindi possono produrre nelle popolazioni quadri di salute e malattia analoghi.

Alcuni criteri emergono da queste riflessioni: la necessità di produrre chiasmi concettuali e attraversamenti di frontiere disciplinari, di guardare ai fenomeni senza inevitabilmente ascriverli al fattore dominante ovvero cominciando a considerare la loro collocazione di *crossroad*, al punto di incrocio tra diverse variabili che talvolta non sono *clear cut*, facilmente separabili, poiché presentano l'aspetto tipico delle *interlocking categories*: si influenzano a vicenda, si attraversano, si sommano, possono persino confluire l'una nell'altra. E cambiano da zona a zona, perché anche la geografia è una variabile, nella salute ambientale (Corradi, 2008).

### 3. La necessità della comparazione a livello globale

Credo che un approccio comparativo nelle ricerche sul tema salute/malattia, tra i sociologi e le sociologhe di vari paesi oggi sia possibile a livello globale. Il World Congress su "Social Science and Health" tenutosi ad Istanbul nell'estate 2005 ha radunato centinaia di studiosi/e che si sono confrontati su linguaggi, categorie analitiche, modelli teorici, metodi e risultati. Circa un migliaio di ricerche sono state presentate durante una settimana di lavori e sono in parte pubblicate. Tra questi, molti studi sono stati proposti all'interno dei panel su "Health and Inequities". Da una prima analisi dei materiali raccolti in quella occasione si possono distinguere diversi approcci. Ne ho identificati sette:

1. L'approccio 'povertà per malattia'. Ad esempio: gli studi su *poverty and Tbc*; *poverty and hypertension*; *poverty and leprosy*; *poverty and depression*; *poverty and cancer*; *poverty and Stds*; *poverty and reproductive health*.
2. Approccio che correla la salute e la malattia a fenomeni sociali quali 'razzismo e povertà': *Occupational racism and poverty*; *Environmental justice and health*.
3. Disuguaglianze sociali ed aspetti specifici della costruzione della salute – che si articolano soprattutto nelle seguenti categorie: eziologia, prevenzione primaria, diagnosi precoce, stili di vita, cura e riabilitazione
4. Le ricerche sui fattori considerati di *lifestyle* e sul rischio assunto consapevolmente (es. uso di tabacco, droghe, alcolici) su cui si scontrano due grandi paradigmi: il comportamentismo della 'libera scelta' e della 'responsabilità personale' da una parte; il social-costruzionismo dei 'bisogni indotti' e della '*uniformed conformity*' dall'altra.
5. Gli studi sull'integrazione tra più variabili della salute, sui modelli per rappresentarle e sugli indicatori.
6. L'approccio sulla connessione tra salute e ambiente (*Health and Environment*) che guarda ai rischi della salute pubblica: la qualità di aria e acqua,

la *food contamination*, l'inquinamento elettromagnetico, gli agenti stressori psicofisici. Alle cause di malattia, si sono aggiunte, nella ricerca sociologica, anche ai gruppi di '*community environmental health activism*' nuove forme di cittadinanza attiva, movimenti sociali che fungono da stimolo ad un maggiore impegno istituzionale per la ricerca di alternative, per la applicazione di leggi ambientali o la creazione di nuove e più appropriate regolazioni per la protezione della salute. Negli Usa tali movimenti per la salute e per la giustizia ambientale hanno evitato, per esempio, che le aree svantaggiate ove si consuma meno siano inevitabilmente scelte come sedi di inceneritori e discariche di rifiuti prodotti da coloro che consumano di più (Brown, Zavestoski, McCormick *et al*, 2004, Bullard, 1996).

7. Gli studi su '*globalization and privatization of national health systems*', i quali convergono nell'indicare come ovunque nel mondo le varie forme di privatizzazione dei servizi (ospedalieri e non) fatalmente producano un peggioramento nella salute dei ceti più bassi della popolazione rilevabile, per esempio, nell'aumento di mortalità infantile e materna e nel minore accesso alla diagnosi precoce.

#### 4. La globalizzazione cambia il nostro modo di fare ricerca sociologica

Il tema del rapporto tra sociologia e globalizzazione è esplorabile in modi diversi (Corradi 2007; Corradi e Vingelli, 2007): oggi facciamo ricerca su come si internazionalizzano molti fenomeni che riguardano le ineguaglianze sociali e salute/malattia; la crescita dell'incidenza di malattie degenerative come il cancro in generale (correggendo per dati demografici e tassi di diagnosi) confrontando aree e gruppi sociali. Monitoriamo l'aumento dei profughi nel mondo (di guerra, economici, ecologici) e delle epidemie che li riguardano; studiamo nei vari paesi il trend generalizzato di neoliberalismo in *health care*. Ma questo di per sé non significa fare ricerca in modo globale, significa guardare gli effetti locali di processi globali. Come è possibile internazionalizzare la nostra sociologia? Quanto dobbiamo cambiare nella nostra metodologia? È possibile infondere elementi di comparabilità nei nostri sforzi di produrre conoscenze scientifiche su salute, malattia e società? Quali categorie dobbiamo rivisitare nei nostri studi? Ad esempio vi sono diverse definizioni di povertà che informano gli studi prodotti nel mondo. Il concetto di classe tiene insieme ricerche sui lavoratori della fabbrica in Finlandia (che ne sono anche *stackholders*) e sui muratori fuori casta, *sub-employed* e senza casa in India.

Il *Socio economic status* in alcuni studi è ridotto a classe di appartenenza ed è determinato in vari modi, che rende difficili i confronti tra varie ricerche che si

basano sul reddito familiare, sulla condizione occupazionale di uno o entrambi genitori, o su strumenti come il *family affluence scale* (di cui un indicatore è il numero di automobili possedute). Un altro esempio: in Iran per studiare il rapporto tra Ses e salute si guarda ad un indicatore principale, molto significativo, il grado di istruzione della madre (meno o più di otto anni di scolarità). Tutto il resto viene da sé – ed è vero. Ora: come guardiamo a questi studi senza cadere nell'eurocentrismo, nell'occidentalismo metodologico?

Il titolo di un piccolo testo oggi introvabile *Barefoot medicine* – medicina a piedi scalzi – parlava dell'intervento per la salute nelle aree di jungla. Ecco, nella mia esperienza, in tali contesti anche la sociologia dovrebbe essere in grado di andare a piedi scalzi. Non si tratta solo di includere qualche metodo antropologico all'interno della ricerca (un po' di osservazione partecipante e poi si torna in albergo), si tratta di condividere la vita quotidiana con i soggetti per un periodo abbastanza lungo da poter vedere le radici dei problemi, e in seguito mettersi a disposizione come risorsa per facilitare l'emergere delle loro soluzioni. Può sembrare una affermazione radicale, ma un certo grado di risocializzazione a livello del corpo e della mente è talvolta necessario per capire di che cosa si sta parlando (Corradi, 2001b). Fare ricerca sociologica sulle condizioni di salute degli intoccabili in India significa *anche* averne vissuto le condizioni, avere dormito in quelle baracche, avere mangiato e bevuto lo stesso cibo, avere lavato i piatti, cercato la legna, combattuto con le emergenze quotidiane. È un processo lungo, che dura anni di studio e trasformazioni – fino a quando riparti per un lungo viaggio verso la città, per l'aeroporto, e dimentichi nel villaggio le scarpe con cui sei arrivata.

Oggi abbiamo la possibilità di studiare fenomeni nuovi o distanti in maniera diversa da come la sociologia *mainstream* lo ha fatto finora. Poiché facciamo ricerca su salute e malattia, questo riguarda in modo profondo il corpo, la mente, e lo spirito - delle persone e delle comunità con cui ci relazioniamo. La necessità di *autoriflessione* come sociologi e sociologhe, su ciò che siamo e su ciò che facciamo è quindi particolarmente forte.

Quando guardiamo alle disuguaglianze sociali, la nostra attenzione si combina in maniera più immediata con il tema della malattia. Sia nei paesi industrializzati che nei paesi cosiddetti del terzo mondo sono preponderanti i contributi che considerano le disuguaglianze come fonte di aumento di malattie nei settori svantaggiati della popolazione. Credo sarebbe importante affrontare il tema della promozione della salute e della prevenzione delle cause di malattia in maniera integrata, sia sul piano empirico che nei nostri studi: non più solo denuncia del *divide* - economico, razziale, geografico, di genere – e delle sue ripercussioni, ma anche studio delle modalità di intervento nella costruzione di società salubri attraverso il superamento delle disuguaglianze e l'implementazione di forme di

inclusione. Questo è l'approccio seguito nel convegno internazionale di Adelaide, settembre 2006, sul tema *Health and Equity* – per riflettere su uguaglianza e salute anziché su disuguaglianza e malattia. Insomma, uno *shift of attention*, un cambio di prospettiva: dalla lettura (doverosa, del presente) delle forme di ingiustizia come produzione di malattia, alla visione (necessaria, del futuro) delle forme di *equità come produzione di salute*. Perché il rapporto tra equità e salute, come messo in luce anche dal nobel indiano Amartya Sen (2003) oggi è diventato fondamentale a livello globale. Su questo - sulla capacità dei governi di garantire equità nella salute a livello di classe/casta, genere, razza/etnia, età, nel rispetto delle differenze di cultura/religione, orientamenti sessuali, diverse abilità – credo che si giocherà molto della qualità delle nostre democrazie.