

BIBLIOTECA DI TESTI E STUDI / 980

SOCIOLOGIA

Serie a cura di Cambio - Laboratorio di ricerca
sulle trasformazioni sociali / 4

I lettori che desiderano
informazioni sui volumi
pubblicati dalla casa editrice
possono rivolgersi direttamente a:

Carocci editore
Corso Vittorio Emanuele II, 229
00186 Roma
telefono 06 42 81 84 17
fax 06 42 74 79 31

Siamo su:
www.carocci.it
www.facebook.com/caroccieditore
www.twitter.com/caroccieditore

Giulia Mascagni

Percorsi di vita e di salute

Un'analisi sociologica delle terze età



Carocci editore

1^a edizione, marzo 2015
© copyright 2015 by Carocci editore S.p.A., Roma

Realizzazione editoriale: Omnibook, Bari

Finito di stampare nel marzo 2015
da Grafiche VD srl, Città di Castello (PG)

ISBN 978-88-430-7391-7

Riproduzione vietata ai sensi di legge
(art. 171 della legge 22 aprile 1941, n. 633)

Senza regolare autorizzazione,
è vietato riprodurre questo volume
anche parzialmente e con qualsiasi mezzo,
compresa la fotocopia, anche per uso interno
o didattico.

Indice

Presentazione di <i>Paolo Giovannini</i>	9
Parte prima Una ricerca a Firenze	
1. Lo studio di caso	15
1.1. Le ipotesi: differenze o disuguaglianze?	16
1.2. Cumulazione degli svantaggi e ricadute sulla salute	19
1.3. Scelte metodologiche e dimensioni indagate	21
2. La città	27
2.1. Un ritratto storico-politico	27
2.2. Profilo demografico e composizione sociale	30
2.3. Famiglie che cambiano	36
2.4. Saperi codificati e conoscenze tacite	38
2.5. Lavori e rendite: il capitale economico	41
2.6. Andamenti e profili dello stato di salute	43
3. Dentro i quartieri	49
3.1. Realtà e prospettive di genere ed età	52
3.2. Condizioni urbane e riflessi sulla salute	55
3.3. «Sinceramente ci si tornò volentieri»: Sorgane	57
3.4. «Un quartiere [...] un po' con la puzza sotto il naso»: Masaccio	61

Parte seconda

Pratiche, fatti, rappresentazioni di disuguaglianza e di salute

4.	L'età della pensione: tra perdite, libertà, rischi e risorse	67
4.1.	Punti di arrivo, punti di arresto e bilanci	67
4.2.	Percorsi, uscite, penalizzazioni: guardando al genere	73
4.3.	Fatiche diverse, rischi diversi	75
5.	Condivisioni, vicinanze e prossimità: le complicate formule dell'abitare	83
5.1.	La casa	84
5.2.	Comune sentire e relazioni di vicinato	90
5.3.	Oltre la stigmatizzazione	92
5.4.	Le "povertà" del quartiere benestante	99
6.	Pratiche di salute e benessere: tramandate, conquistate, ignorate	103
6.1.	Stare bene e stare male	103
6.2.	Vecchie e nuove culture della salute	106
6.3.	Risorse disponibili e comportamenti a rischio	110
7.	Salute da difendere, malattia da affrontare	117
7.1.	Il medico di base: l'elemento che fa la differenza	121
7.2.	Pazienti, assistiti, utenti	123
7.3.	Permettersi le cure	128

Conclusioni

8.	Variabili in gioco e risorse da giocare	135
	Bibliografia	143

Presentazione

di *Paolo Giovannini*

Questo volume di Giulia Mascagni prosegue la serie di pubblicazioni iniziata nel 2004 con l'avvio presso l'editore Carocci di una collana pensata per ospitare i lavori più interessanti – di riflessione teorica come di ricerca empirica – del gruppo di studiosi che collabora da tempo con il Laboratorio di ricerca sulle trasformazioni sociali Cambio¹. Fondato da chi scrive più di quindici anni fa, dal 2006 il Laboratorio è diretto da Angela Perulli, che ha presto dato alle sue attività una caratterizzazione più precisa di quella delle origini, conservando la tensione teorica ed empirica già presente alla nascita verso i processi di mutamento sociale, ma precisandola in quella *sociologia in movimento* di ispirazione eliasiana che andava coltivando da anni.

Da allora, ricerche e studi hanno percorso i sentieri non facili di una sociologia dinamica che ha al suo centro, nel lavoro teorico come nell'indagine sul campo, non i tradizionali oggetti della sociologia, ma i processi che danno loro senso e concretezza empirica. Ne è ulteriore esempio questo lavoro, dove si affronta un tema fondante della disciplina sociologica – la disuguaglianza sociale – declinandolo originalmente nella relazione processuale con le condizioni di salute delle popolazioni di specifici ambienti sociali e territoriali. Come si sa, è questa una relazione poco indagata da ricercatori e studiosi italiani, mentre trova non da oggi ampi spazi di interesse nella letteratura internazionale. Eppure si tratta di un tema che è stato al centro di molte importanti indagini di alcuni dei padri fondatori della sociologia, da Le Play a Marx ed Engels, da Weber a Parsons e molti altri. Se mi è permessa una considerazione più generale, questo è a mio parere l'ennesimo segnale di

1. Sono usciti con Carocci L. Leonardi, *La dimensione sociale della globalizzazione* (2001); P. Giovannini, E. Cioni, A. Perulli, A. Tonarelli, *Il distretto e la città: pratiche di disuguaglianza*, in M. L. Bianco (a cura di), *L'Italia delle disuguaglianze* (2001); A. C. Freschi, *La società dei saperi* (2002); F. Bianchi, *Formare al cambiamento. Dal sapere alle nuove competenze* (2005); P. Giovannini (a cura di), *La sfida del declino industriale. Un decennio di cambiamenti* (2006); A. Perulli, *Norbert Elias. Processi e parole della sociologia* (2012). È in corso di stampa F. Buccarelli, *Il filo di Arianna: la razionalità in sociologia*.

una *fuga dalla complessità* della sociologia contemporanea, perché entrambi i temi (disuguaglianza sociale e salute) e ancor più la loro messa in relazione costringono il ricercatore a muoversi su versanti disciplinari di confine, a introdurre nel suo processo conoscitivo variabili che evidentemente ritiene meno controllabili e nei confronti delle quali avverte una maggiore incertezza. Certo non si tratta di dimensioni di facile padroneggiamento. Ambedue non sono riducibili solo alla loro pur importante natura sociologica, ma presentano connessioni stringenti con elementi di natura biologica, psicologica, culturale – per menzionare solo i maggiori. Come giustamente ricordato nelle prime righe del libro, qualcuno ha dimenticato o rimosso la lezione di Durkheim, che in tutti i suoi lavori, ma specialmente nel *Suicidio*, non esita a sfidare l'inevitabile complessità dei fenomeni sociali e lo fa proprio là dove essi presentano apparentemente una relazione causale con elementi di esclusiva natura individuale, fisica o biologica.

Se questo è vero per la disuguaglianza sociale, dove si intrecciano confusamente differenze e disuguaglianze (cfr. PAR. 1.1), è di inoppugnabile chiarezza quando si indaga il problema della salute (cfr. PAR. 1.2). Per cui, riassumendo e concludendo su questo punto: nessuno pretende che il lavoro del ricercatore si complichì a tal punto da diventare scientificamente ingestibile, ma nemmeno che si operi arbitrariamente una *reductio ad unum* solo per comodità euristica se non per personale bisogno di sicurezza (o, forse, di accettazione accademica e scientifica).

Percorsi di vita e di salute presenta la riflessione finale dell'autore sui risultati di un lungo e impegnativo lavoro di ricerca – durato più di due anni – che ha combinato fruttuosamente ipotesi teoriche e metodologie di indagine, affrontando uno studio di caso socialmente e territorialmente definito.

Ispirata dalle migliori esperienze di ricerca (sto pensando ai lavori di Lynd su Middletown), Mascagni scende sul campo – l'area urbana di Firenze – con una precisa strumentazione tecnica e con il chiaro intento, a mio parere pienamente riuscito, di andare oltre le semplici relazioni tra appartenenze sociali e condizioni di salute come indagate dagli epidemiologi ma anche, bisogna dire, da sociologi affascinati dalla supposta precisione delle relazioni statistiche. Come scrive l'autore, nella società contemporanea

la *disuguaglianza* sociale si fa [...] problema via via più complesso, richiedente strumenti di indagine che vanno al di là di analisi puramente statistiche o economiche. In altre parole, non ci si può limitare a studiarne la sola entità, ma ne vanno anche osservate e interpretate la durata nel tempo e le dinamiche di riproduzione e/o trasmissione, che rendono indispensabile il ricorso a metodologie di campo sociologico, antropologico, storico (*infra*, p. 17).

L'azione conoscitiva si snoda in forma diacronica intorno alle due dimensioni più strettamente (e circolarmente) legate alla disuguaglianza sociale: *povertà* (urbana, manifesta o silenziosa) e *salute* (oggettiva, percepita). Entrambe vengono indagate (e interpretate) dentro e in quanto immerse (*embedded*) in specifici contesti sociali e territoriali, così da proporre una convincente chiave di lettura dei meccanismi in azione e dei processi evolutivi dei fenomeni sotto osservazione. Dentro l'area urbana di Firenze vengono sociologicamente isolati due quartieri di diverso profilo sociale (semplificando, borghese e operaio). Ma l'approccio tipologico non si ferma qui. Per rendere più nette le relazioni tra disuguaglianze sociali e salute, la ricerca si concentra su una fascia specifica della popolazione dei due quartieri: gli anziani. La ragione è chiara: si tratta con tutta evidenza di una scelta metodologica in grado di enfatizzare differenze e disuguaglianze, ma anche, come il lettore potrà vedere, di meglio comprendere le dinamiche inter e intragenerazionali che a loro volta circolarmente forniscono convincenti chiavi di lettura dei processi di costruzione della disuguaglianza sociale.

Un approccio così complesso necessitava però di strumenti di indagine quasi di tipo etnografico, primo fra tutti l'intervista biografica. Che il ricercatore applica con intelligenti aperture alle narrazioni di vita e di salute degli intervistati. Ne emerge così un quadro a colori vivaci, che permette a chi legge di capire, ma anche di *sentire*, la forza e il peso delle esperienze di vita personale e familiare, i condizionamenti e le *chances* riferibili alla diversità delle relazioni sociali localizzate nei due quartieri, le rappresentazioni di sé e del proprio stato di benessere o di malessere.

La *Parte seconda* del volume è dunque più direttamente concentrata sul campione tipologico degli anziani. Qui la narrazione si fa particolarmente viva e mossa, in omaggio a quella sociologia in movimento che ne ha ispirato l'impostazione. La ricostruzione delle mutevoli relazioni tra disuguaglianze sociali e salute prende corpo e acquista concretezza da racconti sapientemente guidati di uomini e donne, di protagonisti e testimoni di diverse fasce di età anziana, di rapporti tra ed entro generazioni, di storie di vicinato e di quartiere, di pratiche sperimentate o ignorate dello star bene o dello star male. Anche quando, come nel CAP. 7, Mascagni rielabora le testimonianze sulle condizioni strutturali e organizzative che "fanno la differenza" sul piano della salute, le spiegazioni vengono ricercate non nei punti di forza o di debolezza dei meccanismi istituzionalmente dedicati ad essa, ma nelle differenti strategie individuali e familiari degli abitanti dei due quartieri.

Vorrei in ultimo segnalare un'interessante analisi delle disuguaglianze che si vanno stabilendo tra medico e paziente (un tema classico, come è noto)

e tra strutture organizzative e utenti dei servizi sanitari: un'analisi che però procede (contrariamente a molti e scontati lavori di ricerca) dal basso verso l'alto, guardando con gli occhi e le sensibilità degli intervistati alle mutevoli relazioni con quello star male (come realtà o come pericolo atteso) così importante nelle età avanzate.

Un libro per molti aspetti nuovo, dunque, che credo possa aiutare chi è interessato al problema, e certo chi vi opera, a cogliere aspetti e a individuare meccanismi spesso trascurati o offuscati nelle più comuni analisi delle politiche sanitarie: analisi che operano spesso in forma e con criteri standardizzati senza tener conto delle diversità oggettive e soggettive nelle quali quelle politiche devono trovare attuazione.

Parte prima
Una ricerca a Firenze

Lo studio di caso

L'idea di partenza da cui ha origine questo libro è quella di confrontarsi con il classico ma mai risolto problema sociologico della disuguaglianza, intesa come disparità oggettiva e sistematica nelle condizioni materiali e immateriali di vita e nella possibilità di esercitare influenza sui comportamenti altrui, ma anche di ricercare le relazioni in essere tra disuguaglianze e stato di salute. Di quest'ultimo, seguendo la lezione durkheimiana, si è cercato di dimostrare la almeno parziale natura sociale, oltre al suo essere indiscutibilmente anche stato fisico e biologico. Con un duplice significato e una implicazione circolare: se, infatti, sullo stato di salute influiscono decisamente quelli che gli studi di settore definiscono "determinanti sociali della salute", lo stesso stato di salute a sua volta agisce causalmente in maniera rilevante nel determinare traiettorie ed esiti finali dei percorsi di vita.

La ricerca che costituisce la base conoscitiva dell'intero volume¹ si è posta l'obiettivo di mettere in luce i meccanismi attraverso i quali le disuguaglianze sociali operano nell'area urbana di Firenze. Nucleo centrale è l'analisi delle dinamiche sociali che agiscono sulla composizione dei capitali di tipo economico, culturale e relazionale di cui ciascun individuo dispone, e che rappresentano (per gran parte della letteratura non solo sociologica) un elemento cruciale nell'influenzare i singoli percorsi di vita, ma anche i singoli percorsi di salute o di malattia. All'interrelazione disuguaglianze-salute è stata infatti dedicata attenzione particolare, andando a guardare oltre i *determinanti prossimali*, ovvero i processi eziopatogenetici già da tempo oggetto di studio degli epidemiologi e del settore sanitario, e concentrandosi invece sui *determinanti distali*, cioè su tutte quelle risorse o condizioni che

1. La ricerca *Disuguaglianze sociali e salute: il caso di Firenze*, finanziata dal Dipartimento di Scienze politiche e sociali dell'Università degli Studi di Firenze con contributi del Comune di Firenze e dello SPI-CGIL, è stata condotta dall'autore nell'ambito delle attività del Laboratorio sulle trasformazioni sociali Cambio, coordinato da Angela Perulli, in un arco di tempo compreso tra giugno 2011 e settembre 2013.

possono avere effetto indiretto sulla salute, come la disponibilità di risorse materiali, la condizione di disoccupazione o quella di vulnerabilità sociale.

Proprio perché il percorso intrapreso si sviluppa e si completa intorno ai due problemi delle disuguaglianze e della salute, parlare di *disuguaglianze sociali di salute* o di *disuguaglianze sociali nella salute* non è in linea o può addirittura essere fuorviante rispetto all'impostazione adottata e ai temi affrontati². In questa sede non ci si limita a osservare le differenze di stato di salute fra gruppi socio-economici e a cercare conferme della loro regolare distribuzione nella scala sociale³. Piuttosto, rovesciando la questione e mutando la prospettiva, il proposito è quello di individuare le disuguaglianze sociali capaci di esercitare un'influenza particolare sullo stato di salute, ma anche di ricostruire processi sociali e meccanismi individuali di interazione tra le due dimensioni; e la formula "disuguaglianze sociali e salute" (che qui si è preferito adottare abitualmente) meglio sottolinea la relazione di reciproca influenza tra sistema delle disuguaglianze sociali e sfera della salute.

I.1

Le ipotesi: differenze o disuguaglianze?

La disuguaglianza è un fenomeno sociale antico, e si potrebbe dire sempre esistito, complesso e attuale. A partire da un livello minimo di complessità, tutte le società complesse sono caratterizzate, in misura maggiore o minore, dalla distribuzione diseguale di ricompense materiali e simboliche, e ciascuna società ha cercato di garantirsi stabilità e continuità mediante la definizione di un proprio sistema di significati in grado di spiegare e giustificare la distribuzione delle risorse⁴.

Se nelle società tradizionali si poteva ritenere che la stratificazione sociale e il complesso di disuguaglianze ad essa interrelato fossero il portato di processi naturali o, se si vuole, il riflesso della cosmologia fondativa del loro ordine sociale, nella transizione verso la modernità, e specialmente con lo

2. "Disuguaglianze sociali di salute" e "disuguaglianze sociali in/nella salute" sono oggi entrambe formule ricorrenti, anche in ambito nazionale, nella sociologia della salute, nella medicina e tra gli epidemiologi.

3. Già Costa (in Costa, Cardano, Demaria, 1998) ha ben delineato i meccanismi delle disuguaglianze nella salute e ne ha sottolineato la regolarità, in particolare facendo riferimento alla regola del *gradiente sociale di salute*, secondo cui a qualsiasi livello della scala sociale ci si ponga, il livello inferiore presenta un profilo epidemiologico più sfavorevole di quello immediatamente superiore.

4. Su divisione del lavoro, disuguaglianza e conflitto nella storia delle società cfr. Marx, Engels (1932); Dahrendorf (1957, 1967).

svilupparsi dell'industrialismo e del capitalismo, promozione e diffusione della razionalità introducono elementi di cambiamento. Nel momento in cui è l'uguaglianza e non la disuguaglianza a essere riconosciuta quale condizione "naturale", si pone sempre più urgentemente il problema di spiegare l'esistenza e la permanenza di disuguaglianze.

La questione è rimasta uno dei temi e degli interrogativi centrali della teoria sociale e politica, sino a farsi oggi problema fortemente attuale: se infatti si assiste all'attenuazione, anche sensibile, di molte disparità tradizionali, per lo più riconducibili a differenze di tipo ascritto, legate ad esempio ad appartenenze di genere, di generazione, di razza/etnia, negli ultimi decenni nella struttura sociale altre disuguaglianze di tipo acquisitivo conquistano nuovi spazi: prime fra tutte quelle legate alla sfera economica, all'esercizio dei ruoli professionali, alle risorse culturali. La disuguaglianza sociale si fa così problema via via più complesso, richiedente strumenti di indagine che vanno al di là di analisi puramente statistiche o economiche. In altre parole, non ci si può limitare a studiarne la sola entità, ma ne vanno anche osservate e interpretate la durata nel tempo e le dinamiche di riproduzione e/o trasmissione, che rendono indispensabile il ricorso a metodologie di campo sociologico, antropologico, storico.

Seguendo una proposta analitica ormai nota e da molti condivisa⁵ (Crompton, 1993; Eve, Favretto, Meraviglia, 2003; Whitehead, Dahlgren, 2006; Brandolini, Saraceno, Schizzerotto, 2009), è possibile individuare la presenza di dinamiche di disuguaglianza sociale quando, in modo combinato, alle "semplici" differenze di risorse economiche, di potere e di prestigio si riconosce invece l'origine sociale, la capacità di riprodursi sistematicamente e la possibilità di generare altri effetti perversi, collocando l'individuo in una posizione fortemente e permanentemente svantaggiata in tutti i campi (o comunque in molti dei campi) del suo agire sociale e in relazione alle sue future *chances* di vita.

Quando si parla di disuguaglianza sociale si rimanda a disparità – di tipo distributivo o di tipo relazionale⁶, oggettive e sistemiche⁷ – nelle capa-

5. Una prima e parziale versione dei temi presentati in questo paragrafo è rintracciabile in Mascagni (2010), in particolare nel quarto capitolo.

6. Si tratta di una distinzione fondamentale. Le disuguaglianze di tipo *distributivo* riguardano ricompense e privilegi; le disuguaglianze di tipo *relazionale* riguardano invece i rapporti di sovraordinazione e di subordinazione, ovvero la capacità/possibilità di esercitare potere e/o influenza sugli altri individui.

7. Con disparità *oggettive* si fa riferimento alle conseguenze che le stesse sono in grado di avere sulle condizioni di vita degli individui e sui modi di funzionamento dei meccanismi sociali, indipendentemente dalla consapevolezza soggettiva della loro esistenza e del loro grado di legittimazione; con disparità *sistemiche* al fatto che le disuguaglianze agiscono in

cità di individui e/o di gruppi: *a*) di ottenere e di godere di ricompense e privilegi; *b*) di influire (in senso weberiano) sul comportamento altrui così che esso risulti vantaggioso o almeno non dannoso per sé e/o per il proprio gruppo; *c*) di scegliere autonomamente i propri destini di vita e i modi della propria esistenza quotidiana.

Come già suggerito da Sen (1992), le disuguaglianze si producono e si registrano in dimensioni e spazi diversi, ed è in ragione della forza della loro interconnessione che risultano in grado di agire effetti socialmente rilevanti: possono infatti riguardare le sfere “quantitative” del reddito o dei beni primari, così come quelle più personali delle relazioni familiari e sociali, o politiche, delle libertà, delle opportunità o della partecipazione. In chiave sintetica è allora possibile distinguere tre *tipi di capitale* di cui ciascun individuo può essere – in modo variabile – dotato: *capitale economico*, *capitale culturale* e *capitale sociale*.

Il capitale economico è costituito da reddito, beni materiali, mezzi di produzione, che bene si prestano a essere convertiti in denaro e in diritti di proprietà istituzionalizzati, e sono perciò facilmente misurabili, valutabili e comparabili.

Il capitale culturale corrisponde all’insieme delle proprietà, delle qualificazioni e delle esperienze culturali di cui ciascun individuo dispone, o perché trasmesse e/o incentivate dalla famiglia, o perché conseguite durante il percorso formativo, o perché acquisite attraverso la frequentazione di determinati ambienti, o infine per via dell’appartenenza a un campo culturale specifico. Tale capitale, quando ufficialmente riconosciuto in termini di credenziali educative, può facilmente riconvertirsi esso stesso in capitale economico.

Infine, il capitale sociale indica l’insieme delle relazioni sociali di cui dispone, e che può mobilitare, un individuo, ed è anch’esso convertibile, in alcune situazioni, in capitale economico.

Questi capitali costituiscono quindi un “bagaglio ingombrante”, che per peso e interazioni si posiziona accanto, e forse prima ancora, dei processi di distinzione sociale, di strutturazione delle disuguaglianze e di riproduzione delle classi sociali (Bourdieu, Passeron, 1970). È infatti dalla disponibilità del proprio particolare “equipaggiamento” di risorse economiche, sociali, culturali – e dalla capacità di saperne disporre al meglio e di governarne i reciproci meccanismi di potenziamento o depotenziamento – che per ciascun individuo dipende, innanzitutto, la possibilità di fronteggiare e limitare le eventuali dinamiche di cumolazione degli svantaggi.

modo socialmente strutturato, ovvero riguardano tutti i portatori di una data caratteristica o proprietà socialmente rilevante, spesso combinata a tratti ascritti e/o prettamente individuali (da elementi riconducibili alla sfera economica, politica, culturale a caratteristiche biologiche, fisiche, psicologiche).

I.2

Cumulazione degli svantaggi e ricadute sulla salute

Il quadro delle disuguaglianze si è fatto oggi più frammentato. Le recenti trasformazioni socio-economiche all'insegna di frantumazione, instabilità, fluidità sociale, fino agli ultimi incisivi cambiamenti in campo occupazionale, hanno accentuato il carattere multidimensionale della disuguaglianza. Non più riconducibile a un unico fattore principale, come tradizionalmente poteva essere la posizione occupazionale, di innesco della situazione di svantaggio, ma risultanza di un vero e proprio intreccio "in movimento" tra elementi vicendevolmente cruciali.

Due sono i temi forti solitamente evocati nell'affrontare il discorso sulla disuguaglianza e che presentano profondi e molteplici legami con essa.

Il primo è la povertà, il cui denominatore comune nella maggior parte delle sue forme può essere individuato nella mancanza o scarsità di risorse economiche, ma che può e qui vuole essere intesa come condizione di scarsità non solo economica e non solo in termini assoluti. Altre povertà, al di là, al di sopra e prima delle soglie di reddito ufficialmente riconosciute⁸, solcano infatti la società: deprivazioni relative e/o simboliche, esclusione sociale, emarginazione, erosione delle libertà (Gorrieri, 2002). Tutti aspetti che sottolineano la multidimensionalità della povertà e ne richiamano i nessi con il più ampio fenomeno della disuguaglianza.

Negli ultimi decenni, e ancor più nei recenti anni di grave crisi, il ritorno alla povertà si struttura non solo lungo l'asse tradizionale del capitale e del lavoro, ma anche lungo quello dell'integrazione, dell'inclusione e dell'accesso ai canali di redistribuzione delle risorse materiali e immateriali, da benefici e/o da garanzie di cui solo altri sono (o rimangono) titolari, da reti di relazioni capaci di veicolare informazioni e supporto.

Di particolare centralità per questo lavoro sono le povertà urbane. Esse ricomprendono le condizioni di scarsità più o meno estreme ma sicuramente più evidenti sia in termini strettamente materiali, sia in termini relazionali e valoriali: la rottura con le reti familiari e amicali, la caduta delle aspettative, l'estraniamento rispetto ai valori del contesto sociale, la perdita dei valori simbolico-esistenziali. A queste si vanno poi a sommare le meno palesi, ma oggi sempre più intense e diffuse, povertà silenziose, che vedono scivolare gradualmente individui e/o famiglie da situazioni di "normalità" e discreti livelli di benessere al dover affrontare il problema di una disponibilità di mezzi via via sempre più inadeguata.

8. I più recenti dati ISTAT disponibili, relativi all'anno 2012, fissavano la soglia di povertà relativa pari a un reddito di 990,88 euro mensili per una famiglia di due componenti.

Il secondo fattore strettamente legato alla disuguaglianza è la salute. Così come il corpo rappresenta l'elemento di congiunzione tra dimensioni fisiche, biologiche e materiali, da una parte, e dimensioni sociali, relazionali ed emozionali, dall'altra, le condizioni e le percezioni di salute emblematicamente testimoniano le ricadute degli effetti agiti dai processi sociali e dai meccanismi individuali negli apparentemente più distanti spazi d'azione della sfera economica, della sfera culturale e della sfera sociale e territoriale⁹.

Nello strutturarsi delle interrelazioni tra disuguaglianze sociali e salute si conferma centrale la dimensione economica. Maggiori disponibilità di risorse economiche hanno offerto e continuano a offrire maggiori protezioni dall'esposizione a certi rischi e più facili accessi a cure migliori. Ne è dimostrazione il fatto che anche nei paesi economicamente più sviluppati e con alti e diffusi livelli medi di benessere si mantenga forte la relazione positiva tra disponibilità di risorse economiche e stato di salute, sia in senso assoluto, sia in senso relativo. A fronte di una sensibile riduzione della mortalità in termini assoluti, non si sono ridotte o sono anzi via via aumentate le differenze fra i tassi di mortalità dei diversi strati sociali, anche all'interno di quelli collocabili ben al di sopra delle soglie di povertà: testimonianza di come il gradiente sociale di salute agisca "semplicemente" in presenza di differenti disponibilità di capitale economico, dunque anche nelle fasce medio-alte della popolazione¹⁰.

La disponibilità di risorse economiche continua perciò a essere un vantaggio chiave nell'ostacolare l'accumulo di elementi negativi o di rischio per lo stato di salute. Ciò perché oltre a rappresentare lo strumento fondamentale per la soddisfazione delle esigenze primarie, il capitale economico materiale e immateriale a disposizione risulta essere di assoluta rilevanza anche nella realizzazione di obiettivi sociali, psico-sociali e simbolici¹¹. La ricchezza, soprattutto là dove strettamente interrelata alla posizione socia-

9. Numerose sono le teorie che nel tempo hanno cercato di dare spiegazione dei differenziali di salute, e in particolare del rapporto tra disuguaglianze sociali e stato di salute. Brevemente, è possibile ordinare in tre classi le interpretazioni che, andando oltre i contributi degli autori di area strettamente sociologica, si rifanno anche ad altri distinti settori disciplinari: *a*) le spiegazioni genetiche o naturalistiche, con riferimento principale o esclusivo al corredo genetico; *b*) le spiegazioni comportamentiste, ovvero quelle che chiamano in causa gli stili di vita e i comportamenti individuali; *c*) le spiegazioni che prestano particolare attenzione ai contesti ecologici e sociali di vita (Cardano, 2008; Mascagni, 2010).

10. Per una veloce e aggiornata panoramica sul tema cfr. Marmot (2013) e con riferimento alla letteratura nazionale Costa (2009).

11. Come già facilmente intuibile, e confermato dalla letteratura, più alti livelli di reddito, oltre che a una maggiore disponibilità economica, generalmente si associano a prospettive di carriera più gratificanti e certe, a mansioni più qualificate e fisicamente meno logoranti, a maggiore autonomia, controllo, prestigio (Marmot, Wilkinson, 2001; Wilkinson, Pickett, 2009). Questo punto sarà affrontato di nuovo e in modo più articolato nei CAPP. 4 e 5.

le, al successo e alla rispettabilità, segna direzioni e velocità dei percorsi di cumulazione di vantaggi (o di svantaggi) per la salute.

Ma non è solo una questione di capitale economico¹². Quando a questa dimensione si aggiungono scarsità in termini di capitale culturale e di capitale relazionale e ulteriori altre condizioni di svantaggio, a partire dal disagio abitativo¹³, le dinamiche risultanti sono capaci di generare disuguaglianze ancora più potenti, che si riflettono in rinunce importanti, talvolta assolute, nello spazio delle capacità (Sen, 1992) e condizionano la possibilità di partecipare liberamente e pienamente alla vita pubblica e privata. Si innescano nuove spirali di tensioni, difficoltà e deprivazioni, con effetti in termini sociali, ma anche psicologici e psicofisici.

Tirando provvisoriamente le fila: povertà e salute sono fenomeni sfaccettati e pertanto da studiare – come indicato anche dalle policy di indirizzo dell'Unione Europea già da decenni – privilegiando un'ottica processuale, multidimensionale, relazionale più che quantitativa e distributiva. Ancora, povertà e salute sono dimensioni circolarmente legate alla disuguaglianza sociale, e con essa capaci di generare dinamiche potenti di isolamento e di esclusione sociale, dunque di impossibilità a partecipare pienamente ai diritti sociali. Tutte queste valutazioni hanno sostenuto la scelta di una prospettiva di analisi delle disuguaglianze secondo un approccio multidimensionale, multifattoriale e diacronico che tenesse conto nella procedura di ricerca, come nell'analisi dei suoi risultati, della notevole differenziazione delle sfere sociali ed economiche nella società contemporanea (Sen, 1992; Paci, 1996; Procacci, 1997; Ranci, 2002).

È un percorso volto dunque a prestare maggiore attenzione più che alle posizioni sociali di origine o di destinazione, o più che alle somme assolute o relative di risorse disponibili, ai percorsi intrapresi, alle strategie messe in atto e alle dinamiche in gioco nella distribuzione, nell'acquisizione e nella fruizione delle risorse.

I.3

Scelte metodologiche e dimensioni indagate

A partire da tali premesse, l'approccio adottato è stato di tipo *relazionale* e la chiave di lettura di tipo *contestuale*: si è cioè guardato alle relazioni tra

12. Come sostenuto da buona parte della letteratura, indicatori esclusivamente economici non riescono a rendere conto della complessità della realtà sociale. Sen (1992) in particolare pone l'accento sulla correlazione tra ricchezza nazionale e stato di salute, correlazione che risulta fortemente condizionata dal livello di sviluppo dei servizi sanitari ed educativi di base e dal grado di equità nella distribuzione delle risorse, economiche e non solo.

13. Come si vedrà nel CAP. 3, in particolare nel PAR. 3.2.

individuo e società locale nelle molteplici realtà della provincia fiorentina. È infatti attraverso le reti familiari e sociali – come già rilevato da molti studi sulla società locale¹⁴ – che vengono veicolate risorse strategiche sotto forma tanto di beni materiali e servizi quanto di conoscenza, informazioni e stili di vita. Risorse che il singolo individuo nel suo percorso di vita tenderà a capitalizzare (con minori o maggiori successi) fino a lasciarne traccia a livello di benessere psicofisico.

Come è noto, i vantaggi di salute si correlano alla maggiore disponibilità di capitale socio-economico a partire dai primissimi anni di vita fino all'età adulta, ed è solo con l'anzianità avanzata che le differenze tra fasce sociali tendono a sparire per l'azione combinata di due dinamiche. Nella tarda età, infatti, gli esiti della mortalità selettiva¹⁵ si combinano agli effetti redistributivi dei programmi di welfare dei quali beneficiano i soggetti più anziani. Alla luce di ciò, si è rivelato di particolare interesse monitorare i percorsi di vita e di salute degli adulti maturi, per meglio comprendere quali dinamiche intergenerazionali (dirette e indirette) e intragenerazionali abbiano agito nel loro personale percorso di cumulazione di vantaggi e svantaggi di salute, e quale sia l'autopercezione del loro stesso stato di salute.

Altro importante capitolo della ricerca riguarda l'eguale o diseguale possibilità dei cittadini di tutte le fasce di età di accedere a beni e servizi, attraverso un'indagine sulle capacità più o meno ampie e diffuse di usufruirne ai fini del mantenimento e della promozione della propria salute (prima ancora che della propria posizione sociale). Per approfondire lo studio delle dinamiche di disuguaglianza sociale e i loro effetti anche in ambito di salute si è poi andati a osservare come capitale economico, culturale e sociale influenzino la distribuzione e l'intensità di esposizione a specifici fattori di rischio – comportamentali, ambientali, psico-sociali – dai potenziali seri esiti di salute¹⁶. Tutto ciò senza però concentrarsi sulle marginalità estreme. Una scelta consapevolmente operata alla luce del fatto che queste situazioni di forte deprivazione e di disagio socio-economico più frequentemente si vanno a legare a situazioni di vulnerabilità e di esclusione esito di sperequa-

14. Cfr., per tutti, Bianco (2001); Bagnasco *et al.* (2001).

15. Il fenomeno secondo cui la maggiore incidenza di mortalità anche in fasce giovani per gli strati di popolazione dallo *status* socio-economico più basso lascerebbe in vita nel corso degli anni un gruppo di individui non più socio-economicamente rappresentativo della coorte iniziale.

16. Seguendo le indicazioni della più consolidata letteratura sul tema (Karasek, Theörell, 1990; Siegrist, 1996, 2000; Wilkinson, 2001; Marmot, 2004), i cosiddetti "fattori di rischio" su cui si è indagato possono essere schematicamente elencati come segue: *a*) comportamenti insalubri e insicuri; *b*) esposizione a rischi fisici, chimici, meccanici nell'ambiente di vita e/o di lavoro; *c*) esposizione a dinamiche psico-sociali di impatto negativo (*job strain*, *status syndrome* ecc.).

zioni ormai consolidate, articolate e di lungo periodo. L'attenzione è stata invece rivolta a una molteplicità di percorsi, selezionati secondo criteri tra breve illustrati, che nella loro eterogeneità risultano meglio capaci di rappresentare le dinamiche di accumulo e di perdita di risorse, e rendono così più chiara la lettura del processo di costruzione della disuguaglianza sociale.

Il principale strumento di rilevazione che si è scelto di utilizzare è l'intervista in profondità¹⁷, focalizzata su precisi temi e segmenti di vita, rilasciata dai soggetti intervistati sotto la guida del ricercatore¹⁸.

Accogliendo alcuni aspetti dello stile di ricerca etnografico (Dal Lago, De Biasi, 2002; Tarozzi, 2007), e senza l'inopportuna pretesa di oggettività ed esaustività, si è perseguito l'obiettivo di raccogliere dalla voce e dalle esperienze dirette degli attori sociali le esperienze e le visioni/rappresentazioni che illustrassero in modo originale aspetti, dimensioni e mondi della vita sociale. Nella successiva fase di analisi del materiale empirico si è poi cercato di leggere tali punti di vista (circoscritti e inevitabilmente parziali) come testimonianze e spiegazioni dirette della relazione del singolo con la struttura sociale, dunque di ricondurli a pratiche, procedure e dinamiche più generali e di grande valore, nel tentativo di avvicinarsi a una reale comprensione dell'agire sociale¹⁹. L'aver privilegiato un approccio qualitativo rimanda pertanto alla convinzione che alcuni fenomeni quali la perdita o l'acquisizione di capitale sociale, il successo o la caduta in povertà, e in particolare il passaggio a uno stato di vulnerabilità e il peggioramento delle condizioni di salute, siano tutte transizioni *stricto sensu* biografiche, il cui senso e i cui effetti rilevanti su altri ambiti del corso di vita possono essere meglio colti tramite lo strumento della narrazione²⁰.

17. Poiché le testimonianze raccolte riguardano particolari segmenti del corso di vita (e oggetti sociali e categorie di situazione, per citare Bertaux) l'intervista in profondità si è rivelata fin dalle prime fasi di progettazione della ricerca lo strumento più promettente per la raccolta di materiale empirico qualitativo. Per un approfondimento su sviluppi e approcci del campo biografico, e in particolare sulle differenze tra storia di vita, *récit de vie*, intervista in profondità cfr. Bertaux (1998) e soprattutto Bichi (2003).

18. Un grazie sentito per le loro testimonianze generose (e non di rado impegnative e dolorose) va a tutte le persone intervistate. Al fine di tutelarne l'anonimato e la privacy si è scelto – là dove necessario – di intervenire sui testi tralasciando la trascrizione dei nomi propri di persone e di luoghi o di particolari terapie mediche. Tali interventi sono segnalati, come è consuetudine, dal termine *omissis*.

19. Un "agire sociale" dotato di senso, da intendersi nella classica accezione weberiana di «atteggiamento umano (sia esso un fare, un tralasciare o un subire), se e in quanto l'individuo che agisce o gli individui che agiscono congiungono ad esso un senso soggettivo» (Weber, 1922, trad. it. vol. I, p. 4).

20. La principale potenzialità riconosciuta dalla letteratura all'intervista biografica (e al racconto di vita in particolare) è quella di offrire uno sguardo, se pure di volta in volta da ben

La scelta degli intervistati, come spesso accade frutto di bilanciamento tra obbiettivi diversi e non tutti contemporaneamente massimizzabili, si è orientata su un campione di quaranta individui, così composto: dieci intervistati di fascia d'età 60-65 (cinque uomini e cinque donne) e dieci intervistati di fascia d'età 70-75 (cinque uomini e cinque donne) residenti in due distinte aree cittadine.

La crucialità della dimensione spaziale, che operativamente si traduce in una più puntuale e approfondita conoscenza delle caratteristiche urbane e sociali a livello di quartieri, è stata suggerita dalla proposta di lettura delle dinamiche spaziali di Lefebvre (1974), ripresa da Harvey (1989, 1990). Andando a guardare più da vicino le relazioni e le influenze reciproche esistenti tra pratiche spaziali riconducibili alle dimensioni di esperienza, di percezione e di immaginazione²¹, e senza tralasciare il ruolo in tale partita giocato dall'*habitus*²², è infatti possibile comprendere meglio il peso agito dal contesto urbano e di quartiere sugli stili di vita dei suoi abitanti e le dinamiche intercorrenti tra spazio pubblico e malattie culturali (Bressan, 2011). O – in altre parole – ci si dota di nuovi importanti elementi conoscitivi per svelare e stimare l'effetto che un certo tipo di vita condotta e irrimediabilmente influenzata da un ben definito ambiente urbano (e sociale) determina sulle risorse socio-economiche, culturali e relazionali dell'individuo e, non ultimo, sul suo stato di benessere psicofisico.

Sulla scorta di una consolidata letteratura sul tema delle disuguaglianze sociali e della salute osservate e spiegate a partire dall'angolazione degli stili di vita, della vita quotidiana e delle interazioni sociali agite nello spazio urbano (Cavalli, 1957; Cardano, Costa, 1998; Cattel, 2001; Bressan,

circoscritte angolazioni, diretto e ampio su una molteplicità di problematiche e di livelli di azione e interazione. Per approfondimenti sul tema cfr. in particolare Bertaux (1981, 1998); Ferrarotti (1981); Olagnier, Saraceno (1993); Atkinson (1998); Kaufmann (2007).

21. Con dimensioni di esperienza ci si riferisce a quelle pratiche spaziali materiali che si riassumono in trasferimenti e interazioni di attori sociali nello spazio e attraverso lo spazio; con dimensioni di percezione, alla rappresentazione dello spazio e/o alla codificazione delle attività spaziali, dall'architettura all'ecologia alla pianificazione urbana; con dimensioni di immaginazione agli spazi di rappresentazione e alle invenzioni mentali – soprattutto artistiche – capaci di suggerire nuove possibilità per le pratiche sociali.

22. Ci si riferisce al concetto di *habitus* quale «principio permanente generativo di improvvisazioni regolate» capace di «produrre pratiche» a loro volta tendenti a riprodurre e perpetuare la stessa dinamica generativa, ovvero – così come definito da Bourdieu (1977, p. 95) – quale «capacità infinita di generare prodotti – pensieri, percezioni, espressioni, azioni – i cui limiti sono fissati dalle condizioni storicamente e socialmente determinate della sua produzione, la libertà condizionante e condizionata che esso assicura è lontana tanto dalla creazione di una novità imprevedibile quanto da una semplice riproduzione meccanica di condizionamenti iniziali».

Tosi Cambini, 2011), si è optato per un approfondimento che privilegiasse la prospettiva e la “misura” del quartiere. La decisione di raccogliere venti interviste nella zona del Quartiere 2, delimitata da via Masaccio e strade limitrofe, e venti interviste nella zona del Quartiere 3, corrispondente all’area di Sorgane, è conseguente a una duplice valutazione. Si è infatti scelto di combinare insieme gli esiti dell’approfondita analisi della mappatura delle aree elementari della città di Firenze relativamente all’incidenza dell’indice di deprivazione²³, e la decisione di operare un confronto tra una popolazione “etnicamente omogenea” (Schumpeter, 1927) ma proveniente da due quartieri molto diversi per profilo socio-economico. La costruzione del campione è stata infine corretta e completata anche grazie a colloqui con informatori e osservatori privilegiati.

La traccia di intervista in profondità si articola nei seguenti quattro punti, corrispondenti ai principali ambiti di vita indagati, così suddivisi per esigenze analitiche ma tra loro interrelati e articolati: 1. Relazioni familiari (della famiglia di origine) e interpersonali; 2. Esperienze scolastiche e di formazione; 3a. Inserimento professionale, attività lavorativa; 3b. Pensionamento (eventuale); 4. Vita familiare, quartiere di residenza, reti sociali e gruppo amicale.

Con l’obiettivo di approfondire lo studio delle dinamiche di disuguaglianza sociale e dei loro effetti in particolare sulle condizioni di benessere e/o in ambito di salute, per la complessità del problema e grazie alla ricchezza e varietà del materiale raccolto, l’analisi è stata organizzata seguendo una mappa tematica che rendesse possibile sia seguire l’evoluzione in senso di accrescimento e arricchimento o di perdita e impoverimento delle diverse risorse a disposizione di ciascun intervistato, sia dare conto di modalità e tempistiche con le quali capitale economico, culturale e sociale influenzano la propensione a e l’intensità di esposizione a specifici fattori di rischio (comportamentali, ambientali, psico-sociali), e se e quando questi abbiano già avuto esiti anche in termini di salute.

23. Il riferimento è all’Indice di deprivazione a livello comunale e a livello di sezione di censimento per l’intero territorio italiano, basato sui dati censuari del 2001. Delle 280 variabili definite a livello di sezione di censimento Caranci e gli altri autori e ricercatori impegnati nella messa a punto dell’Indice hanno scelto le cinque condizioni che meglio «concorrono operativamente a descrivere il concetto multidimensionale della deprivazione sociale e materiale: basso livello di istruzione, disoccupazione, mancato possesso dell’abitazione, famiglia monogenitoriale e alta densità abitativa» (Caranci *et al.*, 2010). I dati rilevati a livello nazionale registrano un forte gradiente Nord-Sud e una correlazione tra mortalità generale e deprivazione, in particolare nella popolazione fino a 64 anni e nei comuni a dimensioni maggiori. Risultati coerenti con quanto già noto a livello di studi epidemiologici sulla distribuzione geografica della povertà e sull’impatto che ha sulla mortalità.

Uno dei punti di forza dell'indagine, insieme al forte investimento sulla relazione di fiducia stabilitasi tra intervistato e ricercatore²⁴, è rappresentato proprio dall'aver adottato una traccia aperta e flessibile. Da un lato ciò ha permesso di lasciare ampia libertà di espressione agli intervistati e dunque di cogliere eventuali spunti di riflessione e temi inizialmente non previsti; dall'altro lato, grazie alla predisposizione per ciascuna area tematica toccata di una serie di batterie di domande *ad hoc* riguardanti pratiche, fatti, rappresentazioni relative a stili di vita e stato di salute, ha offerto un riferimento per orientarsi nei momenti più critici o di fronte a passaggi o argomenti più dispersivi e di difficile approccio. Questo ha consentito di avere realmente accesso a nuove «finestre aperte sul contesto» (Olagnero, Saraceno, 1993, p. 14) e ha offerto la preziosa occasione di disporre di un materiale ricchissimo: dalla raffigurazione di quei «mondi di vita» individuali frutto delle singole esperienze, alla ricostruzione delle dinamiche sociali e degli elementi strutturali più propriamente di livello meso e macro.

L'esame del materiale, condotto con l'ausilio di un software per l'analisi qualitativa, è stato impostato secondo criteri di comparazione tematica. Dopo una prima lettura integrale di tutte le narrazioni, che ha consentito di mettere in luce le peculiarità e i passaggi cruciali propri di ciascun percorso, l'analisi – ripercorrendo la trama già contenuta nella traccia – ha individuato ed enucleato una serie di nodi corrispondenti ad altrettante categorie analitiche. Tutte le sezioni di testo (le frasi e i brani estratti dalle trascrizioni letterali dei file audio di ciascuna intervista), una volta classificate e ordinate, hanno costituito una nuova e ulteriore base per un lavoro di elaborazione e interpretazione “orizzontale” che a partire da ciascun singolo nodo/aspetto rilevante e attraverso il confronto tra diversi “attributi” dei casi (genere, fascia di età, quartiere di residenza, posizione socio-economica ecc.) ha tentato – crediamo con successo – di porre in evidenza almeno alcuni aspetti dell'intreccio di componenti della vita quotidiana (Perulli, 2012) e di cogliere sfumature significative dove altrimenti sarebbero sfuggite.

24. Mostrandosi fin dalle prime fasi preliminari di contatto e in quelle di intervista vera e propria rispettoso, attento, non giudicante e là dove necessario rassicurante, il ricercatore/intervistatore ha sempre tentato di incoraggiare e stabilire con l'attore sociale/intervistato un rapporto significativo.

La città

2.1

Un ritratto storico-politico

Poiché le stratificazioni demografiche e di classe da un lato rappresentano il risultato più importante dei processi economici e sociali, e dall'altro costituiscono un elemento imprescindibile e autonomo di mutamento, prima di affrontare nel dettaglio alcune delle dimensioni strutturali più rilevanti della popolazione fiorentina è opportuno richiamare i punti salienti per ciò che riguarda gli aspetti della cultura sociale e politica della città.

Firenze oggi si presenta ricca di specificità e non facilmente ascrivibile ai più tradizionali paradigmi di classificazione. Il suo profilo infatti è quello di una città non pienamente inserita e in linea con i centri di sviluppo moderno del paese, ma che comunque continua a essere fulcro di logiche virtuose e – anche per ciò – al riparo da quelle arretratezze di vecchia data o di ritorno che caratterizzano tanta parte del paese.

Già dai primi anni dopo la fine della Seconda guerra mondiale la situazione di Firenze si è venuta delineando come particolare: innanzitutto sotto la prospettiva economica, per la parcellizzazione della sua struttura produttiva, per la specifica configurazione della divisione del lavoro, per la sopravvivenza non marginale e ben radicata nella città di forme artigianali più tradizionali, quasi “premoderne”, di conduzione dell’attività lavorativa ed economica, cui si affianca, per almeno quattro decenni, una presenza di tutto rispetto – economica, ma anche politica e sindacale – di solidi nuclei industriali e di orgogliose appartenenze operaie¹.

1. Troppo spesso taciuta o sottovalutata è la presenza nell’area urbana fiorentina di un’industria di dimensioni medio-grandi, sopravvissuta alla Seconda guerra mondiale e che per lungo tempo affianca, convive e spesso compete con successo con la tradizione artigiana e commerciale, esprimendo e sostenendo culture e valori collettivi. Storicamente sparsa entro il perimetro cittadino ottocentesco e nella prima periferia, essa ricomprende – solo per ricordare alcune delle realtà più note e importanti – le Officine ferroviarie, la Fonderia delle Cure,

Parallelamente anche nella dimensione sociale e culturale, con la predominanza, tipica proprio del contesto fiorentino, di gruppi quali i commercianti, i piccoli imprenditori, gli appartenenti a ben definiti settori lavorativi con spiccata vocazione corporativa, ciascuno capace di forti azioni di condizionamento, anche – e non di rado – in senso antagonista. E questa seconda dimensione sociale e culturale si comprende fino in fondo solo tenendo conto anche di altre due presenze, peculiari della realtà fiorentina ed entrambe – anche se in modo diverso – importanti e di peso: l'università e il turismo, con i loro rispettivi “indotti” e utenti. Infine, anche dal punto di vista politico Firenze, pur collocandosi non solo geograficamente al centro di una regione tradizionalmente connotata da una precisa cultura politica², continua a essere caratterizzata dall'esistenza di più componenti: nessuna forte a tal punto da imporre una precisa linea di intervento, ma ciascuna capace di operare condizionamenti in nome dei propri specifici interessi (Trifiletti, Bettin, Giovannini, 1975). Non di rado tali dinamiche si sono tradotte in conservatorismi anacronistici e hanno pesato considerevolmente sulle stasi e i deterioramenti tanto dell'economia quanto della partecipazione cittadina³.

Ancora oggi la compresenza di attività diverse e distinte riconducibili alle aree politica, economica, culturale, orientata però a una “separatezza” di luoghi, pone emblematicamente in evidenza – come in più occasioni denunciato da autori di diversa appartenenza disciplinare (Pa. Giovannini, 1990; Carbone, 1992; Zoppi, 1992; Trigilia, 2003) – le difficoltà e la fatica incontrate dalla città nell'abbandonare la sua vecchia dimensione di arcipelago di centri di interessi e/o di potere privi di corrispondenze e comunicazioni. Le istituzioni e le relative aree di interesse e azione, forse per l'impossibilità di conquistare una ben definita posizione di supremazia, tendono all'isolamento e mancano

la Longinotti di Gavinana, la sede di via Circondaria della STICE (Società toscana industria cucine economiche), fino al 1961-62 non ancora trasferita a Scandicci e fino al 1967 non ancora Zanussi. A queste, nell'area fra Novoli e Rifredi e con punte espansive in direzione dell'Osmannoro, si aggiungono – dopo fasi di rilocalizzazione avviate già nel periodo tra le due guerre mondiali, con movimento appunto dalla città storica all'esterno – altre grandi imprese fiorentine, come Officine Galileo e Pignone, e la neoarrivata FIAT. Per un approfondimento sul tema cfr. Innocenti (1979); Mori (1986); Causarano (2000); Giovannini (2002); Pellegrino (2010).

2. Con l'espressione “cultura politica” si rinvia a «strutture, a istituzioni, a valori, a una ideologia, simboli, miti, riti e memoria, linguaggio, soggetti, gruppi sociali, le classi, le etnie, le collettività, le comunità. [...] Valori sì, ma anche interessi, e poi soprattutto modelli di comportamento» (Caciagli, 2012, pp. 44-5).

3. Non è possibile in questa sede dedicare più spazio al tema della cultura politica toscana e fiorentina. Per una prima ricognizione sul tema e sugli sviluppi più recenti del fenomeno cfr. pertanto Trigilia (1981, 1986); Bagnasco (1999); Baccetti, Messina (2009); Caciagli (1988, 2009); Diamanti (2009); De Sio (2011).

di aggregazione e coordinamento; a ciò si aggiunge che troppo spesso sono mancate relazioni organiche e scambi di esperienze tra istituzioni, partiti, enti locali, mondo del lavoro⁴. Tutto ciò, combinandosi con sollecitazioni e spinte di origine esogena e macro, ha sicuramente avuto effetti sulla struttura sociale della città, a cominciare dal processo di “espulsione” dal territorio comunale che, dopo avere coinvolto gran parte degli insediamenti industriali con la delocalizzazione iniziata già negli anni Sessanta e proseguita nei decenni successivi, ha più recentemente toccato in modo significativo la residenza, con un trasferimento di quote rilevanti di popolazione nei comuni contermini. Il fenomeno, che ha iniziato a interessare il centro storico (dove la residenza costituisce una realtà sempre più minoritaria) e via via anche le fasce edificate sui viali, fino a coinvolgere le stesse periferie, ha comportato una trasformazione lenta ma profonda e tangibile, lasciando Firenze sempre più svuotata e devitalizzata, con un centro apparentemente vivo, ma solo perché teatro della costante crescita di attività commerciali «di terziario banale» e di altre attività minori che, anche quando «legate al sistema culturale rivolto alla struttura museale», si caratterizzano per logiche imprenditoriali improntate all'immediato ritorno economico (Carbone, 1992, p. 52).

Tale direzione di sviluppo si pone in contrasto con la vocazione metropolitana della città⁵. Come infatti riconosciuto e sostenuto all'inizio degli anni Duemila dai documenti dello stesso Piano strategico dell'area metropolitana, Firenze – malgrado le sue dimensioni contenute – ha potuto far valere il non comune punto di forza di una marcata concentrazione di funzioni e di una forte proiezione internazionale (Trigilia, 2003). In assenza però di un serio e accurato lavoro di pianificazione strategica, ancora senza una via all'innovazione più organica ed efficace rispetto al sommarsi di interventi frammentati e con una ancora debole promozione di connessione e integrazione tra vecchi e nuovi interessi e luoghi, la città viene a mancare

4. Effetti di tale “peculiarità” erano già registrati e denunciati a metà degli anni Settanta in merito agli sviluppi (lentissimi e puntualmente frenati e ridefiniti “al ribasso”) del piano intercomunale, la cui proposta era quella di disegnare una nuova grande città metropolitana che nascesse dal rapporto collaborativo e paritario tra Firenze città e i municipi contermini, da Pontassieve e Valdarno a Prato e Pistoia.

5. In riferimento al tema metropolitano, nella recente storia politico-amministrativa fiorentina sono emerse due idee diverse di centralità (Causarano, 1998): quella in sintesi definibile di *sistema metropolitano*, nata dall'approccio analitico al carattere diffusivo e multipolare del fenomeno metropolitano non autocentrato su Firenze, e via via indebolitasi al venir meno delle direttrici di sviluppo industriale che l'avevano sostenuta ancora fra gli anni Settanta e Ottanta, e quella di *area metropolitana*, legata a un approccio di tipo areale, istituzionale-amministrativo autocentrato, esaltante la centralità di Firenze come polo storico. Ed è questa seconda l'idea che ha poi vinto sul piano istituzionale.

di quella vitale “uscita da se stessa” – già auspicata a metà degli anni Settanta – e vede ricadere il peso di questo non virtuoso sviluppo principalmente sui suoi abitanti.

Provando a fare un primo bilancio: le attuali aspirazioni e linee di trasformazione possono convertirsi tanto in concrete opportunità quanto in ostacoli o peggioramenti della qualità della vita per la popolazione residente. Un ruolo cruciale continua a essere giocato da vecchie e nuove disuguaglianze sociali, dalla volontà di tenerne conto, dalla capacità di “governarle”. In altre parole: tanto più residenti e/o utenti si riconoscono distanti e incapaci di cogliere le opportunità offerte dalla nuova collocazione cittadina (opportunità e vantaggi che per essere colti necessitano di adeguati capitali culturali e relazionali e di una certa disponibilità economica), tanto più la vocazione metropolitana e internazionale di Firenze tende a trasformarsi in rischi di congestionamento, di degrado della qualità urbana e di deterioramento delle condizioni di vita dei residenti.

2.2

Profilo demografico e composizione sociale

La ricostruzione del contesto demografico e sociale che segue permette di delineare più chiaramente le principali tendenze e di valutare più compiutamente molti aspetti della storia della città. Sintetizzando all'estremo, i principali fenomeni che oggi, sia a livello nazionale sia a livello regionale, portano a trasformazioni in ambito demografico, nel mercato del lavoro e nei livelli di benessere economico sono la crescita del numero di over 65 e di immigrati, l'aumento del numero degli occupati in termini assoluti, la decelerazione del ritmo di crescita dei redditi e dei consumi (IRPET, 2010, p. 27). Facendo un passo indietro e procedendo con maggior margine di dettaglio, punto di partenza può essere il dato relativo alla popolazione italiana, che nel gennaio 2012 conta 60.626.442 abitanti, con una età media stimata di 43,7 anni⁶.

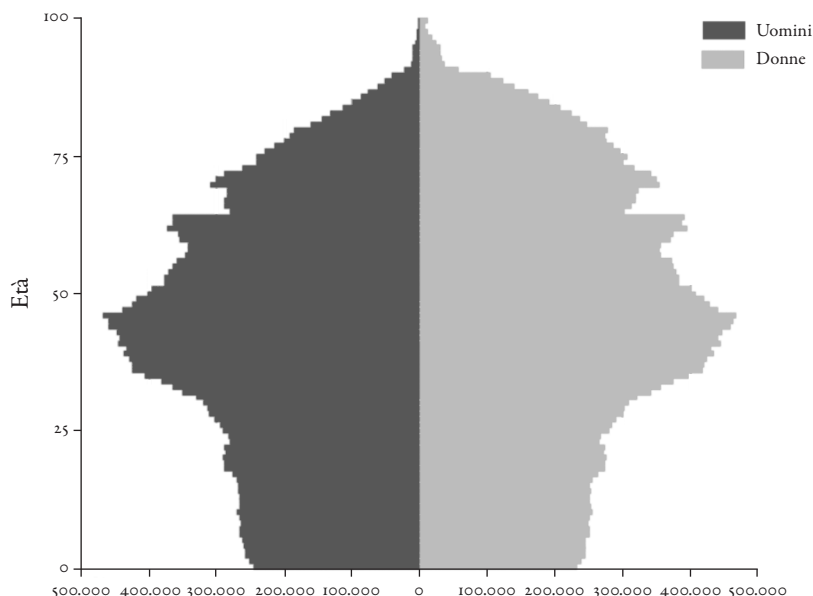
Come ben illustrato anche dalla piramide dell'età (FIG. 2.1), il progressivo invecchiamento della popolazione⁷ risulta essere dunque il trend demografico più importante degli ultimi decenni.

6. Se non specificato diversamente, i dati demografici riportati in questo e nei seguenti paragrafi sono forniti dall'ISTAT e consultabili all'indirizzo <http://istat.it> e in particolare <http://dati.istat.it>.

7. I classici indicatori sintetici della struttura per età sono costruiti sulla convenzionale ripartizione della popolazione in tre fasce di età corrispondenti ad altrettante categorie di

FIGURA 2.1

Popolazione italiana: piramide delle età



Fonte: ISTAT Censimento 2011 (www.istat.it/it/censimento-popolazione/popolazione-2011).

Tale andamento è a sua volta esito del combinarsi di due distinti fenomeni: una più lunga aspettativa di vita, giunta nel 2011 a 79,4 anni per gli uomini e 84,5 anni per le donne, e un bassissimo tasso di fecondità che, toccato il minimo nel 2006 con solo 1,35 figli per donna, risale e si stabilizza a 1,41 nel 2009 e 2010⁸, mantenendosi comunque ben al di sotto del livello capace di

attività lavorativa: le età pre-lavorative (da 0 a 14 anni), le età lavorative (da 15 a 64 anni) e le età post-lavorative (65 anni e oltre). Essi permettono di porre meglio in evidenza il quadro composito di tendenze nelle sue diverse componenti interne. Il riferimento è all'indice di vecchiaia, dato dal rapporto percentuale tra ultrasessantacinquenni e popolazione con meno di 15 anni, che nei dieci anni tra le due rilevazioni censuarie scende dal 131,4 al 145%; all'indice di dipendenza dei giovani (rapporto percentuale tra popolazione con meno di 15 anni e popolazione da 15 a 64 anni), dal 21,2 al 21%; all'indice di dipendenza degli anziani (rapporto percentuale tra le persone nelle età post-lavorative e quelle nelle età lavorative), più sensibilmente in salita dal 27,8 al 31%; infine, all'indice di carico sociale (somma dei due indici di dipendenza), che passa dal 49 al 52%.

8. Per completare il quadro, è interessante vedere come sempre nel 2010 il tasso di natalità sia di 9,3 nati per 1.000 abitanti (<http://dati.istat.it>).

garantire il ricambio generazionale e anche del coevo dato medio europeo di 1,61. Un incremento di popolazione è in parte garantito dal tasso netto di immigrazione, aumentato tra il 1980 e il 2001 di trenta volte e passato da quota 3.432.651 nel 2008 a quota 4.387.721 a inizio 2013, con una incidenza della popolazione straniera sul totale dei residenti pari al 7,4% (ISTAT, 2013b)⁹.

Spostando l'attenzione su una dimensione più locale, sempre nel gennaio 2012 in una regione – la Toscana – che contava 3.749.813 residenti, di età media stimata di 45,7 anni, la città di Firenze¹⁰ registrava una popolazione residente di 371.282 individui¹¹ e un'età media stimata di 46 anni.

Anche nel comune di Firenze – come chiaramente illustra la TAB. 2.1 – la popolazione presenta andamenti legati a un sensibile allungamento dell'aspettativa di vita, a un bassissimo tasso di natalità e a movimenti migratori in entrata di entità sempre più rilevante. Il tasso di natalità (nel 2010) è di 9,1 nati per 1.000 abitanti, un po' più alto rispetto al dato regionale di 8,7: a compensare il tasso di fecondità di 1,12 figli per donna e un'età media al parto di 34 anni delle fiorentine sono le straniere, con 2,2 figli per donna e un'età media al parto di 29,3 anni. Il dato complessivo sale così a 1,3 (IRPET, 2009). A Firenze, con dinamiche simili a quelle regionali, la popolazione si modifica nel corso degli anni per effetto concomitante del saldo naturale della popolazione, riconducibile al processo di avanzamento dell'età (differenza tra nascite e decessi), e del saldo migratorio totale, ovvero la differenza tra movimenti migratori in entrata e in uscita. Nel 2010, come indicato dalla banca dati PARSIS dell'Agenzia regionale di sanità della Re-

9. Per dare un'idea più completa del fenomeno, si aggiunge che: *a*) nel 2012 i nati da genitori stranieri residenti in Italia sono stati 79.894, pari al 15% del totale dei nati residenti in Italia: rispetto all'anno precedente, l'incremento delle nascite di bambini stranieri è dell'1%, inferiore a quello riscontrato per il 2011 rispetto al 2010 (+ 1,3%); *b*) le richieste di cittadinanza accolte dallo Stato italiano sono passate dalle 12.267 del 2002 alle 53.696 del 2008 alle 65.383 del 2012 (ISTAT, 2013b).

10. In seguito, per necessità legate alla disponibilità di rilevazioni più dettagliate e/o a elaborazioni e analisi su dati scorporati, si potrà fare riferimento a dati registrati in momenti diversi e/o a rilevazioni effettuate, oltre che dall'ISTAT, anche da altri istituti o banche dati.

11. L'analisi dei dati di archivio, a partire dal 1938, permette di ricostruire un percorso demografico in cui si individua una prima fase di lieve incremento della popolazione fino all'immediato dopoguerra, cui segue tra la fine degli anni Cinquanta e gli anni Sessanta un vero e proprio boom demografico. Negli anni Settanta la popolazione cittadina arriva a superare i 450.000 abitanti e vive un periodo di stabilità, per poi andare incontro dai primi anni Ottanta a una fase discendente che durerà per circa trent'anni e vedrà diminuire il numero di residenti di 83.000 unità nel periodo 1981-2007. Solo negli anni più recenti il saldo totale è tornato in positivo grazie all'aumento di immigrati in entrata, che compensano così il valore negativo del saldo naturale (dati dell'Ufficio Anagrafe del Comune di Firenze aggiornati al settembre 2012 attestano la popolazione fiorentina a 377.383 abitanti, di cui 57.378 stranieri).

TABELLA 2.1

Principali indicatori della struttura della popolazione (valori percentuali)

Anno di riferimento	Firenze		Toscana		Italia	
	2001	2011	2001	2011	2001	2011
Popolazione 0-14 anni	10,5	11,9	11,6	12,7	14,4	14,0
Popolazione 15-64 anni	64,7	62,6	66,3	64,0	67,4	65,7
Popolazione ≥ 65 anni	24,8	25,5	22,1	23,3	18,2	20,3
Minori	12,5	14,0	14,1	15,1	17,4	16,9
Popolazione ≥ 75 anni	12,5	13,8	10,5	12,0	8,0	10,1
Popolazione ≥ 80 anni	7,0	8,7	5,5	7,3	4,1	6,0
Popolazione femminile 15-49 anni	41,1	40,5	44,0	42,3	47,0	44,7
Indice di vecchiaia	235,9	214,0	189,8	182,9	127,1	144,5
Donne per 100 maschi	114,2	114,3	107,3	107,7	105,9	106,1
Stranieri per 100 abitanti	6,3	13,5	3,2	9,7	2,5	7,5
Numero medio componenti famiglia	2,1	2,0	2,5	2,3	2,6	2,4

Fonte: ISTAT Censimento 2011 cit.; Osservatorio SDS di Firenze (2013).

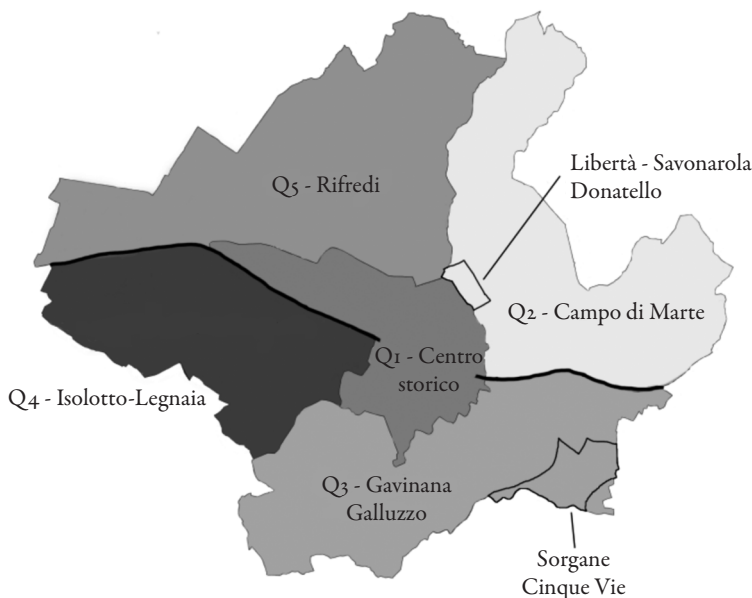
gione Toscana (ARS), il tasso di crescita totale di 6,3 unità per 1.000 abitanti era dunque dato dal combinarsi di un saldo naturale negativo, con un tasso registrato di - 2, e un saldo migratorio positivo, a quota 8,3.

L'aspettativa di vita media nel comune di Firenze, in linea con l'andamento dell'intera Toscana, ha raggiunto nel 2010 gli 80,3 anni per gli uomini (era 80,1 anni nel 2008) e gli 85 anni per le donne (dato rimasto costante). L'indice di vecchiaia registrato per l'anno 2011 è di 214,0, l'età media – come già ricordato – 46 anni.

Per quanto riguarda l'assetto dell'area urbana comunale, il comune di Firenze è attualmente diviso in cinque quartieri amministrativi (FIG. 2.2), nei quali sono compresi a loro volta zone urbanistiche e quartieri minori: 1. Centro storico; 2. Campo di Marte; 3. Gavinana-Galluzzo; 4. Isolotto-Legnaia; 5. Rifredi. I cinque quartieri sono frutto dell'accorpamento, avvenuto a seguito di un'ampia riforma nel 1990, degli originali quattordici quartieri disegnati richiamandosi direttamente alle circoscrizioni di decentramento fiorentine create a partire dalla metà degli anni Settanta del secolo scorso, sull'esperienza dei precedenti comitati di zona.

FIGURA 2.2

Quartieri di Firenze e aree elementari osservate



Come in parte già illustrato nel PAR. 1.3, la necessità di identificare due zone ben circoscritte della città per l'approfondimento qualitativo ha portato a individuare all'interno dei quartieri 2 e 3 due precise zone corrispondenti ad aree elementari facilmente identificabili: Sorgane, nell'unità territoriale organica elementare (UTOE) 25 e corrispondente all'area elementare (AE) 65, nel Quartiere 3; via Masaccio e strade limitrofe, porzione di Quartiere 2 corrispondente alle AE 28 (Donatello) e 67 (Libertà-Savonarola).

I criteri che hanno guidato l'individuazione e la scelta delle aree dove effettuare la rilevazione possono essere sinteticamente riassunti nei seguenti quattro punti.

1. Una minore presenza di stranieri. Rispetto alla media cittadina, che si attesta sul 5,3%, corrispondente a 18.734 stranieri su un totale di 356.118 residenti¹², l'AE 65 (Sorgane-Cinque Vie) presenta infatti una percentuale di stranieri che non supera il 3,8% del totale della popolazione (123 stranieri residenti su un totale di 3.275); il dato aggregato delle AE 28 (Donatello) e 67 (Libertà-Savonarola) sfiora il 4,5% (383 stranieri residenti su un totale di 8.582).

12. Dati frutto di rielaborazioni a partire dal rapporto ISTAT (2005).

2. La significativa presenza di adulti maturi e di anziani (cfr. TAB. 2.2). Rispetto ai dati medi cittadini sulla distribuzione della popolazione per fasce di età, che registrano un 19,8% di residenti in età compresa tra 60 e 74 anni e un 12,9% di over 75, il Quartiere 3 arriva a un 22,1% e a un 14,2%, il Quartiere 2 a un 20,3% e a un 14,6% (dati del censimento 2001).

3. Per essere due zone che tradizionalmente nell'immaginario cittadino vengono collocate in posizioni polarmente opposte in termini di "reputazione di quartiere".

4. Infine, per un'esposizione al rischio dai livelli significativamente dissimili e distanti. Secondo i parametri osservati dall'Indice di deprivazione¹³ adottato da ISTAT e Osservatorio della Società della salute di Firenze (2010), a Sorgane la percentuale di popolazione residente in sezioni di censimento deprivate o molto deprivate è superiore al 70%; le AE Donatello e Libertà-Savonarola presentano invece profili tra i più agiati e confortevoli del contesto cittadino, rispettivamente con meno del 20% e tra il 20 e il 35% di popolazione residente in sezioni di censimento deprivate o molto deprivate.

TABELLA 2.2

Percentuale della popolazione per fasce di età (quartieri di Firenze)

Area cittadina	Fascia d'età					
	0-14		15-64		≥ 65	
	2011	2013	2011	2013	2011	2013
Centro storico	11,0	11,2	67,8	67,4	21,2	21,4
Campo di Marte	11,8	11,8	60,9	60,9	27,3	27,3
Gavinana-Galluzzo	12,4	12,4	59,4	59,5	28,2	28,1
Isolotto-Legnaia	12,3	12,6	61,2	60,8	26,5	26,6
Rifredi	12,0	12,1	62,6	62,4	25,4	25,5
Comune di Firenze	11,9	12	62,5	62,3	25,6	25,7

Fonte: rielaborazioni su dati dell'Ufficio di statistica associato dell'area fiorentina.

13. L'indice di deprivazione cui si fa riferimento è costruito sul modello proposto da Caranci *et al.* (2010) e prevede che ad ogni sezione censuaria possa essere attribuito un livello di deprivazione utilizzando le seguenti variabili: *a*) percentuale di popolazione con livello di istruzione elementare; *b*) popolazione disoccupata e in cerca di prima occupazione; *c*) abitazioni occupate in affitto; *d*) famiglie monogenitoriali con figli; *e*) densità abitativa (numero di occupanti per 100 mq).

2.3

Famiglie che cambiano

Pur rimanendo ancora aperto e acceso il dibattito tra demografi e sociologi sulla giusta interpretazione dei complessi mutamenti che a partire dalla seconda metà del XX secolo hanno toccato corsi di vita individuali e familiari di chi vive nei paesi sviluppati, e della direzione di questi in termini di convergenza o di differenziazione (Naldini, Saraceno, 2011), è possibile porre in evidenza come l'Italia, sia per quanto riguarda le strutture familiari, sia per le tipologie di coabitazione più diffuse, continui a presentare spiccate differenze rispetto al resto dell'Europa nord-occidentale, mostrando un profilo più simile a quello degli altri paesi dell'area mediterranea. Nel nostro paese è ancora diffusa la coabitazione per tutto l'arco della vita (quindi anche in età adulta, matura e poi anziana) di genitori e figli, anche se negli ultimi decenni si vanno delineando più chiaramente mutamenti carichi di conseguenze. La percentuale di anziani soli risulta infatti essere in crescita, soprattutto in termini assoluti, principalmente per l'effetto combinato di un forte invecchiamento della popolazione e della scarsa propensione all'inserimento in strutture dedicate in caso di non completa autosufficienza. Ciò non deve però portare a troppo semplicistiche equazioni: attualmente gli anziani italiani che vivono soli non sono necessariamente persone isolate (Piepoli, Baldassarri, 2009; Rosina, Migliavacca, 2010): oltre 1 anziano su 2 vede quotidianamente almeno un figlio, oltre 3 su 4 più volte la settimana. Va poi aggiunto che le dimensioni urbane non costituiscono un peso necessariamente negativo su prossimità residenziale e frequenza dei contatti tra genitori e figli. Sfatando l'immagine esageratamente atomizzata che sempre più spesso viene associata alla realtà urbana contemporanea, è stato infatti rilevato come anche nei grandi comuni metropolitani (le undici maggiori città italiane, tra cui Firenze), i "giovani" coniugi che abitano nelle immediate vicinanze dei genitori rappresentino ancora oltre il 42%, ovvero quasi la metà delle coppie (Cioni, 1997; CENSIS, 2012). Questa situazione è però destinata a mutare in conseguenza della bassa fecondità (meno figli e/o aiuti "giovani" su cui poter contare), della maggiore mobilità territoriale delle giovani generazioni, delle recenti trasformazioni del mercato del lavoro e dell'aumento dell'instabilità coniugale: tutti elementi che segnalano un importante processo di mutamento culturale.

Anche a Firenze gli scenari demografici precedentemente delineati si sono andati a combinare con trasformazioni più o meno profonde dei comportamenti sociali e dei modelli culturali, dando vita a una inedita combinazione di tipologie familiari e a forti (dis)equilibri tra le generazio-

ni coinvolte. Come nel resto del paese, anche nel capoluogo toscano negli ultimi decenni si sono ridotti sia il numero medio dei componenti per nucleo familiare sia le strutture familiari a carattere complesso, mentre sono aumentate le coppie senza figli e le persone che vivono da sole¹⁴.

A fine 2011 l'ISTAT registra a Firenze 185.435 famiglie (dato in crescita), con un numero medio di componenti a famiglia pari a 2 (dato in calo), inferiore alla media nazionale, attestata su 2,4 componenti in media per nucleo familiare, e al dato regionale di 2,3. Tale crescita del numero dei nuclei familiari (nel 1991 erano 162.422), combinata alla diminuzione dei componenti per nucleo (passati dai 2,4 rilevati dall'ISTAT nel 1991 ai 2,0 di oggi) è in buona parte riconducibile all'aumento importante delle famiglie unipersonali. Il 32,5% delle famiglie residenti nel comune di Firenze, ovvero la maggioranza relativa, è formata da un'unica persona, il 30,9% ha due componenti, il 18,9% ne ha tre, l'11,7% ne ha quattro, il 2,8% ne ha cinque e solo il 3,2% è composto da sei o più persone¹⁵. In città il numero medio di persone per nucleo familiare si attesta sui due componenti (cfr. TAB. 2.3), con differenze tra le singole realtà di quartiere, pur delineandosi un comune trend di lenta ma ulteriore riduzione.

Sempre osservando i dati in dettaglio delle AE considerate, si nota che a Sorgane, diversamente dal profilo cittadino medio, la maggioranza relativa dei nuclei familiari è rappresentata da quelli composti da due persone: le famiglie unipersonali si attestano infatti al 29,9%, mentre ben il 37,3% di famiglie ha due componenti, il 18,9% ne ha tre, l'8,5% quattro, l'1,7% cinque e i nuclei composti da sei o più persone non superano lo 0,3%. Il fenomeno della riduzione del numero di componenti per nucleo familiare si fa più importante nella zona di piazza Donatello e Savonarola. Qui le famiglie unipersonali raggiungono il 35,7% del totale, le famiglie con due compo-

14. È dunque cambiato il modo del fare famiglia, via via sempre più segnato da «una diminuzione della propensione a sposarsi e da una parallela diminuzione della fecondità, dall'aumento dell'instabilità coniugale e dalla pluralizzazione dei modi di fare famiglia, o comunque di stabilire rapporti di intimità e condivisione nella vita quotidiana e nel corso della vita, dall'aumento sia delle famiglie a due percettori di reddito sia di quelle in cui vi è un solo genitore sia infine di quelle che, per una o più fasi più o meno lunghe della vita, sono costituite da una persona che vive da sola» (Naldini, Saraceno, 2011, p. 29).

15. Per la presenza di coabitazioni la somma delle percentuali può non attestarsi precisamente sul 100%. Inoltre, nel caso in cui si faccia riferimento al numero di individui in condizione anagrafica di unico componente del nucleo familiare, senza tenere conto di eventuali coabitazioni "non ufficiali" e/o non registrate, il numero di famiglie unipersonali risulta ancora più elevato, attestandosi al 34,8% per il dato aggregato cittadino, al 33,2% per Sorgane, al 38% per Donatello-Savonarola (dati ISTAT e Ufficio Statistica del Comune di Firenze, aggiornati a fine 2011).

TABELLA 2.3

Numero medio di componenti di famiglia per quartiere

	2011	2013
1. Centro storico	1,80	1,79
2. Campo di Marte	2,02	2,00
3. Gavinana-Galluzzo	2,13	2,11
4. Isolotto-Legnaia	2,15	2,13
5. Rifredi	2,05	2,04
Firenze	2,02	2,00

Fonte: Ufficio di statistica associato dell'area fiorentina.

nenti arrivano al 31,5%, quelle con tre al 16,2%, quelle con quattro al 10,8%, quelle con cinque al 2,9%, e solo lo 0,5% dei nuclei familiari lì residenti è composto da sei o più persone¹⁶. Come anticipato, l'assottigliamento dei nuclei familiari si spiega principalmente con l'importante diminuzione delle nascite registrata negli ultimi decenni; in particolare, l'aumento di famiglie unipersonali e di coppie senza figli deve essere ricondotto da un lato all'allungamento delle aspettative di vita, dall'altro alla concentrazione della fase riproduttiva della coppia in un periodo di vita più maturo (e breve).

2.4

Saperi codificati e conoscenze tacite

Guardando agli ultimi decenni, si evidenzia un progressivo aumento dei livelli d'istruzione della popolazione italiana. In una prima fase, individuabile tra il dopoguerra e gli anni Novanta, l'aumento della scolarità presenta una forte componente generazionale e di genere: i nati negli anni Sessanta, Settanta e nei primi anni Ottanta hanno investito in maniera considerevole nel percorso di scolarizzazione e una più ampia opportunità di accesso a livelli di istruzione medio-alti si è per la prima volta presentata per le donne, fino a registrarne il sorpasso sugli uomini nel conseguimento dei più alti titoli di studio (diploma e laurea). Nella seconda fase – iniziata con il nuovo millennio, tuttora in corso e segnata da un ulteriore aumento di popolazione scolarizzata – le principali tendenze individuate sono due: il

16. Dati frutto di rielaborazioni a partire dal rapporto ISTAT (2005).

decesso delle coorti più anziane e meno istruite, che si va a combinare con la propensione delle nuove coorti a compiere percorsi scolastici sempre più completi, fino a raggiungere i più alti titoli di studio¹⁷.

Gli ultimi elementi censuari raccolti, riferiti alla popolazione residente con più di 15 anni di età, permettono di ricostruire per la Toscana un quadro dei livelli di istruzione per l'anno 2012 così articolato: 24,5% con nessun titolo o licenza elementare; 31% con licenza media inferiore; 32,2% con diploma triennale o quinquennale; 14,4% con laurea o più alti titoli di studio¹⁸.

Spostando l'attenzione su Firenze, gli ultimi dati dettagliati disponibili¹⁹ per il solo comune riflettono livelli di scolarizzazione più alti rispetto alla media regionale soprattutto per quanto riguarda i laureati, che con il 14,8% doppiano il dato della regione; i diplomati si attestano su un 29,3%; il 25,4% ha conseguito la licenza media inferiore e il 23,9% la licenza elementare; solo il 6,1% dei residenti è privo di titolo di studio e solo lo 0,5% (1.688 residenti) non è in grado di leggere né scrivere: di questi rispettivamente il 35,7% e il 52% sono rappresentati da over 65.

Scendendo nel dettaglio delle aree elementari: a Sorgane-Cinque Vie, su un totale di 3.136 residenti con età maggiore di 6 anni, i laureati arrivano al 5,9%, i diplomati al 20%, mentre il 27% dei residenti ha conseguito la licenza media inferiore o il titolo di scuola di avviamento professionale; la percentuale più consistente però, il 36,3%, è quella di coloro che hanno la sola licenza elementare; inoltre un 8,8% non dichiara nessun titolo ma è in grado di leggere e scrivere, l'1,3% (40 residenti) risulta essere analfabeta: di

17. Tuttavia, l'attuale quadro relativo alle competenze alfabetiche (*literacy*) e matematiche (*numeracy*) tra la popolazione adulta italiana con età compresa tra i 16 e i 65 anni presenta criticità preoccupanti. Come messo in luce dalle prime evidenze empiriche emerse dall'indagine OECD PIAAC (*Programme for the International Assessment of Adult Competencies*), realizzata in Italia da ISFOL, il nostro paese – pur riducendo la distanza dagli altri paesi OECD e presentando anche trend positivi tra cui la tendenza al miglioramento dei livelli di competenza del segmento femminile – si colloca all'ultimo posto della graduatoria nelle competenze alfabetiche e risulta penultimo nelle competenze matematiche (ISFOL, 2013).

18. Sempre relativamente al territorio regionale, il censimento 2001, con riferimento alla popolazione residente di età superiore ai 6 anni, individuava in Toscana ancora uno 0,8% di analfabeti e un 8,8% di alfabeti privi di titolo di studio; il resto della popolazione si redistribuiva tra un 28,9% con licenza elementare, un 28,6% con licenza media inferiore, un 25,4% con diploma e infine un 7,6% con laurea o più alti titoli di studio (dati ISTAT).

19. I dati riguardanti livello di istruzione e analfabetismo per il comune di Firenze, e più in dettaglio per quartieri e aree elementari della città, sono ripresi dal censimento 2001 e da elaborazioni e risultanze successive (Comune di Firenze, 2003; ISTAT, 2005). La scelta di fare comunque riferimento a tali fonti nasce dalla necessità di completare e arricchire anche in termini quantitativi gli elementi utili per l'analisi di fenomeni di lungo periodo relativi ai livelli di istruzione e alle risorse culturali disponibili.

queste ultime due categorie rispettivamente il 55,2 e il 55% sono adulti over 65. Diversamente, nelle aree Donatello e Libertà-Savonarola (aggregando i dati delle due AE) su un totale di 8.258 residenti in età di 6 anni e più, i laureati rappresentano ben il 32%, i diplomati il 32,4%, coloro che hanno conseguito la licenza media inferiore o il titolo di scuola di avviamento professionale il 18,7%, la sola licenza elementare è posseduta dal 12,1%, gli alfabeti senza nessun titolo di studio sono il 4,5%, e infine gli analfabeti lo 0,3%: di nuovo, di queste ultime due categorie rispettivamente il 23,8 e il 41% sono adulti over 65.

Questi dati aiutano a inquadrare meglio i profili socio-culturali delle due aree. Sulla scorta di una consolidata lettura sul tema del capitale culturale e sulla sua strategicità nei percorsi di mobilità sociale (a partire da Bourdieu, 1979), è infatti possibile affermare che la rilevante presenza di individui in possesso di conoscenze e competenze di alto livello abbia ripercussioni positive anche su altre risorse e su più sfere di vita. A Sorgane, dove il livello medio di istruzione risulta particolarmente basso e le risorse in termini di capitale umano modeste, le ripercussioni sono negative, e su vari fronti. Innanzitutto a livello personale: con la concomitanza di percorsi lavorativi meno appetibili, meno remunerati e meno stabili e protetti (e con un maggiore rischio di esclusione prematura dal mercato del lavoro), i singoli individui vedono ben presto venir meno i principali veicoli di autorealizzazione e chiudersi le possibilità di mobilità sociale; si ritrovano inoltre sprovvisti dei principali strumenti di protezione dalle povertà e privi di due risorse cruciali (il capitale culturale unito al capitale economico) per proteggersi consapevolmente da abitudini insalubri e comportamenti a rischio. A livello collettivo, poi, il basso grado d'istruzione della popolazione residente, combinandosi con situazioni abitative legate alle dinamiche dell'edilizia popolare, con la scarsa dotazione infrastrutturale e con tempi di lavoro e di riposo per molti legati al pendolarismo, rappresenta un ulteriore elemento di rischio nella costruzione di efficaci processi di trasmissione del sapere, nella ulteriore dispersione di risorse umane ed economiche, nella perdita di coesione sociale e nella fragilità delle reti relazionali. In ultima analisi, le limitate risorse in termini di capitale culturale oggi rappresentano uno degli elementi che più concorrono ad aggravare la situazione di debolezza e di criticità del quartiere. Lo svantaggio individuale in termini di capitale culturale, con le conseguenti dinamiche di depauperamento sia materiale sia relazionale, si trasforma infatti facilmente in un potente amplificatore di disuguaglianze sociali. A differenza di quanto rilevato a Sorgane, e in modo quasi speculare, nella zona Donatello-Libertà-Savonarola l'alta percentuale di diplomati (più del 60% dei residenti) e di laureati (32% dei residenti) – cui si accompagna una percentuale bassissima

di senza titolo di studio e analfabeti – offre già da sola un significativo indicatore del profilo socio-economico del quartiere. E anche per il restante terzo di residenti che ha conseguito un titolo di studio inferiore al diploma ma che comunque proviene e/o è inserito in un background culturale “vantaggioso”, entrano plausibilmente in gioco – a Firenze come nel resto del paese – dinamiche virtuose di protezione e di beneficio capaci di mitigare significativamente le possibili conseguenze derivanti dall’elemento puntuale “titolo di studio conseguito” (ISFOL, 2013).

2.5

Lavori e rendite: il capitale economico

Le trasformazioni demografiche sopra descritte, e insieme ad esse le principali tendenze di fondo della sfera economico-produttiva e del mercato del lavoro, esprimono i loro effetti anche sulla sfera dei redditi e dell’occupazione. Dalla seconda metà degli anni Novanta fino al delinearsi dell’attuale crisi economica, in Toscana come nel resto del paese l’occupazione ha conosciuto una lunga fase espansiva, anche perché favorita da una stagione di moderazione salariale e da interventi di riforma del mercato del lavoro finalizzati ad aumentarne la flessibilità. A partire dal 2000 però la crescita economica rallenta vistosamente, fino ad arrivare nel 2007 alla decrescita (in percentuale di circa – 2%) del PIL reale e a un sensibile decremento del numero dei nuovi occupati, con implicazioni che arrivano ben presto a toccare i redditi e i consumi (IRPET, 2010). La riduzione dei consumi, in particolare, si lega a una concomitanza di fattori: da un lato alla necessità per molti di ridurre il proprio tenore di vita, da ricondursi alla decelerazione dei redditi, a sua volta direttamente collegata alla flessione dei livelli di produttività del sistema economico registrata negli ultimi anni; dall’altro lato all’allungamento della durata della vita media che, soprattutto se associata a un non commisurato allungamento della vita lavorativa e alle crescenti incertezze sull’effettivo valore delle risorse pensionistiche, rafforza le tendenze di contenimento e/o diminuzione di spese e consumi.

Per quanto riguarda l’occupazione, i processi di fondo che emergono dalle più recenti collezioni di dati e analisi sul mercato del lavoro in Toscana sono riassumibili nei seguenti tre punti: un aumento della forza lavoro, accompagnata però da una marcata crescita della disoccupazione; una tenuta occupazionale di tipo “difensivo” e di sostanziale chiusura, con un mancato rinnovamento nelle posizioni più tradizionali e garantite e la parallela diffusione di contratti a tempo determinato e/o atipici; il ricorso

sempre più frequente – là dove possibile – alla cassa integrazione e/o a forme di lavoro sommerso.

Dati e analisi evidenziano come la crisi economica a partire dal 2008 abbia comportato un deterioramento della qualità complessiva dell'occupazione, testimoniato sia dalla crescita delle componenti involontarie all'interno del lavoro part-time e temporaneo, sia dall'inasprimento del fenomeno del sottoinquadramento rispetto al titolo di studio, e come la stessa stia trasformando il mercato del lavoro italiano anche in termini di forte ascesa della disoccupazione giovanile e di concentrazione della forza lavoro straniera nei settori più colpiti dalla recessione (IRPET, 2012, p. 5).

Si prospetta dunque, e sempre più chiaramente, una polarizzazione crescente della forza lavoro tra segmenti più tutelati e sicuri e segmenti non garantiti e coscienti della propria instabilità, dove si collocano lavoratori meno specializzati – di genere femminile così come di genere maschile – imprigionati in settori di mercato del lavoro dai tempi di occupazione a breve termine cui si alternano sistematicamente lunghi e non tutelati periodi di disoccupazione (Pescarolo, 2004; Vannoni, 2009).

La precarietà della condizione lavorativa esercita il suo impatto negativo anche in termini di salute, e lo fa con più forza proprio tra i lavoratori con minori credenziali educative e di *know-how*. Disponendo infatti di più scarse *chances* di acquisire o mantenere la competenza necessaria per assicurarsi la stabilità occupazionale in un mondo di rapidi cambiamenti tecnologici ed economici ed essendo maggiormente sottoposti alle pressioni che spingono fuori dal mercato del lavoro, i lavoratori privi di specializzazione sono quelli più esposti al rischio di licenziamento e quindi agli effetti negativi che il disagio non solo psicologico di una posizione lavorativa incerta determina sul loro capitale di salute²⁰.

Il contesto di crisi e le criticità del mercato del lavoro incidono negativamente anche su capacità di risparmio e redditi. A livello nazionale, nel 2011

20. La portata di questa relazione negativa si comprende ancor più chiaramente seguendo l'ormai noto schema esplicativo proposto da Siegrist (1996). Secondo il modello *effort-reward imbalance*, infatti, è possibile individuare nello squilibrio tra sforzi (*efforts*) e ricompense (*rewards*) sotto forma di denaro, di stima e/o di opportunità di carriera (includendovi anche la stessa sicurezza del lavoro) fonti di stress tali da compromettere il benessere psicofisico. Poiché gli squilibri tra sforzi e ricompense in ambito lavorativo sono da tempo sempre più chiaramente associati, sia nella letteratura sociologica che in quella epidemiologica, a un maggior rischio di patologie cardiovascolari e di disagi psichici, oltre che a un peggior livello di salute percepita (Marmot, 2004), ben si comprende la portata e la criticità delle situazioni di grave o prolungata difficoltà in termini di risorse materiali e/o relazionali, sia che esse si manifestino a livello individuale sia che siano vissute e percepite a livello collettivo. In altre parole, tanto i problemi, le frustrazioni e gli stati di indigenza in ambito lavorativo e/o familiare quanto la crisi si pagano anche in termini di salute.

il 60% delle famiglie ha dovuto far ricorso al proprio patrimonio per effettuare spese di ordinaria amministrazione, il 37% dei nuclei familiari non è riuscito a risparmiare, mentre per il 39% il risparmio non è andato oltre il 5% del reddito. Quasi una famiglia su due (48%) ha ridotto la quota di denaro messa da parte (Unioncamere, 2012). A partire dal biennio 2009-10 i redditi sono complessivamente aumentati meno di quanto siano cresciuti i prezzi al consumo, comportando di conseguenza una riduzione della capacità di spesa quotidiana. A peggiorare il quadro già serio contribuisce la presenza (rilevante e in aumento) di sperequazioni: su più fronti l'Italia si va a collocare nella parte meno virtuosa della classifica dei paesi OECD. Il dato sulla differenza di reddito, per l'anno 2011 vicino allo 0,45 (nel *range* 1-0 previsto dall'Indice di Gini), è infatti segno e insieme risultato di ben altre disuguaglianze "attive" nel paese, che non si evidenziano solo secondo confini e asimmetrie territoriali e geografiche²¹, ma seguono, rendono più profonde, ridefiniscono appartenenze e differenze di classe e di ceto (OECD, 2011a e 2011b).

2.6

Andamenti e profili dello stato di salute

Poiché «una vita lunga e in buona salute è alla base della produttività e dello sviluppo» e «abbassamento della mortalità e migliore salute hanno rinforzato non solo le capacità e il benessere fisico e psichico dei singoli, ma anche le strutture familiari, la rete delle amicizie e dei rapporti sociali, le relazioni tra soggetti e partner economici, in passato lacerati dalla morte» (Livi Bacci, 2010, p. 11), è importante andare a guardare non solo il dato sintetico della speranza di vita alla nascita, indicato dal numero di anni che ci si attende possa vivere in media ciascun individuo, ma anche lo stato di salute e le condizioni psicofisiche con le quali compirà la sua traiettoria di vita²².

21. Disuguaglianze geografiche che, peraltro, vedono la Toscana, e in particolare la città di Firenze, ricoprire posizioni privilegiate: rispetto alla stima media nazionale del reddito disponibile *pro capite* per l'anno 2010, pari a 17.029 euro, la Toscana si posizionava sopra la media nazionale per più di 2.400 euro, raggiungendo i 19.501 euro, e Firenze, con 22.054 euro, raggiungeva il quarto posto tra le province italiane. Ulteriori indicazioni sulle più recenti tendenze in regione sono poi fornite dall'Osservatorio di Findomestic Banca: nella diciottesima edizione del *Rapporto sul consumo di beni durevoli in Toscana*, pubblicata a gennaio 2012, si è registrata per l'anno 2011 una crescita dell'1,9% del reddito *pro capite* rispetto ai 19.879 euro del 2010: risultato di nuovo superiore alla media italiana di 17.838 euro. Quanto a Firenze, si conferma prima a livello regionale tra le province per reddito *pro capite* (23.028 euro) anche nel 2011.

22. Pur non essendo stato possibile dedicare adeguato spazio alla questione delle differenze epidemiologiche di genere e delle possibili disuguaglianze (di genere, ma non solo) ad

Partendo dalla prima questione (cfr. PAR. 2.2): seguendo le previsioni demografiche di medio periodo dell'ISTAT, predisposte utilizzando il cosiddetto modello per componenti (*cohort component model*), è possibile stimare una popolazione di 61,3 milioni di residenti nell'Italia del 2065, risultato congiunto di una dinamica naturale negativa per 11,5 milioni di abitanti (28,5 milioni di nascite contro 40 milioni di decessi) e di una dinamica migratoria positiva per 12 milioni di nuovi "acquisiti" (17,9 milioni di ingressi contro 5,9 milioni di uscite). L'invecchiamento della popolazione italiana è destinato a un ulteriore graduale aumento. Si stima che l'età media nazionale, raggiunti i 43,5 anni nel 2011, arriverà a toccare i 49,8 anni nel 2059, per poi stabilizzarsi sul valore di 49,7 anni, segno del presumibile compimento di tale andamento. Particolarmente accentuato continuerà a essere l'aumento del numero di anziani: gli ultrasessantacinquenni, oggi pari a circa il 20% del totale della popolazione, supereranno (e vi si assesteranno per tutto il decennio successivo) quota 32% a partire dal 2043²³.

Riguardo alla seconda questione, è da notare come il processo di riduzione della mortalità avvenuto nel corso del XX secolo in Europa (e in Italia) sia stato sostenuto da altri due importanti mutamenti: la *transizione epidemiologica* e la *transizione sanitaria*. La prima indica la trasformazione a lungo termine del quadro generale delle principali cause di morte e vede il passaggio da una situazione di prevalenza delle malattie infettive a patologie croniche e degenerative. La seconda indica – in senso più lato – gli effetti di tutti i mutamenti e metodi²⁴ vissuti e/o attuati dalle diverse società

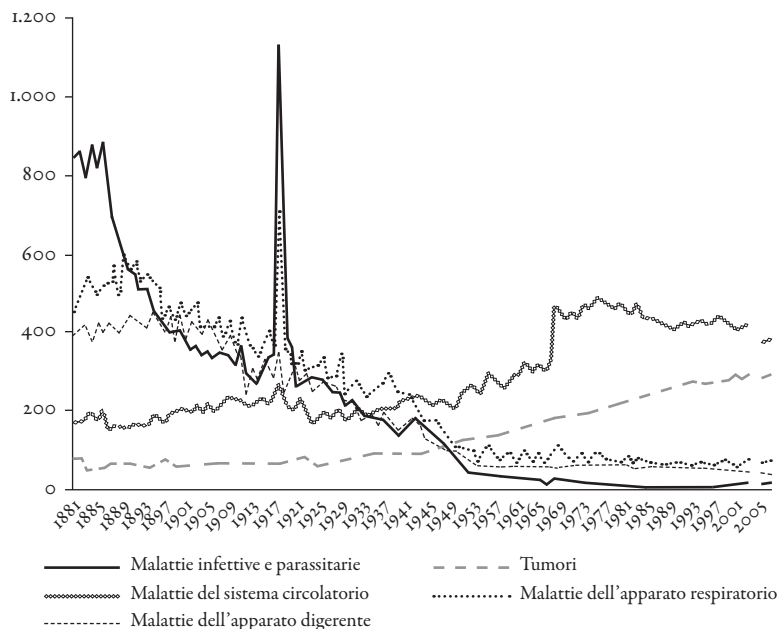
esse correlate, si è consapevoli della centralità di tale interrogativo. La sfida – ancora in buona parte da raccogliere, nonostante un recente rinnovato interesse tra gli altri della stessa Regione Toscana, che dal 2011 ha istituito un'apposita Commissione per la medicina di genere e ancora più recentemente ha inserito il tema tra le sette azioni prioritarie della programmazione per il 2014 – resta quella di andare oltre lo studio della diffusione degli esiti più o meno infausti delle diverse patologie e delle loro conseguenze sociali (invalidità, necessità di cure, costi sanitari ecc.) secondo una differenza biologica di sesso, spingendosi a una rilettura d'insieme dell'esposizione e della propensione a comportamenti a rischio in chiave di genere.

23. Le previsioni demografiche cui si è fatto riferimento sono disponibili per genere, tipo di scenario, cittadinanza (residenti in totale, residenti stranieri) per tutti gli anni di previsione e per singola regione sul *datawarehouse* dell'ISTAT (<http://dati.istat.it>), oltre che sul sito tematico <http://demo.istat.it>.

24. Mutamenti e metodi riassumibili in: *a*) il miglioramento del tenore di vita, a partire dalla quantità, varietà e qualità dell'alimentazione (conseguenti alle trasformazioni e allo sviluppo economico); *b*) i progressi compiuti dalla biologia e dalla medicina, che hanno sia svelato i meccanismi di trasmissione delle principali malattie infettive, consentendo forme di difesa individuale o collettiva, sia messo a punto strumenti preventivi e terapeutici sempre più efficaci; *c*) l'innalzamento del livello di istruzione medio e i mutamenti culturali e degli

FIGURA 2.3

Morti per alcuni gruppi di cause, 1881-2007 (tassi grezzi per 100.000 abitanti)



Fonte: 1881-1928, dati del ministero di Agricoltura, industria e commercio; dal 1929, dati ISTAT.

per contrastare le malattie e i loro esiti mortali, effetti che hanno dunque interagito e contribuito alla trasformazione del quadro nosologico.

Tutto ciò ha comportato anche per l'Italia una profonda trasformazione della diffusione e distribuzione delle malattie: come rappresentato anche nel grafico sopra riportato (FIG. 2.3), le principali cause di morte sono oggi²⁵ imputabili nel 48,3% dei casi a malattie del sistema circolatorio, dell'apparato respiratorio e dell'apparato digerente (che rispettivamente rappresentano il 37,7, il 6,6 e il 4% delle cause di morte), nel 29,7% a tumori e solo nell'1,8% dei casi a malattie infettive e parassitarie. Anche la mortalità infantile e quella neonatale presentano oggi in Italia valori inferiori al tasso medio europeo (Eu 25) di 4,3 decessi su 1.000 nati per il 2009, dopo un periodo – non troppo lontano nel tempo – in cui proprio su questo indicatore

stili di vita, che hanno reso possibile e più rapida la diffusione delle conoscenze e delle norme igienico-sanitarie più rilevanti per la salute individuale.

25. Dati ISTAT riferiti all'anno 2011.

l'Italia registrava una posizione di svantaggio e maggiore rischio rispetto agli altri paesi comunitari²⁶.

Nel comune di Firenze, l'ultimo dato disponibile è quello relativo al 2011 e, in linea con gli anni precedenti, riporta un numero di 4.490 decessi sul totale della popolazione residente (Osservatorio SDS di Firenze, 2014). Guardando al dato assoluto per tutte le età²⁷ e per entrambi i generi, le prime cause di morte sono rappresentate dalle malattie circolatorie (36,1%) e dai tumori (28,9%), cui seguono le malattie del sistema respiratorio (9,6%), le malattie del sistema nervoso (4,8), i traumatismi (3,8%) e le malattie dell'apparato digerente (4,3%): nel complesso è dunque a queste sei affezioni che è imputabile l'87,5% dei decessi totali (ivi, p. 25).

L'analisi della distribuzione delle cause di ricovero rivela però uno scenario molto più articolato della frequenza delle diverse forme morbose. Le sei affezioni più rilevanti in termini di mortalità rappresentano circa la metà dei ricoveri, mentre sono responsabili di una quota importante di accessi in ospedale anche altre malattie meno significative in termini di mortalità, quali le problematiche legate alla gravidanza e al parto, le malattie del sistema osteomuscolare e le malattie dell'apparato genito-urinario (Osservatorio SDS di Firenze, 2010, pp. 27-8). Numerose risultano le patologie che, pur essendo solo raramente causa di decesso data la loro minore gravità clinica, possono comunque avere importanti implicazioni in termini di compromissione dello stato di salute, di cronicità, di complessità dell'iter di cura, passando appunto anche per la tappa dell'ospedalizzazione.

Oltre alle trasformazioni demografiche ed epidemiologiche, anche il processo di aziendalizzazione del Sistema sanitario nazionale (SSN) ha portato a una diversa fruibilità dei servizi, tra cui quello che tradizionalmente viene utilizzato come indicatore di profilo di salute: il ricovero ospedaliero. I dati diffusi dall'Osservatorio della Società della salute di Firenze testimoniano come nell'arco di un decennio, tra il 2001 e il 2011, il tasso di primo ricovero maschile abbia registrato una flessione del 23,9%, scendendo da 137,2 a 104,5 ricoveri ogni 1.000 residenti; quello femminile è a sua volta passato

26. I dati a disposizione confermano il trend di decrescita. Il WHO riporta una diminuzione di questi fenomeni di due terzi tra il 1980 e il 2001; dati Eurostat e ISTAT confermano la tendenza, mostrando più puntualmente come il tasso di mortalità infantile in Italia passi dal 14,4 del 1980 all'8,2 del 1990, al 3,8 del 2007, al 3,4 del 2010, ultimo dato reperito.

27. I dati più recenti disponibili, frutto di rielaborazioni dal Registro di mortalità regionale, resi noti dall'Osservatorio della Società della salute di Firenze, indicano quale prima causa di morte prematura nella prima età adulta – tra i 20 e i 34 anni – i traumatismi e gli avvelenamenti (47,5%). Tra i 35 e i 54 anni e tra i 55 e i 64 anni sono invece i tumori i primi responsabili di decesso, rispettivamente con il 45,7% e il 60,4% (Osservatorio SDS di Firenze, 2014, pp. 25-6).

da 145,4 a 115,9 ricoveri, segnando un $- 20,3\%$ (Osservatorio SDS di Firenze, 2014). Tale riduzione è dunque da leggersi anche alla luce della ridefinizione dei meccanismi contabili in materia di spesa sanitaria, in atto da oltre un decennio sia a livello nazionale sia a livello regionale; trasformazione che ha spinto le aziende sanitarie a riorientarsi verso un indirizzo di bilancio tipicamente imprenditoriale e al rinnovamento e alla reingegnerizzazione del sistema. In concreto ciò si traduce nel riconoscere sempre più chiaramente l'inefficacia, tanto a livello di spesa quanto di cura, dell'applicazione del tradizionale paradigma assistenziale, nato per far fronte alle affezioni acute ma oggi nella necessità di rispondere sempre più frequentemente a malattie croniche. Nel passaggio da una dinamica tradizionale "evento-attesa-intervento" a una incardinata sul principio della continuità della cura, l'assistenza erogata dall'SSN punta anche e sempre di più sulla prevenzione e l'informazione e si pone l'obiettivo di diventare "primaria" e "orientata verso la comunità". Al tradizionale percorso che vedeva il paziente ricorrere alla struttura sanitaria solo dopo il conclamarsi della patologia o dell'evento acuto, si va dunque gradualmente sostituendo un modello che impone di prestare maggiore attenzione al contesto sociale, di investire maggiori risorse negli interventi di prevenzione e monitoraggio, di rilanciare o rafforzare la cooperazione con le altre risorse o istituzioni disponibili per il singolo e/o le comunità (dalle associazioni di volontariato, ai gruppi di auto-aiuto, dai Comuni alle Regioni ecc.)²⁸.

In conclusione, le trasformazioni di fondo e i dati aggregati più noti e diffusi, e per certi aspetti rassicuranti, si prestano a una lettura anche da un'altra prospettiva. Le analisi portate avanti per diversi anni dallo Studio longitudinale toscano²⁹ incrociando le variabili con maggiore sensibilità e

28. Le nuove complesse sfide cui è sottoposto l'SSN non sono immediatamente risolvibili e, soprattutto quando si scontrano con visioni e approcci poco flessibili e poco sensibili alla presa in carico degli importanti mutamenti in atto, possono portare a veri e propri paradossi, come ben illustrato in un recente articolo di Maciocco e Dei (2011, p. 189): «Mentre da una parte una monumentale mole di evidenze scientifiche e di autorevoli indirizzi di politica sanitaria (tra cui ultimo il Rapporto 2008 dell'OMS *Primary Health Care: Now More Than Ever*) indica chiaramente che la chiave per affrontare i problemi della salute della popolazione nel terzo millennio è quella di un deciso rafforzamento delle cure primarie e dei servizi territoriali [...], dall'altra tutte le (poche) risorse disponibili assegnate alla sanità sono investite nel potenziamento tecnologico e infrastrutturale del settore ospedaliero. Per invertire questa tendenza è necessaria una rivoluzione "culturale", prima ancora che organizzativa, che inietti nell'attuale (arcaica, inefficiente e, quindi, poco "attraente") sanità distrettuale potenti dosi di innovazione nei modelli assistenziali e nella gestione dei servizi».

29. Lo Studio longitudinale toscano è stato promosso dalla Regione Toscana, coordinato dal Settore Statistica in collaborazione con l'Università di Firenze, l'azienda sanitaria di Firenze, il Centro per lo studio e la prevenzione oncologica - Istituto scientifico regionale e i

attenzione per quello che è il contesto sociale di cui sono espressione, hanno permesso di tracciare un profilo delle condizioni di salute di Firenze più complesso e ricco di chiaroscuri. Da un lato infatti anche il capoluogo toscano non è esente da un “effetto disuguaglianza sociale” sui tassi di mortalità; dall’altro lato, mostrando l’ampia correlazione fra condizioni socio-economiche, tasso di ricovero e frequenza della patologia (nella misura in cui essa viene rappresentata dalla mortalità differenziale per causa), se ne mette in luce la sostanziale corrispondenza tra bisogno e utilizzo del sistema ospedaliero³⁰. Questo perché la tradizionale strategia di intervento tesa a contrastare l’insorgenza e a mitigare le disuguaglianze sociali nella salute ha avuto un effetto nel cercare di garantire che le risorse in termini di personale, ospedali e ambulatori fossero ripartite proporzionalmente al bisogno, quindi più secondo criteri di equità che di “uniformità” del servizio.

Comuni di Livorno e Firenze, e ha permesso di quantificare e documentare l’evoluzione delle disuguaglianze nella salute in Toscana raccogliendo informazioni dalle coorti censuarie di Livorno (1981 e 1991) e Firenze (1991), dal Registro regionale di mortalità (1987-99) e dagli archivi censuari a partire dal 1961.

30. Da questi e da altri dati e analisi si ha la conferma della presenza sia di disuguaglianze socio-economiche di mortalità, sia di disuguaglianze socio-economiche dei tassi di ricovero. Lo scenario ricostruito è quello di un «forte differenziale sociale di bisogno assistenziale al quale il sistema sanitario toscano, e fiorentino in particolare», sembrava «rispondere secondo il principio di equità, e cioè dare di più a chi più necessita» (AA.VV., 2004). A fronte dunque di rischi di malattia non equidistribuiti, lo Studio longitudinale toscano ha posto in evidenza una forte corrispondenza tra bisogno (espresso dall’indicatore mortalità) e assistenza ricevuta (espressa dall’indicatore ricovero). Un esempio: gli individui di sesso maschile con un titolo di studio basso (pari al massimo alla scuola dell’obbligo) vanno a costituire il 63,5% delle morti attese e il 63,5% dei ricoveri attesi, contro i 57,8% che – a parità di composizione per età – sarebbe atteso sulla base di una eguale distribuzione del rischio di malattia.

Dentro i quartieri

Prima di affrontare l'analisi del materiale qualitativo raccolto, sarà utile richiamare rapidamente quei punti essenziali sui quali si è fino a qui strutturato il discorso sul tema delle disuguaglianze sociali e della salute a Firenze, e sui quali si articoleranno i paragrafi successivi.

La forte e ormai perdurante crisi economica, politica e di fiducia attraversata dal paese induce a concentrare attenzioni e sforzi sulla contingenza per far fronte ai rischi più immediati, quando sarebbe invece di estrema importanza non perdere di vista come le disuguaglianze più profonde, più radicate e resistenti agli interventi delle politiche, di difficile risoluzione e con effetti più incisivi sugli stili di vita e sulla salute siano il portato di dinamiche complesse e di medio-lungo periodo. È già stato detto come siano le risorse economiche, culturali e sociali di cui l'individuo dispone a giocare un ruolo importante nelle dinamiche di cumulazione degli svantaggi che lo coinvolgono. Ma è altrettanto chiaro come queste risorse individualmente gestite non dipendano esclusivamente da capacità e volontà del singolo. Cercando di tenere insieme chiarezza esplicativa e adeguato grado di complessità – così da rendere leggibili quanto più possibile le interazioni e le dinamiche agenti tra le numerose dimensioni e variabili chiamate in gioco quando si parla di effetti sulla salute – si propone il seguente passaggio.

A partire dalle variabili già chiamate in causa all'inizio di questo percorso e rappresentate in un primo schema di riferimento (FIG. 3.1), si propone un secondo schema più articolato e complesso.

In FIG. 3.2 sono rappresentate – tenendole insieme – tanto la dimensione individuale quanto quella sociale e di contesto, senza tralasciare i classici indicatori di inclusione sociale (benessere socio-economico; ricchezza delle reti sociali; possibilità di accedere ad aiuti informali e a risorse di cura), che da un lato ben rappresentano la compenetrazione di dimensioni micro e macro, dall'altro si sono rivelati elementi cruciali nel mantenimento di un buono stato di salute e nei passaggi tra “stare bene” e “stare male”.

FIGURA 3.1

Dinamica di interrelazione tra risorse individuali acquisite e condizioni di salute

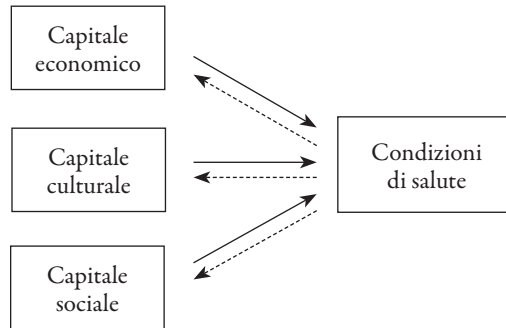
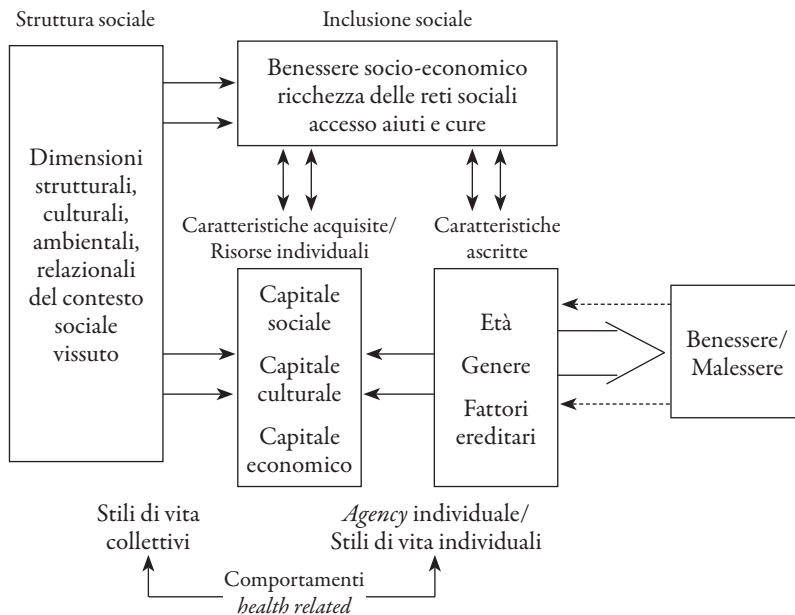


FIGURA 3.2

Dinamiche di potenziamento/depotenziamento delle risorse collettive e individuali con ricadute sulle condizioni di salute



Nella scelta delle ipotesi da privilegiare si è deliberatamente tralasciato di considerare, pur senza sottovalutarlo, il peso degli elementi biologici sullo stato di salute, concentrando invece l'attenzione sulle variazioni imputabili

li a precisi processi sociali e i cui profili risultavano fortemente influenzati dalle specifiche modalità organizzative della società di riferimento, locale o nazionale che fosse. Partendo dalla prima semplice relazione che la letteratura di settore ha da tempo verificato senza incertezze – cioè che più si scende nella scala sociale ed economica, più aumentano i tassi di morbilità e di mortalità – si è arrivati alla formulazione di un'ipotesi, pur di non semplice verificabilità, che individuava una esplicita relazione di forte influenza tra disuguaglianze sociali e stato di salute. Nella prima fase si sono indagate le disparità oggettive e sistematiche di possesso di risorse sociali, economiche e culturali, e la capacità o incapacità di utilizzarle per preservare o massimizzare il proprio stato di salute. Particolare attenzione è stata prestata al valutare gli aspetti di circolarità e mutua influenza – troppo spesso omessi o trascurati – e al tenere insieme individuo e società, micro e macro, tempo e spazio, senza stabilire priorità o direzioni di influenza. Ciò ha permesso: *a*) di fare riferimento anche a prospettive poco coltivate, almeno in gran parte della letteratura, relative alle capacità di condizionamento esercitato dallo stato di salute, in particolare nel favorire o ostacolare i processi di mobilità sociale, quindi nel determinare le stesse differenze di posizione sociale; *b*) di non sottovalutare le logiche a effetto perverso di quelle disuguaglianze sociali che ostacolando l'accesso ai servizi essenziali (magari pensati per fronteggiare le stesse) ne neutralizzano la valenza positiva; *c*) infine, di prendere in esame e valutare le dimensioni spaziali e temporali del problema (quando possibile congiuntamente) considerando i luoghi di vita degli individui nello svolgersi diacronico delle relazioni sociali, aiutati in questo soprattutto dai risultati della ricerca empirica appositamente progettata e condotta.

Le variabili chiave, intorno alle quali si è costruito il percorso di indagine – come da un punto di vista più strettamente metodologico/operativo è già stato spiegato in precedenza – sono, oltre al genere, la fascia di età e il quartiere di residenza.

Il genere perché nelle fasi preliminari della ricerca l'ipotesi che si è venuta via via sempre meglio delineando è che il sistema di relazioni intercorrenti tra salute e risorse economiche, risorse culturali e risorse relazionali si struttura in modo diverso (e con sviluppi non trascurabili) anche in base al genere: un'appartenenza assai forte, in base alla quale si redistribuiscono in modo molto spesso differente e troppo spesso diseguale le risorse materiali e simboliche e il peso del lavoro di cura. La lettura di genere ha pertanto fornito una impostazione centrale sia nella produzione del materiale qualitativo sia nella sua interpretazione. Compiuta in concomitanza di valutazione delle altre variabili osservate, ha infatti permesso di completare e raffinare la ricostruzione del quadro delle interconnessioni esistenti

tra condizioni di salute e mercato del lavoro, sistema di welfare e famiglia in modo più completo e chiaro e di fornire elementi rilevanti per una più mirata formulazione di richieste e/o di interventi.

L'età è una variabile chiave perché le condizioni di benessere e malessere nell'età matura e poi nell'età anziana sono l'esito dell'accumulo di svantaggi e di vantaggi che hanno caratterizzato e segnato le fasi di vita precedenti. Ed è proprio dalle narrazioni di chi ha già intrapreso questo percorso che è possibile individuare gli eventi più significativi e capaci di marcare i passaggi tra le varie età (pensionamento, mutamenti del nucleo familiare conseguenti all'uscita di casa dei figli, vedovanza, compromissione e/o perdita di autonomia fisica); rendersi meglio conto di quali e quante siano state e siano attualmente le risorse a disposizione; con quali modalità e impatto abbiano agito e agiscano le pressioni e i condizionamenti degli ambienti esterni (di lavoro, di quartiere, di ambito amicale e familiare) nel corso degli anni; come tutti questi processi abbiano condizionato *chances* e itinerari, anche per ciò che riguarda stili di vita individuali, sensibilità ai temi della salute, cura di sé.

Il quartiere, infine, conta perché ricostruire il mondo sociale del soggetto, a partire dall'attività dell'abitare, così come vissuto e percepito dai suoi residenti offre la non facilmente praticabile occasione di osservare in un'unica soluzione l'interazione di risorse diverse, singolarmente importanti, ma i cui effetti, in particolare quelli sulla salute, si colgono meglio solo considerandone le sinergie ma anche i freni reciproci.

3.1

Realtà e prospettive di genere ed età

L'esperienza della vecchiaia – ora come nel passato – si struttura e prende forma sia a seguito di (ineluttabili) processi naturali e fisiologici sia come risultato di processi talvolta perversi di costruzione sociale¹. L'essere anziani e l'essere anziane non è l'esito di una combinazione di stati puntuali e di caratteristiche ascritte e incontrovertibili, ma è piuttosto una condizione di vita ricca di sfumature via via ridisegnata dall'interazione con le differenze di genere e di età, dal loro intrecciarsi, confondersi e – spesso – tramutarsi in disuguaglianze.

Un dato noto da cui partire, in parte già illustrato, è quello relativo all'allungamento dell'aspettativa di vita: tendenza ormai di lungo periodo, che non conosce ad oggi rallentamenti o regressi² e che sta comportando

1. Per un approfondimento sul tema cfr. tra gli altri Johnson (1998); Pugliese (2011).

2. Sarebbe anzi possibile rintracciare in quantità e qualità di vita della generazione dei genitori le condizioni per un ulteriore incremento nella generazione dei figli (Rosina, 2013b).

una ricalibratura e un aggiornamento costante delle soglie anagrafiche usate in passato per delimitare le varie stagioni della vita. Quella di “anziani” è ormai una categoria analitica desueta³, non più ancorata a un’età univoca, e che male ricomprende e definisce i contorni del “mondo policromo” delle donne e degli uomini over 65⁴.

Può essere allora di aiuto considerare più analiticamente le recenti trasformazioni del corso di vita con gli avvenimenti, i punti di svolta, le scansioni e le dinamiche che ad essi si accompagnano. Ciò consente, sulla scia di una vasta letteratura e di molte esperienze di ricerca⁵ (Golini, Rosina, 2011; Vezzuto, 2013), di individuare cinque principali eventi, tra loro interdipendenti, non necessariamente compresenti ma abbastanza frequenti da giustificare il loro uso come criteri identificativi dell’insorgere dell’età anziana: *a)* l’uscita dal mercato del lavoro; *b)* l’uscita dell’ultimo figlio dalla casa d’origine; *c)* la nascita del primo nipote; *d)* la perdita del coniuge; *e)* il peggioramento delle condizioni di salute. Pur andandosi a verificare sempre più avanti nei percorsi di vita degli adulti maturi, uomini e donne, questi eventi si combinano con elementi istituzionali, con variabili di natura collettiva e con fattori di natura biologica, segnando così considerevoli cambiamenti di ruolo e/o di *status*, e strutturano passaggi socialmente rilevanti.

Oltre all’identificazione di una convenzionale soglia di ingresso nell’età anziana, è importante poter operare una distinzione tra *anziani* e *grandi anziani* o *oldest-old*. Usualmente, il discrimine tra le due fasi è quello degli 80 anni, ma più recentemente è stato spostato verso gli 85. Tra la fine di quella lunga fase di vita adulta (dai 40 ai 65 anni appunto) chiamata “maturescenza” (Attias-Donfut, 1991) e la grande vecchiaia – secondo le più aggiornate classificazioni – oggi si delineano stabilmente altre due fasi della vita: quella dei “giovani anziani”, che dai 65 anni arriva ai 75, e quella propriamente anziana, collocabile tra i 75 e gli 85 anni (Rosina, 2013b)⁶.

3. Più in generale, la scansione tripartita delle età – età della formazione, età del lavoro ed età della pensione, o della inattività –, affermata con lo sviluppo del modello fordista e con il consolidamento delle moderne società industriali, proprio perché sono venute meno molte delle condizioni strutturali che avevano dato luogo a quel modello, ha perso di efficacia analitica. Nonostante ciò, dal punto di vista istituzionale, sociale e culturale scandisce ancora, talvolta con marcate forzature, l’esistenza della popolazione italiana (Pugliese, 2011, pp. 11-2).

4. Nei paesi economicamente più sviluppati e con una maggiore aspettativa di vita media, il parametro di costruzione di indicatori demografici utili per identificare la “soglia di ingresso nella terza età”, precedentemente fissato a 60 anni, è stato recentemente rivisto e aggiornato a 65 anni.

5. In particolare il riferimento è all’indagine SHARE (*Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*).

6. Una ripartizione parzialmente diversa è quella proposta da Piepoli e Baldassarri (2009, pp. 19-20), che a partire dal riconoscimento di una caratteristica positiva dell’over 65

L'età, oltre a essere una condizione fisica legata a elementi ascritti e di natura più strettamente fisiologica, presenta anche una dimensione di costruzione sociale e si struttura in modo diverso a seconda delle epoche e dei contesti sociali⁷ a partire dai seguenti due elementi: lo *status* attribuito agli anziani (risorsa, problema, peso ecc.) e gli atteggiamenti nei loro confronti (rispetto, preoccupazione, insofferenza ecc.). È dunque proprio l'interazione tra costruzione sociale delle età, supporti o lacune del sistema di welfare e divisione sociale del lavoro a partire dal genere ad avere forte impatto sui percorsi di vita nelle loro diverse fasi e – come si vedrà nei casi in esame – sulle condizioni di vita degli over 60, rendendo più o meno plausibile la prospettiva di un invecchiamento inteso come *successful ageing* effettivo.

Sulla scorta di ciò, si è scelto di coinvolgere due coorti di età fortemente significative poste subito prima e poco dopo l'inizio della nuova fase individuata, quella terza età che segna il passaggio tra la vita adulta pienamente attiva e l'età della senescenza e della dipendenza (quarta età): quella dei 60-65 anni perché rappresenta l'ultimo quinquennio della maturescenza e un momento di passaggio significativo e in molti casi cruciale; e quella dei 70-75 anni perché periodo di vita che già dovrebbe essere definito da tante caratteristiche proprie dell'anzianità e comunque anch'esso quinquennio limite tra la prima e la seconda fase di questa età.

Se quella a partire dai 65 anni rappresenta dunque davvero una stagione della vita normalmente interessante e appagante, che si può caratterizzare per una ricchezza di opportunità, non va però dimenticato come ciò sia vero solo per quanti – ancora in buona salute e senza significativi peggioramenti delle condizioni di reddito – siano in grado di cogliere positivamente il liberarsi di tempi e di risorse da impegni di lavoro e genitoriali, e grazie ad adeguate risorse culturali e relazionali ne possano liberamente disporre.

È perciò importante andare a vedere se e come – a Sorgane come nella zona di via Masaccio e piazza Donatello, per gli uomini come per le donne – ciò si verifichi o meno seguendo le cesure della disuguaglianza sociale. Dinamica che porterebbe solo una parte privilegiata della popolazione degli over 60 a godere realmente di ottima o almeno buona salute, di tempo libero, di

per ciascuna particolare fase dell'età anziana, propongono una nuova classificazione in tre fasce distinte: quella dei *seniores* (65-74), che si caratterizzano per la saggezza e il distacco valutativo; quella dei *senili* (75-84), là dove il tempo maggiormente disponibile stimola processi autoriflessivi e uno sguardo più disincantato; infine quella dei *longevi* (over 85), tali certo per predisposizione genetica ma anche per un certo tratto culturale di attaccamento alla vita.

7. Quando relativamente alla vecchiaia e alle persone anziane si riscontrano forme diffuse di pregiudizi, false credenze e stereotipi e quando questi diventano fonte di discriminazioni sociali, si parla di *agisme* (Henrard, 2002).

possibilità di nuove esperienze e di un ampio network sociale, e con un'aspettativa di vita di ancora almeno un quarto di secolo, a fronte di un'altra parte svantaggiata, più esposta ai rischi dell'età, per la quale la pensione presto si traduce in condizione escludente e segregante del "mettersi da parte": una porzione di popolazione, insomma, accomunata ai propri coetanei da poco più che il solo dato anagrafico.

3.2

Condizioni urbane e riflessi sulla salute

Per avere più chiaro come il contesto sociale possa esercitare influenze anche significative sullo stato di salute, è stata analizzata la relazione tra comportamenti *health related*, esposizione al rischio e conoscenza in termini di risultati dell'interazione tra struttura sociale e *agency* individuale. I posti, gli spazi, i contesti – ovvero gli scenari concreti di tali dinamiche di interazione – acquistano quindi grande importanza e ricchezza di significato sia per le loro caratteristiche fisiche e strutturali, sia per il loro significato simbolico, culturale, relazionale⁸. In altre parole, prestando una certa attenzione nel distinguere tra risorse e sistema, l'elemento che emerge con grande evidenza è l'importanza del contesto, anche in senso più propriamente spaziale/territoriale. È, infatti, in base ad esso che determinate risorse relazionali acquistano maggiore o minore importanza e si rivelano più o meno efficaci in relazione agli obbiettivi perseguiti.

Nel cercare di comprendere come le disuguaglianze sociali che affliggono lo stato di salute siano riconducibili anche a un livello di relazione e dunque di capitale sociale disponibile, è opportuno ed euristicamente più proficuo ricomporre i due paradigmi esplicativi che nel corso degli ultimi anni si sono affermati in letteratura, animando un acceso dibattito⁹. È sicuramente

8. Importanza peraltro già messa bene in evidenza da Bourdieu che, a proposito delle differenze ovvero delle «distanze effettive» tra un gruppo sociale e determinati beni e/o risorse, notava come a queste si dovesse aggiungere «la distanza geografica, che dipende a sua volta dalla distribuzione del gruppo nello spazio e, in termini più precisi, dalla sua distribuzione rispetto al punto focale dei valori economici e culturali, cioè [nel caso della Francia] rispetto a Parigi o alle grandi metropoli regionali (sono noti, per esempio, i vincoli in materia di residenza, comportati da certe carriere, in cui l'accesso alla professione [...] o le promozioni sono subordinate ad un esilio più o meno lungo)» (Bourdieu, 1979, p. 127).

9. Il tentativo di ricomposizione tra spiegazioni che guardano alla dimensione *compositional* e spiegazioni che guardano alla dimensione *contextual* è alla base della teoria dello stile di vita collettivo. Per approfondimenti maggiori sulla stessa e sul dibattito relativo cfr. Frohlich, Corin, Potvin (2001).

possibile riconoscere il peso dell'ambito nel quale l'individuo è inserito in termini di effetto di composizione (*compositional*) che attribuisce il livello di salute delle specifiche aree territoriali alle rispettive caratteristiche comuni agli abitanti di un luogo; infatti, persone simili (ad esempio in termini di posizione socio-economica) tendono a occupare spazi territoriali limitrofi e dunque a replicare in un dato contesto dinamiche di svantaggio, o di vantaggio, proprie del loro *status* sociale. Questo andamento da solo non è però in grado di offrire una lettura completa ed esaustiva del problema. Esiste anche – e non va tralasciato – un effetto di contesto (*contextual*) che tiene conto di come peculiarità ecologiche proprie di determinate aree territoriali siano capaci di produrre importanti effetti, in aggiunta e oltre le caratteristiche individuali aggregate, sullo stato di salute degli attori sociali lì situati.

Affidarsi esclusivamente all'uno o all'altro paradigma costituisce una semplificazione troppo netta e limitante, subito evidente se si presta attenzione al fatto che la distribuzione degli individui nel territorio e nelle aree di residenza non è né totalmente casuale, né totalmente intenzionale. Frutto di preferenze e insieme di vincoli di attuabilità, le scelte residenziali si strutturano seguendo da un lato le risorse disponibili di capitale economico, dall'altro le propensioni di stile di vita. Nei processi di differenziazione residenziale un ruolo importante è rivestito anche da istituzioni finanziarie e statali che regolano le dinamiche dei processi di urbanizzazione e concorrono a creare particolari segmenti di mercato immobiliare, agevolando o limitando le possibilità di scelta degli individui. Il meccanismo del mercato riduce di fatto per molti le possibilità di scelta: i più poveri si ritrovano a non averne affatto perché devono accontentarsi di ciò che rimane disponibile e a loro portata dopo che le fasce di popolazione più benestante hanno già scelto. Inoltre, il vivere in un determinato quartiere con determinati servizi a disposizione (o di cui si registra la carenza) impone altre scelte o rinunce in termini di consumo (materiale, culturale ecc.) e di abitudini di vita: ad esempio, andare a fare la spesa in negozi al dettaglio, in grandi centri commerciali o presso discount; potersi permettere – in termini non solo economici, ma di trasporto, tempi, informazioni necessarie – di andare o non andare al cinema o a teatro; avere o non avere disponibilità di mezzi di trasporto privati ecc.

I contesti di vicinato – ben lontani dal poter essere considerati aggregati statici (Frohlich *et al.*, 2002) – sono pertanto espressione diretta della disponibilità di risorse e servizi, della qualità dell'ambiente e delle strutture abitative e di altri aspetti non meno importanti quali la reputazione del quartiere, la sua storia, la presenza di un tessuto sociale dinamico. E scenario di prima importanza per le esperienze di socializzazione.

Alla luce di quanto fino ad ora detto, si profila più chiaramente il valore dell'osservazione diretta dei quartieri di residenza, con la loro dimensione

più specificamente culturale e ambientale, e insieme ad essi dei relativi contesti di vicinato nella loro accezione più tipicamente relazionale. Questa scelta ha rappresentato infatti un'opportunità preziosa per comprendere in che modo lo spazio più o meno circoscritto entro il quale si collocano l'abitazione e spesso buona parte della vita di relazione dell'attore sociale crei un ben definito e influente scenario per la sua azione. Un *milieu* costruito e segnato da aspetti anche tipicamente strutturali, ma interattivamente e variamente connesso, tramite legami variabili, fluidi, socialmente costruiti (e comunque capaci di produrre effetti), alle scelte e alle azioni degli attori sociali.

La sfida è stata dunque quella di vedere e capire quanto e in che modo anche a Firenze, a partire dalle due aree considerate, la realtà territoriale intesa come spazio sociale possa giocare, anche in forma marcata, un ruolo ora positivo ora negativo nell'accesso alle diverse *chances* di vita e nella strutturazione delle disuguaglianze. In positivo, perché il territorio – sia per i suoi aspetti più propriamente strutturali, come la buona tipologia e qualità delle strutture abitative, la favorevole posizione rispetto al resto del contesto urbano, l'accessibilità e la frequenza dei collegamenti, sia per le opportunità occupazionali, le occasioni di partecipazione ad attività comuni, le regole di vicinato improntate alla reciprocità, il senso di sicurezza e protezione da crimini e infine lo scambio di informazioni e di mutuo aiuto – tende ad accrescere dimensioni e influenze del capitale sociale, con riflessi di rilievo sullo stato di salute. In negativo – quando si struttura su caratteristiche quali bassa o degradata qualità delle abitazioni, isolamento rispetto al contesto urbano, mancanza o insufficienza di lavoro, scarsa integrazione culturale, debolezza delle tradizioni di cultura civica, condizioni di vita modeste, comportamenti antisociali diffusi e inadeguatezza di servizi – perché diventa scenario e promotore di processi pesantemente rilevanti per le condizioni di vita: favorendo meccanismi di depauperizzazione del capitale, sia di tipo strettamente materiale sia di tipo relazionale, fino a intaccare lo stesso patrimonio di salute.

3.3

«Sinceramente ci si tornò volentieri»¹⁰: Sorgane

Il quartiere di Sorgane, incluso nella UTOE 25 e corrispondente all'AE 65, è situato al confine tra i comuni di Firenze e Bagno a Ripoli. Il piano urbanistico di Sorgane in una prima versione fu elaborato nel 1957 da un ampio

10. Brano tratto dall'intervista di SRG_M4_6065. Si ricorda che nel fiorentino colloquiale l'espressione "tornare" (o "ritornare") riferita a quartieri e abitazioni indica l'andare ad abitare.

team di progettisti (37 tra architetti e ingegneri, organizzati in otto gruppi di lavoro), coordinati da Giovanni Michelucci. Principio informatore del piano era quello di creare un sistema urbano fortemente articolato e unitario, alternativo alle periferie e ai quartieri tradizionali, capace di scongiurare il rischio tipico dell'edilizia popolare di creare blocchi di appartamenti anonimi e dal forte impatto segregante sul tessuto sociale. Il progetto originale scatenò presto un acceso dibattito, in particolare riguardo alla scelta di un sito, a est della città, non considerato dalle espansioni preordinate e opposto alla direttrice di sviluppo fissata dal piano regolatore del 1951, ma anche riguardo a un intervento di sicuro forte impatto paesaggistico. Fu il piano regolatore¹¹ della città di Firenze, formulato dall'architetto Edoardo Detti durante il suo assessorato all'Urbanistica nel triennio 1961-64, a consentire l'avvio della costruzione del nuovo quartiere, che in fase di approvazione definitiva fu però drasticamente ridimensionato, escludendo qualsiasi tipo di intervento sulla collina, riducendo la previsione di abitanti da 12.000 a circa 4.000 e portando i gruppi di progettazione a tre sole unità, rispettivamente coordinate dagli architetti Leonardo Savioli, Leonardo Ricci e Ferdinando Poggi. Il tentativo negli stessi anni portato avanti anche nella zona sud-ovest della città, all'Isolotto, di puntare su una "Firenze laboratorio sociale" venne presto ridimensionato e normalizzato (Di Benedetti, 2009).

L'attuale quartiere di Sorgane è il risultato dell'incontro, non sempre felice, tra le sperimentazioni e le reinterpretazioni sul tema della "macrostruttura" messe a punto dai progettisti e le esigenze della vita quotidiana dei residenti. L'obiettivo del progetto originale era quello di creare una nuova città in scala, dotata delle principali strutture di servizio, ma soprattutto capace, proprio per la sua conformazione urbanistica, di favorire dinamiche relazionali aperte e integrate. La mancata realizzazione di alcune infrastrutture cruciali (più intervistati lamentano l'assenza di un ufficio postale, rivendicano l'occupazione e autogestione del primo centro di aggregazione del quartiere, oggi sede del Quartiere 3, ricordano l'iniziale assenza di esercizi commerciali), insieme agli effetti di eventi quali l'alluvione di Firenze del 1966, hanno però comportato rilevanti mutamenti anche nella deside-

11. Il piano regolatore di Firenze rientra a pieno titolo nel filone dei piani di impronta cosiddetta razionalizzatrice (Campos Venuti, 1987), in quanto teso al controllo e alla regolamentazione della crescita urbana, pur senza prevedere un complementare ma al contempo cruciale intervento sulle cause fondative delle problematiche urbane e/o sociali. La vocazione razionalizzatrice, o in alternativa – e in senso antagonista – quella riformista (legata a un più organico progetto di modificazione del modello di crescita urbana a partire da interventi mirati sullo sviluppo immobiliare e sulle problematiche sociali ad esso interconnesse), dettarono le linee guida di tutti i piani di seconda generazione elaborati e messi in atto tra gli anni Sessanta e i primi anni Settanta.

rabilità e poi nella fruizione di spazi e strutture. Inoltre, la scelta obbligata per il Comune di situare le nuove edificazioni su terreni esterni al centro urbano, dettata dalla necessità di concluderne le acquisizioni a costi contenuti (oltre a Sorgane, il già ricordato caso dell'Isolotto), ha implicato la collocazione del nuovo insediamento in un'area di fatto poco appetibile, periferica e slegata rispetto al tessuto cittadino.

Date tali premesse, il rischio di creare un "problema periferia" è stato reale: la totale assenza di "funzioni di rango" in grado di caratterizzare l'area e capaci di costituire una ragione di attività peculiare, la monofunzionalità e la scarsa movimentazione interna, l'"aria suburbana" e il suo sommarsi con presenza e visibilità di pratiche illegali e delinquenziali soprattutto legate al traffico della droga sono tutti elementi che, almeno nei primi decenni di vita del quartiere, hanno condizionato sensibilmente la qualità di vita in tutte le sue dimensioni. Tanto a livello di dotazione dei servizi del quartiere, traducendosi in una dipendenza in tutto e per tutto dal centro città (Di Benedetti, 2009), quanto di percezione – in alcuni casi non del tutto rimossa – di senso di separatezza ed esclusione da parte dei suoi abitanti, esposti soprattutto in passato agli effetti segreganti di stigma negativi.

La graduale inversione di tendenza che ha visto la zona conquistarsi via via una qualità di vita e una reputazione in crescita può essere spiegata come risultato di diversi elementi e interventi che hanno sinergicamente spinto verso un miglioramento. Innanzitutto, a livello di grandi tendenze il clima di dinamismo e di possibilità di ascesa sociale (reale e/o percepita), l'onda lunga del boom economico e le politiche (anche locali) degli anni Settanta e Ottanta, anche se non particolarmente efficaci e di impatto, comunque ispirate a principi di solidarietà sociale, hanno posto un freno alla possibilità che si concentrassero ulteriori elementi di insicurezza e degrado quali forti tassi di disoccupazione, abbandono scolastico e così via¹². I trend del mercato immobiliare fiorentino, combinandosi con le garanzie perduranti per i residenti assegnatari, hanno poi portato, negli anni, a una crescente rivalutazione degli immobili nella zona, facendo sì che i tanti che avevano riscattato la proprietà dell'appartamento vedessero fortemente premiato lo sforzo economico fatto e quanti ancora residenti in qualità di affittuari potessero comunque contare su canoni "sociali" e calmierati e fossero esenti (o comunque molto più garantiti) dal rischio di sfratto. Hanno infine giocato un ruolo importante nel rafforzare il senso di identità e nel favorire processi aggregativi alcune dinamiche sociali cosiddette "meso", come l'essere tutti abitanti di

12. La convivenza e l'integrazione con famiglie provenienti da altri paesi e altre culture rappresentava all'epoca una prospettiva ancora non attuale e dunque non esisteva come problema.

“nuovo insediamento” provenienti da situazioni e territori piuttosto variegati ma comunque accomunati da eventi e/o necessità condivise, a cominciare dai danni subiti dall’alluvione, l’aver legami diretti o familiari con particolari categorie di lavoratori, fino a un comune livello socio-economico.

Limitando per ora analisi e considerazioni a una dimensione più propriamente infrastrutturale, gli elementi di criticità e quelli di forza che tuttora connotano il quartiere sono numerosi e ben emergono dalla rilettura diretta delle tracce delle interviste effettuate. Questi ne riassumono, per punti tematici, i principali:

1. Rimane traccia, soprattutto nella ricostruzione della vita nel quartiere nei suoi primi anni di vita, dell’urbanizzazione “disfunzionale” che ha caratterizzato la zona negli anni Sessanta e Settanta, quando alla maggiore densità di un insediamento non era corrisposto – prendendo in prestito la definizione di Bagnasco (1999) – l’adeguato aumento di attività amministrative e di coordinamento, con conseguente insorgenza di disagi e criticità.
2. La problematicità della gestione delle aree verdi comuni: i giardini alberati di cui, come da progetto originale, doveva essere dotato ciascun complesso nel corso degli anni, là dove privati, hanno spesso perso il carattere di spazio verde realmente aperto e accessibile a tutti¹³, là dove pubblici sono talvolta andati incontro a interventi di risistemazione che ne hanno ridotto sensibilmente la “dimensione verde”.
3. La disfunzionalità degli spazi dedicati – anche all’interno di ogni singolo edificio – ad attività e/o servizi collettivi quali tetti solarium, stenditoi comuni, spazi per attività condominiale, ballatoi comuni hanno visto mutata la loro originaria funzione e sono oggi inutilizzati o destinati al parcheggio di veicoli vari. In particolare, la dimensione di spazio aperto e accessibile a tutti non è sempre stata ben accettata (tanto meno apprezzata) dai residenti, che lamentavano la scarsa sicurezza di tali spazi aperti (come emerge da interviste: furto di biancheria stesa, esterni che senza controllo accedevano alle strutture ecc.).
4. La promiscuità forzata imputata al sistema articolato di percorsi pedonali e ballatoi per raggiungere le singole unità abitative, preferito rispetto alle tradizionali scale condominiali e voluto proprio per favorire l’incontro tra residenti, viene fin dai primi anni di insediamento degli inquilini vissuto quale elemento di disturbo e di invasione dello spazio privato del nucleo familiare. È questo un caso in cui l’accessibilità all’altro assume un connotato decisamente negativo (Bagnasco, 1999, pp. 148-9), che ben esemplifica l’effetto prodotto da un elemento strutturale e tipicamente architettonico

13. Riguardo gli spazi verdi, altro aspetto critico e al contempo molto sentito è quello relativo ai costi di manutenzione.

sullo svilupparsi o il fratturarsi di particolari contatti e relazioni sociali. Il gioco di accesso/separazione risulta impossibile da gestire liberamente e strategicamente in termini di autonomia e privacy o di collegamento: risultando inevitabile – in quanto condizionato e in qualche modo imposto dalla conformazione degli edifici –, non rende possibile porre freni e difese a quelle che sono vissute come “invadenze” o “scorrettezze” dei vicini e dunque presto e spesso percepite come fortemente sgradite e minacciose.

3.4

«Un quartiere [...] un po' con la puzza sotto il naso»¹⁴:
Masaccio

La porzione di Quartiere 2 sulla quale si concentra la ricerca corrisponde alle AE 28 (Donatello) e 67 (Libertà-Savonarola). L'area si situa lungo la parte di viali (che corrono intorno al centro storico su quello che un tempo era il perimetro delle mura cittadine) tra piazza Libertà e piazza Donatello e arriva a ricomprendere le strade limitrofe alla linea ferroviaria.

La progettazione del quartiere risale alla seconda metà dell'Ottocento e la maggior parte dei suoi edifici sono stati realizzati nell'ambito del piano Poggi. La costruzione dei viali di circonvallazione, iniziata nel 1870, voleva infatti non solo trovare risposta alle nuove crescenti esigenze di collegamento, ma anche celebrare la posizione di capitale in quel momento assegnata a Firenze e favorirne l'espansione con la costruzione di nuovi quartieri semi-centrali, testimonianza e celebrazione dell'ascendente borghesia cittadina e del nuovo decoro e senso dell'estetica fatti propri dalla città.

Ripercorrendo velocemente la storia del quartiere, è interessante ricordare almeno due importanti trasformazioni che hanno interessato l'area: una di natura eminentemente culturale, l'altra più strettamente urbanistica, ma entrambe con effetti di rilievo sull'attuale identità e sulla vita del quartiere.

La prima “riconversione” è direttamente riconducibile alle vicende della Società artistica Donatello, fondata nel 1872 da un gruppo di affermati pittori e scultori e alla quale fu destinato un complesso situato nell'isolato ricompreso tra via La Farina e via degli Artisti, prospiciente al piazzale, appositamente edificato dal Comune di Firenze e destinato con vincolo perpetuo all'attività artistica. A questi studi della Società se ne affiancarono ben presto altri nelle vicine via degli Artisti, via Ficino, via dei Della Robbia, fino a piazza Savonarola e al limite del corso del Mugnone, dando vita a un

14. Brano tratto dall'intervista di MSCC_M8_7075.

vero e proprio quartiere di artisti, dinamico, vitale e aperto, meta di collezionisti e intellettuali, dai forti legami con altre realtà artistiche europee e non solo (Cammeo, 1998). Oggi, nonostante la presenza e gli sforzi della società artistica Gruppo Donatello, che mantiene nei locali in via degli Artisti la propria attività espositiva e ogni anno da sessant'anni promuove una mostra all'aperto di pittura, scultura e grafica proprio nel giardino della piazza, il quartiere sembra avere in buona parte dimenticato e perso questa sua peculiare "vocazione".

La seconda tendenza che dopo la fondazione del quartiere ne ha in buona parte trasformato struttura e fruibilità degli spazi è quella della "saturazione" dovuta all'aumento sempre più significativo nel corso degli anni di edifici di sostituzione destinati ad appartamenti (Pa. Giovannini, 1990). A partire dall'inizio del Novecento, nell'arco di svariati decenni, si ripetono momenti di forte dinamismo edilizio nella forma di occupazione di molte delle porzioni di spazio ancora libere e/o di quelle interstiziali: aumenta così nel corso degli anni la presenza di edifici pluripiano in sostituzione dei preesistenti "villini" solitamente mono o bifamiliari, che vengono abbattuti. Tale dinamica si sviluppa in modo non regolato e non governato a sufficienza e comporta a livello di tessuto urbano un proliferare di aspetti negativi e di più o meno nuovi motivi di invivibilità. Pur essendo un quartiere centrale e confinante con il centro storico, l'area tende negli anni a sviluppare un profilo e alcuni difetti per certi aspetti tradizionalmente tipici delle periferie. La prevalenza di spazi privati, l'alta densità di edifici ad uso residenziale e la bassa densità di strutture dedicate a servizi e attività commerciali e culturali variegata incentiva o rende necessario l'uso dell'auto privata e riduce gli ambiti e le occasioni di contatto e dialogo; l'assenza di punti di interesse e di funzioni polarizzanti disincentiva la mobilità (in entrata) e lo scambio con le altre aree della città, con inevitabili ricadute sulla qualità della vita dei residenti e sulle loro possibilità di incontro e interrelazione.

Le AE Donatello e Libertà-Savonarola, pur non presentando né le problematiche sociali più gravi, che a Firenze si collocano principalmente ben al di fuori dal centro monumentale e dalla prima periferia, né quel degrado di cui spesso si denuncia la presenza soprattutto nel centro storico, sono comunque investite dagli effetti lenti ma altrettanto negativi e corrosivi dell'urbanizzazione interrotta e della mancanza, o del vero e proprio sabotaggio, di centralità urbane alternative (Di Benedetti, 2009). Come il resto della città, anche questa zona, che pure ancora può contare sui vantaggi derivanti dall'agiatezza del suo profilo (tra quelli più privilegiati del contesto cittadino), ovvero su un bagaglio di risorse economiche, culturali e sociali strategicamente spendibili, paga comunque i costi di una politica locale su

certi temi particolarmente legata, pigra e negligente. Una *impasse* che si può forse spiegare considerando il duplice valore della situazione di Firenze: da un lato fortunata per i pochi “siti di degrado profondo” e per la pressoché totale assenza di veri e propri “ghetti di sottoproletariato” e di emarginazione, dall’altro lato proprio per questo condannata a essere molto poco capace di curare processi di riequilibrio urbano, di integrarli, di non lasciare margini per progetti in controtendenza, di abbandonare – qualche volta almeno – la strada delle opzioni modeste per scelte coraggiose.

Anche per questo secondo caso, e lasciando spazio per ora solo alle dimensioni più propriamente infrastrutturali, le interviste realizzate pongono l’attenzione sui seguenti punti caratterizzanti e/o critici:

1. Il sempre maggior peso degli effetti conseguenti a dinamiche di invecchiamento e terziarizzazione. Il quartiere mantiene ancora una sua identità borghese, ma da numerosi residenti è percepito in fase di lenta decadenza, come “morto”, svuotato dei suoi vecchi residenti, “terziarizzato”: molti sono gli appartamenti di ampia metratura destinati a uso ufficio, molte le persone anziane sole e in fase di inesorabile mobilità sociale discendente.
2. La rarefazione di servizi e attività. Sembra condannato a sparire perché travolto dai nuovi trend del mercato quel tessuto di botteghe e punti vendita al dettaglio (di generi alimentari ma non solo) che da un lato rendeva più vivaci, controllate e piacevoli le strade, facendo realmente dell’andare a piedi un’esperienza socializzante (Nuvolati, 2006), dall’altro rappresentava una comodità e un servizio prezioso, soprattutto per le fasce più anziane di residenti, come in più casi riconosciuto e sottolineato dagli intervistati.
3. L’assenza o scarsa attrattività di punti di aggregazione e attività culturali, e come parziale conseguenza di ciò la perdita di identità e memoria storica del quartiere, di cui solo pochissimi hanno cognizione, ad esempio ricordandone la tradizione artistica.
4. L’assenza di sufficienti aree pubbliche ad accesso libero. Si lamentano da un lato la mancanza da lunga data («non ci sono mai stati») di spazi pubblici di scambio e socializzazione, che condanna gli abitanti a un isolamento generatore di disagi e malesseri di vario tipo¹⁵, dall’altro l’assenza di arredo urbano e/o il degrado e l’incuria che rendono poco appetibile la frequentazione delle poche piazze e aree verdi disponibili (in particolare piazza Oberdan), specialmente se e quando in compagnia di bambini piccoli.

15. Particolarmente sofferenti di questa situazione risultano essere le donne. Per un primo approfondimento sul tema della “malattia culturale” cfr. Bressan (2011).

Parte seconda
Pratiche, fatti, rappresentazioni
di disuguaglianza e di salute

L'età della pensione: tra perdite, libertà, rischi e risorse

Tutti gli anni quando dopo un anno riassaggiavamo un frutto, la mia mamma ci diceva sempre di chiedere due grazie: salute e lavoro. Queste due cose sono le cose fondamentali. La prima è la salute, la seconda è il lavoro. Quando hai queste due cose non hai bisogno di niente. Belli come il sole. (MSCC_M2_7075)

La salute e il lavoro sono due delle dimensioni fondamentali nella vita di ciascun individuo. E molto più profondamente legate l'una all'altra di quanto talvolta non si pensi. Cattive condizioni di salute possono impedire l'accesso al mercato del lavoro, o costringere a una sospensione o a un ritiro, comportando così costi anche elevati in termini economici, oltre che psicologici, e innescando dinamiche di depauperamento e vulnerabilità. Cattive condizioni di lavoro, l'assenza o la perdita della possibilità di lavorare, possono avere a loro volta importanti ricadute sulla salute sotto forma di esposizione a elementi insalubri o attività pericolose, o sotto forma di depressione e stress, negativi innanzitutto per il benessere psichico (Marmot, Theörell, 1988; Costa, Faggiano, 1994). Il momento della pensione rappresenta dunque un passaggio doppiamente delicato: perché l'uscita dal mondo del lavoro, se vissuta come perdita, può diventare dolorosa non solo in senso figurato, e perché essa avviene in un momento di transizione anche anagrafico nel quale è comune cominciare a fare i conti con i primi problemi di salute¹.

4.1

Punti di arrivo, punti di arresto e bilanci

Prima di affrontare il tema della pensione attraverso le esperienze direttamente vissute dagli intervistati, è utile ripercorrere rapidamente alcune tap-

1. Secondo dati dell'Unione Europea sulle condizioni e prospettive di salute negli Stati membri (<http://ec.europa.eu/health>), in Italia nel 2011 l'aspettativa di vita in salute per gli uomini era di 63,4 anni a fronte di un'aspettativa di vita complessiva di 79,4 anni, per le donne di 62,7 anni a fronte di un'aspettativa di vita complessiva di 84,1 anni (dati ISTAT).

pe salienti che hanno portato alla situazione attuale per ciò che riguarda i lavoratori anziani, gli anziani ex lavoratori e la loro collocazione nel mercato del lavoro.

I processi che portano al ritiro dal lavoro e al pensionamento sono complessi e molteplici gli attori e le istituzioni coinvolti. La “scelta” di andare in pensione è «fortemente condizionata dai vincoli del mercato del lavoro, da vincoli istituzionali e dalla struttura del sistema previdenziale nonché più in generale, dalle caratteristiche del sistema di welfare» (Pugliese, 2011, p. 95). L'intreccio tra queste variabili favorisce o disincentiva il percorso verso la pensione.

Come è noto, è con l'affermarsi del modello di produzione e consumo taylorista-fordista che si è definito e perfezionato il meccanismo di fuoriuscita netta e “irreversibile” dei lavoratori anziani dal mercato del lavoro. Ed è a partire dagli anni Ottanta che la fine del “compromesso sociale” che aveva caratterizzato gli anni della crescita segna il passaggio prima a una fase di gestione delle relazioni industriali in forma di concertazione², poi a una fase di politiche di individualizzazione, decollettivizzazione e deregolazione dei rapporti di lavoro (Castel, 2003), con effetti di precarizzazione dell'occupazione, ma anche con esiti sui tempi e sulle modalità di uscita e/o pensionamento.

Sarebbe questo il motivo per cui fino alla crisi del 1992-93 la disoccupazione maschile adulta, che tradizionalmente tende a coincidere con la disoccupazione industriale, avrebbe avuto in Italia una portata particolarmente modesta, anche in confronto agli altri paesi europei. Solo dopo quella crisi i lavoratori di età più avanzata si sono ritrovati esposti a una situazione critica per molti di non facile risoluzione: una volta persa la posizione di occupati per *downsizing* o chiusura delle aziende, riuscire a riottenere una collocazione attiva diventa estremamente difficoltoso e si moltiplicano i problemi innanzitutto di ordine economico: sia nell'immediato (dal sostentamento quotidiano alla frustrazione) sia nel lungo periodo, con effetti negativi su tempi di conseguimento e importo della pensione e possibile punto di partenza della spirale della vulnerabilità sociale.

Anche alcuni degli intervistati per profilo professionale e per età critica all'epoca dei fatti (intorno ai 55 anni: troppo presto per la pensione, tardi per trovare con facilità una nuova occupazione) si sono ritrovati a essere tra

2. È la fase, com'è noto, nella quale si afferma una pratica concertativa basata sul confronto e la partecipazione di organizzazioni sindacali, organizzazioni dei datori di lavoro e autorità pubbliche (il governo a livello nazionale, Regioni o enti locali a livello decentrato): una triangolazione che nel suo momento di affermazione gestisce spesso con successo la contrattazione di importanti negoziati settoriali e di politica economica e sociale. Per approfondimenti sul tema cfr. Alacevich, Burroni (2001).

i primi a doversi confrontare con questa dinamica, nuova negli anni Novanta, poi via via elemento strutturale dei periodi successivi. Emblematico il caso di SRG_M1_7075, che vede il suo stesso superiore fare pressioni per contrastare la scelta aziendale:

Mi chiamò «No dai, digli di no, digli che non vuoi andare» [...] che se era per lui io non avrei dovuto accettare. Però sì! Era più importante la politica dell'azienda! Per cui, di fatto, non poteva mettere i bastoni tra le ruote perché io non andassi via.

Ciò nonostante, l'intervistato è spinto dal clima creatosi sul posto di lavoro e dalla paura di un peggior trattamento dal punto di vista economico – ancor più significativo data la concomitante necessità di prestare supporto e cure a un congiunto – a scegliere l'“offerta” di un periodo di cassa integrazione transitoria in vista della pensione a “soli” 61 anni.

Gli ultimi tempi: i peggiori, sinceramente [*ride*]. Meglio i vecchi ingegneri che quelli nuovi. [...] Alla fine, quando avevo 58/59 anni, mi chiamarono e dice «t'andrebbe» dice «l'azienda vuol diminuire il personale». A me ormai m'era venuto abbastanza a noia, sicché... Eppoi si cominciava già a sentire dire «stiamo attenti, forse ci mandano a 65 anni, forse...» e fatti tutti i conti dissi «Vabbè, tanto ho visto che [...] avete la volontà [...] di alleggerire e poi di trattarci in una certa maniera...». (SRG_M1_7075)

La transizione al pensionamento può dunque essere segnata da accelerazioni o prospettive inaspettate e diventare un percorso faticoso soprattutto psicologicamente, fino ad assumere connotati inequivocabilmente discriminatori quando – riproponendo un assunto peraltro datato e molto discusso affermatosi nelle politiche aziendali statunitensi a partire dagli anni Venti (Pugliese, 2011) – viene utilizzata a livello aziendale come *escamotage* per permettere una selezione mirata del personale. A fronte delle ragioni delle riorganizzazioni aziendali, l'esperienza e il saper fare (che insieme a competenze, sapere, capacità di imparare possono essere più sinteticamente indicate con l'espressione *capitale umano*) specifici dei lavoratori anziani possono non essere adeguatamente valutati così come possono essere smantellati o non previsti sistemi di trasmissione sistematica degli stessi saperi. Qualunque sia l'ambiente di lavoro o il tipo di occupazione svolta, questo mancato passaggio di testimone tra generazioni tende a evidenziare il senso definitivo dell'uscita e a sminuire il valore delle competenze guadagnate sul campo instillando il dubbio che siano e/o siano percepite come obsolete.

Ho cominciato a trovarmi un po' male gli ultimi anni. Quando alcuni miei colleghi erano andati in pensione e venivano sostituiti con dei giovani ingegneri, architetti rampanti di 25 anni, che quando si faceva dei sopralluoghi nei cantieri venivano

con il portatile sotto braccio. E io gli dicevo «guarda che non è necessario, anche perché gli operai ti pigliano in giro» «Ma se c'è da pigliare degli appunti». Capito? Qui è cominciata la prima generazione diversa. [...] Incomunicabilità. È chiaro che oggi, senza computer ci si sente degli analfabeti.

Lei lo sapeva usare?

Certo che lo sapevo usare anche io. Per tutta la parte di archivio è meraviglioso [...] Tutta la parte contabile, tutti gli stati di avanzamento dei lavori ecc. è essenziale, le delibere, la parte amministrativa, le lettere, ma certo. Ma ora addirittura andare in cantiere e aprire il computerino per prendere gli appunti, questo mi sembrava veramente ridicolo. Quindi i primi screzi. Io poi sono un carattere un po' non mi riesce stare zitto, le cose le dico, li ho avuti gli ultimi anni con questi giovani rampanti che ti guardavano con aria di sufficienza come dire «Questo vecchio grullo non capisce più nulla». Poi allo stato dei lavori vedevi gli arrosti che combinavano: spaventosi! (MSCC_M7_6065)

Purtroppo devo dire... non che dopo [la pensione] mi sia sentito particolarmente infelice o inutile, però io lavoravo piuttosto volentieri anche se percepivo che il clima si stava peggiorando. [...] Il clima nelle aziende pubbliche ormai è sempre peggio, da tutti i punti di vista: mancanza di sicurezza, di attenzione, menefreghismo. [...] Spesso si giocava un po' allo sfascismo.

Intende anche proprio in termini di etica del lavoro?

Di etica non tanto, ma di menefreghismo assolutamente. E questo mi dispiaceva perché avevo sempre creduto in certo qual modo al mio lavoro. Tanto che oltre all'impegno di lavoro mi ero sempre dato da fare all'interno anche delle attività di categoria, sono stato per 30 anni segretario dei farmacisti, mi davo da fare. Ero sempre stato nel sindacato dei farmacisti ospedalieri e ho avuto anche delle cariche. Ci credevo, mi davo da fare e quindi vedere questo decadimento mi dava molto noia. Anche perché forse l'epoca in cui entrai era l'epoca in cui ci davamo molto da fare e avevamo raggiunto anche dei risultati buoni: sul piano della credibilità e sul piano economico. E vedere ora le cose che vanno via mi dispiaceva. (MSCC_M10_7075)

Tornando a considerare gli aspetti più propriamente economici nel bilancio del percorso intrapreso, entrambe le coorti di intervistati riconoscono di appartenere a una generazione fortunata, almeno per quanto riguarda la possibilità di crescita in termini di benessere. Una generazione che ha potuto contare su un più facile inserimento nel mondo del lavoro e che negli anni della gioventù ha vissuto un'epoca di minore confusione, senza dover fare subito i conti con – per richiamare espressioni molto di moda per definire la contemporaneità – incertezza, rischio, liquidità.

Questi erano gli anni sessanta: io ho iniziato a lavorare nel '58 e ho preso il pieno del boom. Ma questo boom è venuto fuori per questo, parliamoci chiaro [...] per il sacrificio di tutti [...]. E mi ricordo che a quell'epoca lì... 1.000 o 1.200 lire in più di mio

padre [al mese, in busta paga] sono arrivato presto a prenderle! Il sacrificio era quello, però sentivo in qualche modo... che ero diventato utile no? Capito? (SRG_M3_7075)

Subito dopo, mi sono licenziato di lì, sono andato a fare un po' di ferie insieme alla mia fidanzata e quando sono tornato a lavorare mi sono messo in conto proprio. E lavoravo per la Biblioteca Nazionale, con la legatoria. Io ero già fidanzato dal '63, si era nel '65, e mia moglie aveva dei problemi a trovare lavoro, faceva un lavoro e guadagnava poco, faceva tutti i vestitini questi disegnetti per bambini, punto a smock sui vestiti da bambino. [...] Le dissi «Vieni a lavorare insieme a me così l'anno prossimo ci si sposa». Lavoro ce l'avevo. E andò così. (SRG_M7_7075)

Infatti io andai alla Telecom ma avevo avuto altre opportunità alle poste eccetera: a quei tempi il lavoro c'era! [...] Io non saprei dire perché a quei tempi c'era. Era il momento si vede in cui la nazione prendeva un certo sviluppo... (SRG_M1_7075)

Erano anni in cui tranquillamente si cambiava lavori... specialmente a livello di apprendista non c'erano le difficoltà di collocazione di oggi no? S'era un po' in crescita, quindi s'andava a lavorare e delle volte non si sceglieva nemmeno il lavoro: si guardava i soldi. Si diceva «questo mi dà 2.000 lire la settimana. Ce n'è uno che me ne dà 3.000... Vo' da quello da 3.000!» e così fino a quando dopo uno non so, a 15 anni – che poi era tutto senza libretto tutto a nero – quando a 15 anni uno faceva una scelta professionale ecco allora probabilmente iniziava ad indirizzarsi su qualcosa che gli piaceva. Ma prima era un po' così... (SRG_M2_6065)

Oltre a essere risparmiati dagli effetti più direttamente materiali della disoccupazione, gli intervistati di entrambe le coorti di età entrano in un mercato del lavoro che ancora non conosce la dequalificazione dei titoli di studio, a cominciare dai diplomi tecnici e professionali: garanzia di accesso diretto e di integrazione nel mondo del lavoro. Una “formula di successo” riconosciuta e direttamente sperimentata – solo per riportare le testimonianze più significative – dall'intervistata con la sola licenza elementare (SRG_F7_7075), dal geometra (MSCC_M3_6065), dalla maestra (SRG_F8_6065), dalla diplomata alle commerciali (SRG_F1_6065) e da MSCC_F9_7075, con il suo diploma di liceo classico.

E poi sono andata a lavorare lì al paese perché c'erano fabbriche anche lì, che prendevano a lavorare ragazzine anche se ancora non avevano 14 anni. Dopo 14 anni mi hanno proprio assunto, perché allora usava dai 14 anni. Avevo proprio il libretto di lavoro. [...] Poi io lavoravo sugli impianti telefonici ed è stata dura all'inizio. Ma dopo che ho imparato, ho preso il via e mi trovavo benissimo. [...] La cosa che mi è dispiaciuta è che non avevo la terza media altrimenti sarei potuta entrare negli uffici. (SRG_F7_7075)

Avevo la prospettiva di andare in banca. Mi erano stati offerti dei posti in banca, precisamente alla Banca nazionale del lavoro però ho rifiutato. [...] Mi sono diver-

tito di più. Mi sono divertito e ho fatto un'esperienza migliore per quanto riguarda il percorso di studi fatto, cioè le banche la contabilità... io invece ho fatto proprio il ragioniere cioè bilanci, imposte e assemblee. (MSCC_M3_6065)

Mi sono diplomata mi sembra nel '65. Mi sembra di aver fatto il primo concorso l'anno dopo e presi l'idoneità, poi ci fu subito dopo, dopo due anni, l'altro concorso e lo vinsi, insomma mi piazzai tra i primi 40, ebbi il posto a Firenze, a dispetto di chi mi voleva mandare a Marradi [riferimento ironico alle paure dei familiari], e praticamente a 22 anni io ero insegnante di ruolo. (SRG_F8_6065)

L'ingresso nel mondo del lavoro come è avvenuto... Vabbè, inserzioni sul giornale, mi presentai in questa compagnia di assicurazioni, però cercavano produttrici per fare le polizze, e a me non andava: io volevo fare l'impiegata e lasciai perdere. Poi invece rividi un'altra inserzione, messa in modo diverso, che poi eran sempre loro. Dopo qualche mese mi ripresentai. Allora non c'erano problemi di trovar lavoro. Era una scelta. Io incontrai una mia amica che mi disse: guarda qui è buono, si guadagna bene, si lavora fino alle due. Infatti eran stipendi alti, come le banche. Quindi mi presero e cominciai. (SRG_FI_6065)

E architettura come mai l'ha scelta? Perché aveva già l'idea chiara di voler fare l'architetto?

Sì. Perché mi piaceva. E poi invece l'ho lasciata. L'ho mollata al quarto anno perché ho trovato un lavoro che mi rendeva parecchio. E allora, quando si lavora... (MSCC_F9_7075)

Sono, come si vede, ben consapevoli di quell'"epoca d'oro" vissuta nella loro giovinezza/prima maturità, soprattutto ponendo a confronto le loro alte *chances* di trovare (o ritrovare) un'occupazione e il buon livello degli stipendi percepiti rispetto alle enormi difficoltà delle giovani generazioni attuali (spesso proprio di figli e/o nipoti) che in alcuni casi da lunghi anni si misurano con l'estrema difficoltà di accedere a una prima occupazione stabile e a ciò vedono sommarsi la drastica perdita di valore dei titoli di studio e delle qualificazioni conseguite.

E che lavoro ha fatto all'inizio?

Sempre da impiegata. L'ultimo lavoro, il più importante, è stato in una compagnia di assicurazione: lì ci sono stata quattro-cinque anni. E sennò sempre da impiegata, allora era più facile cambiare. Ne ho cambiati tre o quattro prima di arrivare all'ultimo. (MSCC_F5_7075)

Indicativa del clima dell'epoca è la seguente testimonianza, che in poche battute riesce sia a definire lo spirito con cui i giovani nei primi anni Settanta si affacciavano all'età adulta e alla carriera occupazionale sia a richiamare i principali aspetti positivi del tempo:

Ma poi c'era la possibilità di sognare. Io sono un esempio... io ho fatto quello che sognavo di fare. È vero che ero privilegiata perché c'era chi mi sosteneva economicamente, avevo tutta una serie di cose, però comunque c'era possibilità. [...] Disuguaglianza ce n'era di più su un piano concreto. [...] C'erano delle disuguaglianze materiali e tangibili, ma non c'erano, ecco c'era una grande democrazia del pensiero. Eravamo tutti uguali nel momento in cui condividevamo la stessa cultura e gli stessi sogni possibili per tutti e le stesse opportunità. (MSCC_F6_6065)

4.2

Percorsi, uscite, penalizzazioni: guardando al genere

Un discorso a parte – se pur molto brevemente – va comunque fatto per il lavoro delle donne. Come sempre, e in particolare in questo campo strettamente legato alla sfera economica, le decisioni delle intervistate risultano essere solo apparentemente frutto di scelte individuali, talvolta percepite come libere e autonome, talvolta riconosciute dalle dirette interessate come condizionamenti, intuendo quello che in sociologia si definirebbe la forza *bonding* (di legame) della rete di relazioni nella quale l'individuo è inserito, la desiderabilità sociale, la valutazione di conformità alle norme sociali e di appropriatezza al proprio *status* e gruppo.

Lo sposarsi ha coinciso con la fine della sua carriera lavorativa?

Sì.

Per quale motivo? Perché era difficile mantenerlo?

No, si vede che io non era che fossi particolarmente ambiziosa, o non mi conoscevo abbastanza bene forse. Mio marito aveva un discreto lavoro, un buon lavoro e poi lui girava molto e non aveva orari, mi poteva mantenere. Allora eravamo in molte che si faceva le casalinghe, per lo meno nell'ambito del lavoro di mio marito. E io non è che poi fossi... mi andava anche bene. (MSCC_F6_7075)

Se nel corso degli anni appare sempre più inadeguata la sola prospettiva di una forza lavoro femminile debole e marginale e si va – anche se con passaggi non del tutto lineari e spediti – via via indebolendo lo stereotipo di una figura femminile scarsamente attaccata ai valori e ai ritmi del lavoro, confinata in posizioni gerarchicamente subalterne e con potere contrattuale ineluttabilmente modesto, rimane però vero che sul mercato del lavoro la componente femminile continua tendenzialmente a collocarsi tra coloro che occupano le posizioni più deboli e le flessibilità più povere, inclini a

scivolare nel lavoro sommerso e privo di protezioni sociali, che tanto assomigliano alle forme di lavoro irregolare³.

Facevo le cose in casa. Con la rafia: facevo tutti i fiori di rafia. [...] Ero diventata bravissima. Facevo le spighe che sembravano vere!

Era un'occupazione che aveva trovato più per necessità o...?

Anche per voglia di fare qualche cosa. Perché avevo le bambine piccole, e anche per dare una mano a mio marito. Poi quando sono state un po' più grandi sono andata a Signa in un capannone. E lì [...] ho fatto la volontaria: non eravamo assicurate, perché eravamo tutte ragazze, tutte mamme: se poi c'erano problemi stavamo a casa, non andavamo. Era una cosa... molto informale, capito?! Più che altro lo facevamo anche per noi stesse, e per uscire di casa, quando le bambine erano più grandi. (SRG_F7_7075)

Molte intervistate – con una frequenza più alta per i percorsi di lavoro meno qualificati, ma non solo – confermano di essersi dovute misurare con una visione del *ménage* familiare tradizionale, sia negli anni della loro formazione che in periodi successivi. Il fatto che fosse la figura maschile quella indubbiamente identificata con il lavoro remunerato è stata una spinta potente ad abbandonare le carriere lavorative intraprese, soprattutto quando meno solide e “prestigiose”. Unitamente a ciò, la consuetudine di identificare il lavoro domestico e di cura all'interno della famiglia⁴ quale occupazione prettamente femminile ha interferito con i tentativi di intraprendere nuovi percorsi lavorativi in età più adulta, o con la loro stabilizzazione.

Fu una scelta fatta insieme a mio marito. C'era un po' di crisi nell'azienda, quindi l'azienda cominciava a smaltire un po': prepensionamenti, avvicinava la gente, ecc. Essendo io e mio marito tutti e due a lavorare lì, lui cominciò a fare un lavoro all'esterno. Siccome andavamo a lavorare insieme, ammortizzavamo un po' la spesa, che si lavorava a Calenzano. Il bambino era piccolo, perché l'ho avuto tardi, a 40 anni, e... la famiglia di mio marito era benestante. Il lavoro poi non è che mi piacesse, anzi era un po'... Negli ultimi anni poi ero stata messa un po' da parte, per rimostranze ecc., e quindi la scelta fu che mi licenziai. Mi dettero un bel po' di soldi, insomma due anni di stipendio, e così mi licenziai! (SRG_F1_6065)

3. Quando nella seconda metà degli anni Settanta si comincia a osservare e a studiare il fenomeno dell'aumento dell'occupazione femminile, emerge chiaramente la tendenza di questa a collocarsi in ambiti di decentramento produttivo, di lavoro a domicilio, di lavoro precario e irregolare legato alla piccola impresa (Reyneri, 1996).

4. Con l'espressione “lavoro di cura” si fa riferimento «a un legame sentimentale, di solito reciproco, fra chi si prende cura e chi la riceve, un legame tale per cui chi presta assistenza si sente responsabile del benessere di qualcun altro, e mette in gioco le proprie forze mentali, emotive e fisiche per ottemperare a tale responsabilità» (Hochschild, 2003, p. 217).

All'avvicinarsi dell'età o del momento della pensione i percorsi più accidentati, meno tutelati e meno "curati" dal punto di vista delle attenzioni a contributi, versamenti e altre forme di garanzie in termini di resa economica possono rivelarsi fonti di entrata particolarmente esigue (o del tutto inesistenti) che, se combinate ad altre fragilità, possono arrivare a esporre l'individuo a vulnerabilità sociale e povertà.

Io purtroppo... purtroppo ho sbagliato a smettere di lavorare a 26 anni [anno della nascita del figlio]. C'ho 13 anni di contributi e non mi spetta neanche la pensione. E ho sbagliato lì perché mio marito c'aveva un negozio, potevo farmi segnare da lui per arrivare agli anni. Allora bastava 15 anni... Quando siamo giovani non si pensa a queste cose. Poi purtroppo è la vita che ci insegna... (SRG_F9_7075)

4.3

Fatiche diverse, rischi diversi

Ma perché e come l'andare in pensione ha effetti sul benessere e sullo stato di salute?

Innanzitutto è necessario chiarire che gli esiti di questa transizione sul vissuto quotidiano possono essere sia di tipo positivo che di tipo negativo, e non di rado sia gli uni sia gli altri vanno a colpire, in un gioco di cumulazione di vantaggi e svantaggi, gli stessi soggetti.

Da un lato, l'interruzione dell'attività lavorativa conseguente a pensionamento allontana dalle situazioni di rischio quanti si trovano all'estremo inferiore della gerarchia sociale e professionale, più spesso inseriti in ambienti particolarmente disagiati e nocivi. Situazioni ancora più critiche quando chi vi opera non mostra di avere acquisito nessuna consapevolezza dei rischi corsi e/o dei diritti rivendicabili, e si pone pienamente nella prospettiva di *victim blaming*⁵. Ovvero è il "non più sano" stesso a leggere la salute come risultato di scelte individuali e a propendere per il disconoscimento del peso e dell'effetto delle ingiustizie sociali o delle situazioni di disuguaglianza sul suo stato, sottolineando piuttosto il primato dell'azione personale e attribuendo così totalmente e direttamente a sé le responsabilità (e quindi, in caso di danni, le colpe) per tutto ciò che riguarda il suo stato di salute.

I comportamenti a rischio di solito sono molto individuali. Esistono dei lavori che hanno dei rischi... e i comportamenti a rischio sono quando uno secondo me non esegue... non fa le cose in un determinato modo.

5. Per un approfondimento sui principali paradigmi teorici che hanno cercato di dare spiegazione dei differenziali di salute, e in particolare del rapporto tra disuguaglianze sociali e stato di salute, cfr. Cardano (2008).

Si riferisce alle procedure di sicurezza?

Esatto! (SRG_M2_6065)

La pensione, in questi casi in particolar modo, può rappresentare un allontanamento da fattori di rischio o un'interruzione di routine insalubri, agendo così in senso positivo sulle condizioni di salute.

Sono venuto via prima di tre o quattro anni. Dovevo fare altri tre o quattro anni per raggiungere il massimo. Ho fatto trentasei anni e mezzo di lavoro. Sono venuto via io perché mi sono voluto fare un regalo, perché secondo me io ho dato tanto, mi sono sforzato, ho pensato sempre agli altri e ho fatto tanti straordinari e stavolta ho detto, siccome ho avuto paura perché poi un carcinoma è partito dal tipo metastatizzato. Sa cosa vuol dire!? [...] Per cui mi sono detto... (MSCC_M1_6065)

Non voglio solamente quantificarla da un punto di vista economico, io sarei stato in grado di lavorare quattro o cinque anni, non sono ancora decrepito, voglio dire. Ma al di là di questo finalmente la pensione io l'ho salutata con piacere perché puoi fare veramente le cose che ami fare, che hai fatto anche prima ma rubando tempo al sonno, ad altri affetti, altre cose, quindi ora mi posso dedicare con più soddisfazione alle cose che mi interessano. (MSCC_M7_6065)

Dall'altro lato, per una generazione con un'alta considerazione dei principi di lealtà e anzianità anche in relazione all'ambito di lavoro (Heinz, 2001), il pensionamento segna inesorabilmente la fine di un certo tipo di quotidianità, con i suoi riti e i suoi ritmi, facendo in tal modo venire meno – per molti, e per gli uomini soprattutto – il principale impegno di vita; inoltre, condanna alla rarefazione e/o all'estinzione delle relazioni sociali create e coltivate proprio nell'ambiente lavorativo.

Si sarei rimasto ancora. Tutto sommato avrei anticipato la legge Fornero, perché io altri due anni sarei rimasto, andando in pensione ora. Fosse stato per me, io non pretendevo di rimanerci fino a 80 anni o 90, però insomma altri due anni di sicuro, ma anche qualcosa di più. [...] E sono stato fortunato perché praticamente [la pensione] è coincisa con la nascita della nipotina, sicché... [...] Ma non lo so, ancora me ne devo rendere esattamente conto, perché vedo che si hanno tante possibilità però è anche vero che dopo tanti anni di un lavoro che comunque è strutturato, questa strutturazione un pochino manca e si cerca di sostituirla con quelle che però sono attività ludiche o pseudoludiche o quasi ludiche: interessi, partecipazione a convegni, visite, qualche zingarata tra virgolette con amici ed ex colleghi che sono in pensione anche loro. Si tende a dare una strutturazione però non è così e questo è un equilibrio che tutto sommato va ancora trovato. (MSCC_M6_7075)

Ehhhh... è stato difficilissimo per me. È stato difficilissimo! [...] Io le posso dire che... io sono andata in pensione perché anche perché ormai mia madre era molto

anziana, quindi io avevo bisogno di dedicarmi un po' di più alla mia mamma. [...] Però mi era rimasto veramente quel... e quando la mamma è mancata io ho fatto la domanda per rientrare in servizio. Erano passati quattro anni. (MSCC_F3_6065)

L'attività lavorativa è luogo e momento favorevole alla creazione e al consolidarsi dei legami sociali, e dunque la sua totale sospensione e la spesso conseguente perdita del gruppo di riferimento dei colleghi di lavoro può rappresentare un impoverimento dal punto di vista del capitale relazionale e sociale e va a segnare in modo ancora più marcato un passaggio di *status* la cui irreversibilità sarebbe già da sola cruciale per l'identità dell'individuo.

Lei è in pensione?

Non lo so come definirmi. Cioè, siccome sono tutti lavori che io ho fatto a ritenuta d'acconto non so se rientrerei nei liberi professionisti o autonomi [...] Diciamo che è dal 2002 che io... praticamente ora sono dieci anni che ho tirato i remi in barca, sono amministratore della ditta di mio marito, però in realtà sono una casalinga disperata. (MSCC_F2_6065)

Il particolare intreccio fra traiettoria lavorativa in conclusione e relazioni interpersonali meno frequenti e coinvolgenti può dunque portare a più o meno intense crisi di identità e/o di ruolo, fino a incidere negativamente sulle condizioni di salute, a partire da quelle psicologiche, soprattutto in quei casi (che qui trasversalmente riguardano qualsiasi tipologia di posizione occupazionale) in cui era forte l'attaccamento al lavoro.

Emblematico il caso di MSCC_M3_6065, che mette in atto una vera e propria "strategia di rimozione":

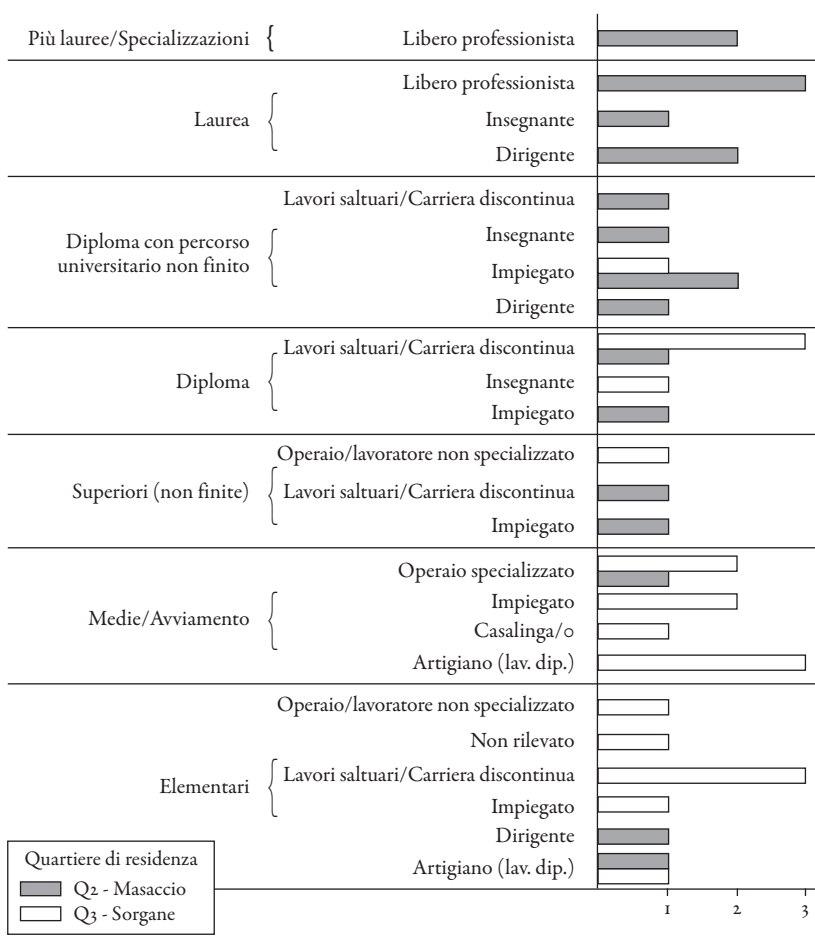
Io sono già in pensione dal 2006 però continuo a lavorare perché mi rifiuto, io ho 63 anni, mi rifiuto finché mi sento in forma, sono amministratore qui dentro. E anche per seguire la mia creatura. Prima di lasciarla in altre mani finché ce la farò, probabilmente mi troveranno morto da qualche parte. [...] Ho visto delle cose di gente che conoscevo! Andati in pensione, dopo sei mesi uno era morto, gli altri diventati vecchi, rincoglioniti... (MSCC_M3_6065)

Si delinea piuttosto chiaramente una dinamica di interrelazioni complesse tra capitale culturale, posizione socio-economica, salute e interruzione dell'attività lavorativa, in alcune sue dimensioni già richiamata e resa graficamente dalla FIG. 4.1.

Gli individui che hanno alle spalle un percorso di scolarità breve presentano, generalmente, un inizio della vita attiva in età molto giovane (e posizioni occupazionali particolarmente svantaggiate a livello di mansioni e/o orari e/o carichi di lavoro) e vanno incontro a un sensibile potenziamento

FIGURA 4.1

Intervistati per titolo di studio, occupazione e quartiere di residenza



dei rischi. Nel caso in cui le stesse condizioni siano poi rimaste invariate per archi di tempo significativi, può verificarsi una vera e propria accentuazione del processo di deterioramento delle condizioni di salute. Rientrano chiaramente in questo tipo di esperienze lavorative (e sono inoltre accomunati da un inizio di carriera in età si potrebbe dire adolescenziale, intorno ai 13/14 anni) il caso di SRG_F2_6065, che lavora per anni come pettinatrice al pubblico e in una scuola per parrucchieri, risentendo nel corso degli anni degli effetti negativi dello stare molte ore in piedi; quello di

SRG_M2_6065, che lavorando come saldatore ha sviluppato una sordità del 40% (pur senza vedersela riconosciuta come malattia professionale); il caso di MSCC_M4_6065, che ricorda di aver lavorato per anni su un bancone da lavoro di amianto; di MSCC_M5_6065, che lavora per una grande catena di supermercati ed è stato esposto per più di vent'anni agli sbalzi di temperatura delle celle frigo e agli effetti collaterali della movimentazione merci.

In questi casi l'uscita dal mondo del lavoro, secondo quanto riportato dalla letteratura (Maccheroni, 2009), produce un ulteriore duplice effetto: la pensione ha il vantaggio di segnare una cessazione dell'esposizione agli elementi, alle attività, agli ambienti nocivi e/o malsani; il rovescio della medaglia è rappresentato dalla possibilità – tanto più alta quanto minori siano le risorse innanzitutto relazionali, ma anche materiali e culturali a disposizione – che si innescino processi di controverso effetto sullo stato di salute, primo fra tutti una anticipata autoidentificazione con la vecchiaia (Mascagni, 2010).

Per dirla con altre parole: il lavoro, nella misura in cui usura, fa invecchiare precocemente. Ma anche l'assenza di lavoro può essere usurante e comportare, con altri tempi e percorsi, una perdita di benessere e un'accelerazione del processo di invecchiamento.

Cioè io sono stato molte volte sotto stress, ma molte volte perché il mestiere che ho fatto ha determinato delle giornate abbastanza pesanti, periodi abbastanza pesanti, delle preoccupazioni forti. Però [...] era uno stress di responsabilità, di preoccupazione. Io credo che a me abbia dato energia positiva più che negativa. Infatti se c'è qualche cosa che nel terzo periodo, che è quello della pensione, qualche cosa che può spaventare, secondo me è proprio la mancanza di che stress puoi avere. Per fortuna non hai preoccupazioni, ma non hai neanche da dovere svolgere un'attività che ti richiede determinate cose.

Quindi la paura di mancanza di stimoli?

La paura di mancanza di stimoli, sì! (MSCC_M8_7075)

Cioè accade soprattutto, come verificato anche in altre ricerche, quando il pensionamento si intreccia con l'isolamento sociale e la segregazione domestica (Pugliese, 2011, pp. 194 ss.).

Se io potessi lavorare, trovare qualche cosa che fosse per me possibile mi piacerebbe molto! Anche perché mi annoio molto a fare il mangiarino, la cosina... [...] Io le dico la verità, quando arrivavo a lavorare, e l'ultimo lavoro era appunto in una casa editrice, dicevo «ora vengo qui a riposarmi». Ma non perché non facessi nulla, ma perché ero insieme a ragazzi anche più giovani, si andava a mangiare il panino insieme, era anche uno stimolo per me. Invece stare molto sola è poco stimolante. (MSCC_F2_6065)

La pensione può arrivare così a promuovere una dinamica di socializzazione anticipata alla vecchiaia, nel senso di acquisizione – più dettata dalle pressioni esterne che da una vera e propria, e libera, aspirazione individuale – di valori e di orientamenti propri di uno *status* (la vecchiaia appunto) in cui l'individuo non è ancora transitato ma in cui ha probabilità (e date le attuali aspettative di vita potremmo aggiungere alta) di entrare (Merton, 1949).

La lettura delle stesse interviste ben evidenzia però quanto sia limitante dare al pensionamento l'inequivocabile e lineare valenza da un punto di vista soggettivo di disimpegno, da un punto di vista di sistema di assenza di ruolo, o – recependo *tout court* il paradigma strutturale-funzionalista – interpretare il pensionamento come *disengagement* e *rolelessness*⁶. Una convincente spiegazione di questa incongruenza tra la classica definizione dello *status* di pensionato e la sua corrispondenza con quello di anziano può essere ricercata guardando non solo alla dimensione demografica, e dunque all'allungamento delle aspettative di vita, ma anche agli importanti mutamenti sociali economici e culturali occorsi negli ultimi decenni.

In particolare, si assiste al venir meno di quella consolidata e ordinata successione di riti di passaggio verso l'età adulta: lavoro, matrimonio, casa. Non tanto per gli intervistati – i cui percorsi di vita seguono nella maggior parte dei casi l'iter “regolare” – quanto per i loro figli. Questo avrebbe creato una sorta di corto circuito intergenerazionale delle età, intese secondo lo schema canonico: se i figli non rispettano le tappe e “ritardano” il loro ingresso in una fase della vita compiutamente adulta, almeno secondo il modo di vedere dei loro genitori – ovvero secondo la loro aspettativa derivante dall'educazione e dai valori recepiti – questi possono percepire come non del tutto compiuto lo stesso loro percorso di adulti maturi. Come se le difficoltà di vario ordine incontrate dai figli nell'autonomizzarsi rispetto alla famiglia di origine si ripercuotessero sulle traiettorie di vita dei padri – con una sorta di effetto a catena – “intralciando” e quindi procrastinando il loro passaggio verso la vecchiaia.

Senza con questo voler sminuire la gravità di alcuni problemi e l'importanza e la necessità urgente di intervento da parte delle istituzioni (a cominciare dall'accesso al mercato del lavoro per i più giovani, dalla scarsità di soluzioni abitative accessibili ecc.), e senza negare gli aspetti sicuramente negativi di tale forzata interdipendenza tra nuove e vecchie generazioni, è interessante dare risalto anche agli aspetti positivi che tale forma di incongruenza di *status* può portare.

L'equazione che legava i 60 anni alla pensione e alla vecchiaia si è andata indebolendo ed è ormai inattuale da più punti di vista. Il pensionato non è

6. Considerazioni che trovano riscontro anche in un ampio numero di saggi e studi sul tema, tra cui si segnalano Bernardini (2003); Tognetti Bordogna (2007).

anagraficamente e in molti casi non si percepisce come anziano; inoltre, i ruoli che ancora ricopre in diversi ambiti, *in primis* quello familiare, sono attivi e di responsabilità. A cominciare dalla coabitazione con i figli, sempre più spesso di lungo periodo, o talvolta, in situazioni segnate da insuccessi economici e/o matrimoniali, “di ritorno”; ancora, per quanto riguarda il reddito, dato che i sessantenni possono rappresentare gli unici membri del nucleo familiare percettori di entrate sicure e non di rado tra i pochi a poter disporre di un consolidato capitale economico (di cui è emblematico esempio il possesso o almeno la disponibilità di una casa); infine per il poter disporre di risorse di tempo e di conoscenze che rendono prezioso ed efficace un “saper fare” anche in termini di supporto nella gestione del *ménage* familiare dei più giovani e nella cura dei più piccoli o dei più anziani.

L'anno di pensionamento è stato esattamente il 2001, perché per la prima volta nella sanità ai dirigenti [...] veniva offerto quello che si chiama uno scivolo... accettai e venni via. Soldi che mi servirono a ristrutturare la casa per mia figlia. (MSCC_M10_7075)

Ora siccome ha avuto la sentenza di separazione dalla moglie [...] l'ho ripreso io, sennò dove va?! Sotto un ponte?! [...] Quando io sono arrivato al punto che ho detto «ora mi faccio una vecchiaia tranquilla», la figliola sistemata o non sistemata lei vuole vivere così, vive da sola e sta bene. [...] Lui sposato, lì per lì, mi sono detto: sono tranquillo. Avevo cominciato ad andare a delle gite insieme ad amici con la Croce rossa o con altre compagnie. Insomma una vita più serena senza tante cose. Ed è successa questa cosa qui. (SRG_M7_7075)

E la figlia che ha a sua volta figli fa affidamento su di voi?

Eh! Per andare a prenderli. Infatti noi si parte di qui per andare a Leccio, si fanno 30 chilometri. La bambina poi fa la terza elementare, il bambino fa l'ultimo anno d'asilo e quindi hanno orari tutti diversi. [...] Quando non può il mio genero tocca andare noi. [...] Ha preso un negozino ora, non è tanto, ha messo questa attività, quindi gli orari sono quelli che sono. Almeno fino a che poi si può fare si cerca di organizzarsi un po' fra tutti, fra noi. Però diciamo che è disagevole nel senso che non ci sono servizi che vanno a Leccio, quindi ci vuole la macchina in parole povere. Quindi si va a prendere, si riporta a casa, poi c'è la danza, poi la riportiamo. Fanno affidamento molto sui nonni. C'è chi dopo, noi si fa volentieri chiaramente, però chi ha la fortuna di poterlo avere è un bell'aiuto. Magari forse si riconosce dopo però... (MSCC_M4_6065)

Son sempre in cucina io! C'ho sempre i nipoti a mangiare... sicché! La mattina sono fissa in casa a cucinare. Il pomeriggio poi si va fuori con lui [il marito]. Si va a passeggiare... [...] Guardi li ho tirati su io, eh! Li ho tirati su. Quelli della mia figliola li ho tirati su proprio fino... Il piccino fa la terza media quest'anno. Fino all'anno scorso, a metà dell'anno scorso faceva anche tutti i compiti con me, eh! Da quando è nato che aveva 9 mesi, fino all'anno scorso. Ora poi l'anno scorso a metà ha co-

minciato a camminare un po' con la sue gambine. E quest'anno viene, mangia e poi va casa sua a fare... Ma se no io son sempre stata occupata. Quegli altri due, e meno male eh!, c'hanno la mamma che è libera e disponibile. Però noi si sono portati anche al mare, e in campeggio... (SRG_F4_7075)

Facendo un primo parziale punto in base a quanto fino ad ora osservato, emerge chiaramente in tutta la sua complessità la doppia valenza dell'essere in pensione. Da un lato si tratta di una delle condizioni caratterizzanti una ricca e ormai lunga e variegata fase della vita, dall'altro lato di un'importante variabile che in concomitanza con altre risorse di natura economica, culturale e relazionale (non necessariamente in questo ordine) e con altri fattori di contesto si rivela cruciale nell'attivazione di dinamiche di cumulo di rischi.

Condivisioni, vicinanze e prossimità: le complicate formule dell'abitare

Questo capitolo è dedicato all'analisi della vita quotidiana in ambiente urbano in una prospettiva e con gli strumenti tipici della sociologia qualitativa. L'obiettivo che si pone è duplice: da un lato quello di far emergere le interrelazioni tra abitudini, pratiche e alcuni aspetti salienti del "comportamento in città" (Cavalli, 1965) e le dinamiche di disuguaglianza e di salute del contesto indagato; dall'altro lato quello di porre in evidenza dove, con quali modalità e con quali costi e spendibilità si delineano realtà e modalità di interazione tipiche del vicinato.

Dal punto di vista teorico, il capitolo si riallaccia alla enunciazione di "quartiere" di Luciano Cavalli, arricchendola e completandola – come si avrà modo di vedere nei successivi paragrafi – con le suggestioni teoriche e gli spunti di riflessione maturati in numerosi lavori di Elias, in particolare nelle ricerche su Leicester/Winston Parva (Elias, Scotson, 1994; Elias, 1998; Perulli, 2012).

Il primo passo per definire lo strumento concettuale poi utilizzato nella parte analitica è stato dunque una più rigorosa definizione di quartiere e la sua netta distinzione dal concetto di vicinato. Se «nel quartiere possono ben svilupparsi dei vicinati», è altresì vero che «il quartiere non è un vicinato» (Cavalli, 1965, p. 93): la differenza essenziale del quartiere rispetto al vicinato consiste nel fatto che le dimensioni sono diverse e quindi non può esserci quel generale rapporto informale *vis-à-vis* essenziale per lo sviluppo di rapporti primari. La relazione di vicinato tende a stabilirsi tra un numero di persone relativamente contenuto (e dunque a coinvolgere un limitato numero di abitazioni ovvero una porzione del quartiere) anche in virtù di alcune caratteristiche strutturali dell'area residenziale: «condizioni fisiche favorevoli» quali la vicinanza delle case tra loro, l'assenza di ostacoli naturali o artificiali, la distanza spaziale e/o relazionale da altre aree abitate. Entrano poi in gioco anche elementi di tipo sociale che possono consentire l'incontro, occasione cruciale per il formarsi di opinioni condivise. Solo quando si riscontrano «modelli interattivi che tendono a ripetersi» è più appropriato parlare di vi-

cinato. Ne è un esempio l'abituale frequentazione di un luogo di ritrovo, nel quale gli abitanti delle case in discussione possano incontrarsi regolarmente ed «entrare in interazione», anche se la relazione di vicinato non si esaurisce in un mero «ammontare di interazione sociale», ma si completa e si caratterizza per un profondo sentire comune fondato sulla condivisione «di valori comuni che influenzano il comportamento di tutti» (ivi, pp. 60-1).

Alla luce di ciò, il secondo passo è stato quello di un'attenta rilettura del materiale biografico che ha suggerito una più chiara definizione delle interrelazioni tra sfere e risorse coinvolte.

Una prima dimensione emersa è riconducibile a ciò che più direttamente riguarda la condizione abitativa e dunque lo spazio a disposizione, la sua qualità e la sicurezza della sua fruizione, i legami e i rapporti con gli altri coabitanti, ovvero quanto ruota dentro e intorno al "bene casa" ed è fortemente e intimamente legato al capitale economico e al capitale relazionale dell'individuo e della sua famiglia e allo stile di vita individuale dei singoli componenti del nucleo familiare/abitativo.

Una seconda dimensione è quella della realtà sociale *del e nel* quartiere: i ritmi, le attività e le opportunità quotidiane; il senso di sicurezza, la percezione di confini imposti e/o il rispetto di delimitazioni desiderate; le difficoltà o agevolazioni nei movimenti, negli spostamenti e nei contatti sono tutte dimensioni e dinamiche circolarmente interconnesse innanzitutto alla struttura sociale e agli stili di vita collettivi.

Insieme, questi due ambiti di vita si legano alla sfera dell'inclusione sociale, *agiscono sul* e a loro volta sono *condizionate dal* benessere socio-economico dei singoli e vanno a interagire – a loro volta potenziandosi o deprimendosi – in senso positivo e virtuoso o negativo e di depauperamento con la risorsa salute, individuale o collettiva che sia.

5.1

La casa

Il percorso che qui si propone ha inizio dalla dimensione più privata e individuale, dunque dalla casa, per poi estendere sguardo e analisi al quartiere. Per nessuno dei quaranta intervistati sono state direttamente denunciate o riscontrate criticità, inadeguatezze o particolari disagi a livello di carenze infrastrutturali, di manifesta insalubrità degli ambienti, di sovraffollamento, conosciute invece in non pochi casi nell'infanzia e nella prima giovinezza:

La sua casa [del fidanzato, poi diventato marito] era pericolante. Erano i famosi casoni di via Giampaolo Orsini e furono buttati giù e ricostruiti. Però non era casa

sua. Qui [a Sorgane] c'erano queste case che non avevano niente, né finestre né porte, erano da finire, ma ce n'è stati tanti che sono entrati qui dentro e praticamente ci sono rimasti. Subito dopo l'alluvione, a fine '66 ci siamo rimasti, poi ora siamo assegnatari e tutto in regola. (SRG_FIO_6065)

E poi siamo andati a quelle che chiamavano le casette a Novoli. Anche quelle non ci sono più. E lì ci sono stata per altri sei o sette anni. [...] Avevamo forse il water, ognuno aveva il suo, per il resto era uguale.

Cioè avevate sempre un'unica stanza a disposizione?

Un'unica stanza divisa da un muro che però era soltanto alto fino a 2 metri e poi sopra era aperto e il segno della porta c'era ma non c'era porta. Poi erano senza fondamenta quindi c'era un'umidità pazzesca. Tanto è vero che non esistono più, le hanno abbattute. [...] Qui sono tornata che avevo intorno ai 20 anni. (SRG_F2_6065)

Dalle interviste non sono emersi neppure rischi imminenti di perdita del bene:

Lei è assegnataria?

Sì. No, chi me lo fa fare di comprarla ora! Se non la vuole comprare il mio figliolo, io no. A 65 anni chi mi fa di mettermi un mutuo poco che costi e comprarla?

Diciamo comunque lei la casa ce l'ha garantita?

Ce l'ho garantita. Se io pago, non ho nulla di particolare... (SRG_FIO_6065)

I problemi possono piuttosto essere ricondotti ad attriti o difficoltà di organizzazione (o riorganizzazione) del *ménage* familiare a seguito di nuovi assetti delle convivenze e/o distribuzione degli spazi, che anche la FIG. 5.1 ci aiuta a visualizzare.

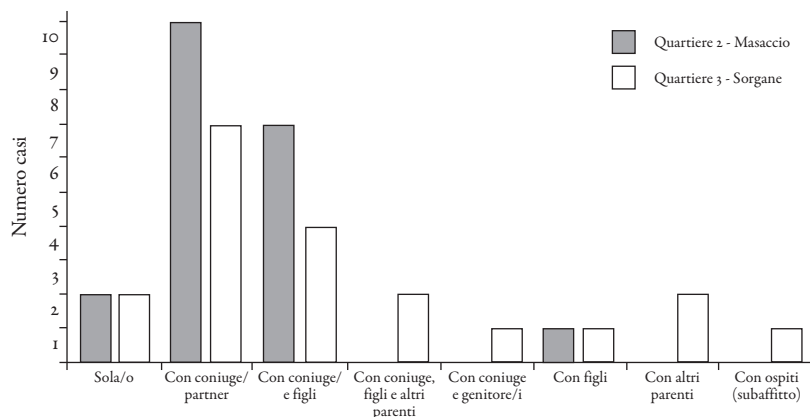
Col cognato, con i nipoti è una convivenza... fattibile?

Sì, senza entusiasmi e senza depressioni, diciamo così. Era necessario fare così, non c'è nulla da fare. [...] La cosa principale era avere un certo tipo di casa perché ero partito addirittura col tentativo di trovare due appartamento di tre stanze, ma poi il costo [...] era proibitivo perché gli appartamenti piccoli costano di più di quelli più grandi. Però volevo una casa che mi desse indipendenza. Sono andato a vederle a Campi, a San Donnino, a Tarnuozze... Poi per l'appunto capitò questa, così vicino a dove stavo. Ho lottato per averla in una maniera incredibile [*ride*] che fra l'altro c'erano ipoteche e una cosa e un'altra. Però ce l'ho fatta! (SRG_MI_7075)

Problemi che risultano più facilmente ovviabili quando le risorse in termini di spazio e di disponibilità economica sono più consistenti e permettono di cogliere più agevolmente solo gli aspetti positivi della coabitazione, senza doversi fare carico anche del peso di una così stretta vicinanza e dei suoi legami, quindi neutralizzandone la dimensione "stressante" e limitante:

FIGURA 5.1

Situazione abitativa degli intervistati



Allora io sono venuta qui nel '56, me ne sono andata nel '72 quando sono andata in questa casina di via Laura quando mi sono sposata, e poi sono tornata qui nell'82 quando mia sorella è voluta andare a stare per conto suo e mia madre era sola. Perché vede questa è la metà, perché la casa è tutto il piano: di là c'è un'altra casa sempre nostra. Però io dissi «torno a stare accanto a te mamma però dividiamo le case. Non voglio la vera e propria coabitazione». Cioè nel senso siamo accanto, ci si dà una mano però ognuno mangia per conto suo, ognuno ha i suoi amici. (MSCC_F2_6065)

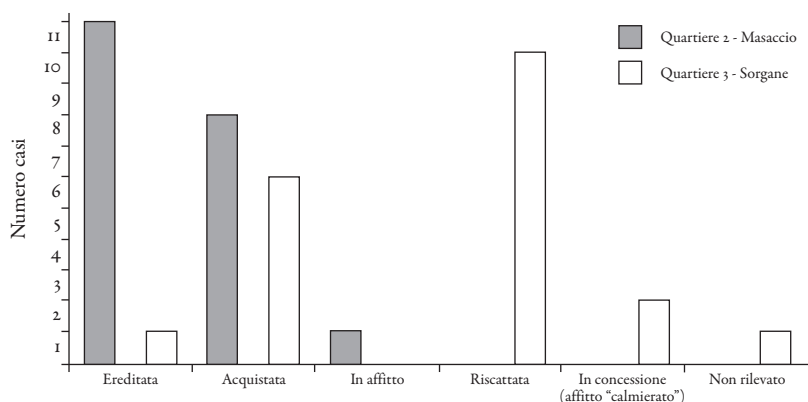
Quando mi sono sposato, qui vivevano i miei suoceri, questa è una casa doppia: è stata divisa e siamo venuti qua. Una parte mia moglie e una parte l'hanno preso i miei suoceri. (MSCC_M4_6065)

Un'altra problematica comune a entrambe le aree (e particolarmente sentita) riguarda poi la paura o preoccupazione che la perdurante crisi economica o nuovi problemi/condizioni avverse rendano necessaria la vendita del bene casa o comunque il venir meno della sua garanzia di uso.

Poi noi non abbiamo una casa, siamo sempre in affitto, questa casa qui è in affitto, ci costa un monte di soldi. Con ansia economica, ci stiamo rendendo conto io e mio marito che – io ho uno stipendio medio-basso, mio marito ha uno stipendio normale, diciamo abbastanza buono – abbiamo sempre pagato più o meno anche nell'altra casa questo livello di affitto, d'altra parte siamo quattro, ci piace stare in questa zona, non allontanarci troppo. Però io mi accorgo che mentre fino due, tre anni fa, quattro anni fa i conti alla fine riuscivamo a... ora non si fa più. (MSCC_F8_6065)

FIGURA 5.2

Titolo di godimento abitazione



E quindi ora non so, sono rimasta con poco. [...] Non riesco a vivere. Ci vivo ma vivo male. Si vive male con la minima perché il muro non lo puoi mangiare. E che fai? Se lo vendi [riferito all'appartamento in cui l'intervistata risiede] trovi sempre l'avvoltoio che te lo piglia per 5 lire quindi... (MSCC_F10_7075)

L'acquisto della casa (FIG. 5.2), soprattutto per gli intervistati di estrazione sociale meno agiata, risulta emblematica ed è una delle più tangibili testimonianze di un percorso di mobilità ascendente: così come il conseguimento di un certo titolo di studio lo è a livello di capitale culturale, la proprietà di un immobile lo è di riscatto sociale e di successo economico.

Ero nell'ordine di idee [di comprare una casa]. Tenga presente siamo nel '75-'76 dove con uno stipendio da impiegato, in fondo ero impiegato, abbiamo potuto comprare una casa, cosa impensabile oggi. Quindi reputai che fosse importante una casa. Così guardando un po' sulla Pulce, questi giornali di annunci... Lo studio era qui in via Cavour e quindi cercai una zona limitrofa, infatti io a lavorare andavo sempre a piedi. [...] Nel '76 l'ho comprata e sono tornato nell'80 perché era occupata. Io d'altra parte non ero fuori di casa.

Era sempre con i suoi genitori?

Certo! Il mio babbo era bell'e morto, ma ero con la famiglia. (MSCC_M7_6065)

Economicamente la cosa era abbastanza tranquilla... Sì, ma mia moglie ha sempre lavorato sennò sarebbe stato un dramma e anche fare questa casa sempre in cooperativa... c'è voluto svariati anni a fare un discorso però... sicuramente per un operaio non è facile rinunciare a tante cose per fare questo... [...] le paghe degli operai sono più o meno alte ma son sempre basse... in generale... (SRG_M2_6065)

Siamo venuti qui nel '70. Così almeno si pagava meno affitto, meno tutto. Poi dopo tanti anni ce l'hanno... l'abbiamo pagata e l'abbiamo presa noi. Perché allora si pagava 20.000 lire, e dopo tanti anni diventava nostra...

L'avete potuta riscattare?

Sì. Si è dato un po' di soldi dopo in più; i contratti... ehh così... (SRG_F7_7075)

Inoltre si guadagnano spazi più adeguati e si garantisce la fruibilità del bene agli altri componenti del nucleo familiare:

La casa era piccolina. Poi i miei si sono trovati nella condizione... – non so se... è passato tanto tempo... non so se fecero un prestito o cosa – di comprarsi una casa [...] Ma fu un passo avanti! Comprarono questa casa dove poi io ho abitato per cinquantacinque anni. [...] E anche rispetto agli altri si stava bene. Eravamo riusciti anche ad avere una casetta di cinque stanze. Che per quei tempi... (SRG_M1_7075)

L'alluvione buttò giù il muro... ci buttò giù mezza casa [...] insomma fece danni. E poi s'ebbe questa casa qui dal Comune. [...] E tutti siamo venuti, perché la casa gliela dettero a mio padre. Capito? Siamo venuti tutti qui. Quando siamo tornati qui... dice... ci siamo sposati. (SRG_M3_7075)

Non di rado la casa è una eloquente cartina di tornasole di vere e proprie strategie familiari: nell'impegno a riscattare e quindi a garantirsi la proprietà del bene immobiliare ci si ritrova – non senza sentimenti da un lato di orgoglio e soddisfazione, dall'altro di dovere e di legame morale – a completare un percorso iniziato dai propri genitori.

Quindi ho subito l'alluvione, e nel '71 siamo venuti qua. Cioè nel '66 ci avevano già assegnato questa casa qui solo che erano state occupate dagli alluvionati e quindi abbiamo dovuto aspettare cinque anni e rimetterla anche a posto perché erano in delle condizioni... [...] Non erano ancora finite, mancavano le finestre, mancavano tante cose. [...] Ora non mi ricordo bene ma mi pare che mio padre c'abbia dovuto rispendere all'epoca un 500.000 lire per rimetterla a posto.

Per i suoi genitori trasferirsi qui era stata una cosa positiva? Erano contenti?

Sì sì, erano contentissimi. [...] La casa [precedente] era in affitto. Ma poi erano solo due stanze quindi io dovevo dormire nella camera dei miei genitori. Sai, finché sei bambina, ma poi quando cominci ad avere una certa età, insomma è un po' scocciante. Poi dopo l'alluvione non era più possibile starci. Meno male che ce l'avevano già data questa qui, anche se era stata occupata. Mio babbo e mia mamma hanno lottato tanto per avere questa casa perché gli alluvionati non volevano andare via di qui... (SRG_F3_60-65)

Sì, sono andata a fare le pulizie.

Quindi diciamo voleva conquistarsi la proprietà di questa casa?

Anche perché non potevo fare diversamente [...] Quando io ho chiuso il negozio, avevo circa 42 anni, a 42 anni non ti prende nessuno in nessun posto. Quindi mi

sono data da fare a... Ho affittato una stanza, col rischio ancora che mi buttassero fuori perché la casa ancora non era mia. Facevo i capelli in casa e non lo potevo fare. Però uno doveva pur mangiare, non avevo soldi. E poi tante pulizie, e poi andavo a lavorare in un ristorante la sera. Insomma ...

Insomma... si è ingegnata?

Mi sono ingegnata e sono felice. (SRG_F2_6065)

Il supporto della rete familiare, qui declinato in termini specificatamente economici, si conferma fondamentale anche per gli appartenenti alle fasce socio-economiche più agiate, ad esempio sotto forma di prestiti o “donazioni” per l’acquisto di un nuovo immobile.

È stata una scelta in cui in qualche modo siete stati supportati anche dai rispettivi genitori, o indirizzati, o economicamente sostenuti? Oppure un percorso vostro, autonomo?

All’inizio sì, mio padre.

Per acquistare la casa.

Certo!

Quindi avevate questo appoggio?

Sì! (MSCC_F7_7075)

A quel punto c’è stata la necessità di trovare la casa?

Sì, la casa dove andare che era in via Pier Capponi, e la comprò il padre di mia moglie. (MSCC_M10_7075)

Fino a che mio marito non ha estinto la parte del mutuo per la casa di sua mamma non ci siamo sposati. Insomma, ha pagato la prima parte del mutuo, cinque, sei anni, non so, per la madre, che poi la seconda parte dopo l’ha pagata sua sorella.

Quindi si erano divisi la spesa tra figli per aiutare la madre?

Sì, più che aiutare, anche perché poi rimaneva a loro, parliamoci chiaro.

Era un... investimento?

Sì non lo so se era solo un aiuto. Se la vogliamo dir tutta, poi non lo so, può essere. Era un mettere lì i soldi della morte improvvisa del babbo, della liquidazione del padre ecc. Quindi quando è morta questa zia che aveva la casa di proprietà, poi aveva anche qualche cosa altro, mia suocera ha voluto fare le divisioni, quindi con questo si è risolto il discorso casa... (MSCC_F5_7075)

Inoltre, il supporto si è manifestato sotto forma di lascito, eredità o “destinazione di uso” di una soluzione abitativa già nelle disponibilità della cerchia familiare.

Come era facile attendersi, data la storia del quartiere, i percorsi di raggiungimento della proprietà della prima casa sono numerosi e particolarmente significativi – e nel corso della ricerca è stato pertanto molto più facile incontrarli – tra i residenti di Sorgane, che volentieri li fanno oggetto delle loro narrazioni, solitamente con compiacimento e orgoglio.

5.2

Comune sentire e relazioni di vicinato

A Sorgane, oltre all'iter intrapreso per "conquistare" la casa, la durissima esperienza dell'alluvione del 1966 e una serie di altre caratteristiche condivise come la generazione di appartenenza, simili ritmi e impegni di vita quotidiana, il collocarsi in una stessa fascia socio-economica, il recente trasferimento del nucleo familiare di appartenenza dalla campagna alla città, favoriscono i contatti tra gli abitanti del nuovo insediamento. Si crea cioè il "comune sentire", base di quello "spirito del luogo" e di quel senso di vicinato che – secondo quanto fatto emergere da questa indagine – hanno giocato un ruolo strategico nel contrastare aspetti di degrado inizialmente presenti nel quartiere e nel sopperire a molte delle carenze strutturali che soprattutto all'inizio esso presentava.

Venire a vivere in questo quartiere per voi è stata una cosa positiva?

A me è piaciuto tanto. Tanto tanto.

MARITO: Questo quartiere, Sorgane, non è un quartiere come veniva descritto. È di una tranquillità... e noi quante volte si è dormito con la porta aperta... Ci si scordeva! E non c'è mai mancato niente. Non abbiamo mai avuto a che fare... sempre con gente...

Uscio aperto, con le chiavi nell'uscio. A volte uno passava di su, poi ritornava di giù e i figlioli lasciavano la porta aperta... Ora è tutto cambiato. Ma eravamo molto uniti. [...] Molto, molto. La sera si stava fuori a parlare, tutti... (SRG_F4_7075)

Ora è diventata una terrazza di vecchi.

È un posto dove la sera vi mettete fuori a chiacchierare?

D'estate a volte sì, ma non un granché. Di giorno magari. Ora io c'ho più amicizia non con questi qui accanto. [...] I pomeriggi a volte vado un'oretta si sta lì a chiacchierare. Lei ha quasi la mia età anno più anno meno. C'ha un bambino piccolo, insomma. Grosso modo amicizia. Non ci si trova male. (SRG_FIO_6065)

Diverso il discorso per quanti seguendo altre traiettorie – o di tipo matrimoniale, andando a sposare "eredi" di appartamenti nella zona considerata, o di carriera lavorativa, non rientrando per reddito e/o per percorso in una delle fasce beneficiarie di una casa popolare o comunque di alloggi di cooperativa aziendale o di categoria – approdano nella porzione di quartiere di più vecchia e stratificata edificazione ricompresa tra piazza Savonarola, piazza Libertà e piazza Donatello. In particolare per quanti vi arrivano a seguito di un passaggio dalla campagna alla città, l'assenza di vita di quartiere e la mancanza di punti di aggregazione hanno una forte ricaduta in termini di isolamento.

Perché questo spostamento comportava [...] delle difficoltà, l'inserimento qui a Firenze non è stato dei migliori.

E questo passaggio della sua famiglia prima a Rignano e poi a Firenze era stato dettato da motivi di lavoro?

Sì da motivi di lavoro, perché i fratelli erano tutti sui 25, 27, quindi avevano delle esigenze diverse che la campagna all'epoca non soddisfaceva, e come tutti siamo partiti verso la città. E all'epoca il lavoro c'era quindi siamo stati meglio anche sotto il profilo economico, almeno più tranquilli. Anche se a me, personalmente, non mi è mai mancato niente delle cose essenziali. Però qui c'era un'altra prospettiva diciamo. (MSCC_M4_6065)

Il bagaglio di valori ed esperienze proprio dei singoli individui, frutto dell'incontro tra insegnamenti impartiti da un'istituzione scolastica dalle caratteristiche organizzative e pedagogiche tipiche del primissimo dopoguerra e saperi taciti di origine rurale tramandati in ambito familiare, rimane cultura privata, intima, via via sempre meno condivisa e condivisibile.

La scuola materna per me è stata la campagna, la migliore. [...] Allora le Cascine del Riccio, che è a 6 chilometri da qui, sempre comune di Firenze, ci conoscevano tutti, ottocento, mille anime credo, quindi era una grande famiglia. Che poi l'hanno dimostrato a seguito degli eventi bellissimi e di lutti che ci sono stati in casa mia. Insomma eravamo veramente una grande famiglia. E lo stesso con ex compagni di scuola naturalmente della mia età ma siamo rimasti in ottimi rapporti. (MSCC_M7_7075)

Questi capitali, così decontestualizzati (Castel, 2003), si rivelano ben presto risorse poco spendibili, non valorizzabili, poco integrati con la dimensione della vita nel quartiere. Quanti ancora conservano abitudini, passioni, legami direttamente ereditati dal mondo rurale e appresi e/o consolidati nei primi anni di vita possono solo, là dove possibile e anche se con maggiore impegno di tempo e di energie, continuare a coltivarli ritagliandosi spazi e tempi esterni al quotidiano *ménage* cittadino.

Sono consigliere della Casa del popolo di *omissis* [paese di origine dell'intervistato, situato nella provincia fiorentina]. [...] Perché io canto, sono basso del coro sociale della Casa del popolo. Faccio parte del comitato direttivo del coro e siccome il coro è della Casa del popolo, anche per avere un aggancio diretto con la gestione di questa struttura in tempi difficili come sono questi, quindi sono anche consigliere della Casa del popolo di *omissis*. E questo mi impegna abbastanza per le riunioni del consiglio ecc. (MSCC_M7_7075)

Vado a caccia, [...] vado a cercare i funghi. La campagna per me è quello che mi piace più di tutto. [...] perché la sento più mia. (MSCC_M4_6065)

5.3

Oltre la stigmatizzazione

Un'analisi approfondita degli aspetti salienti della vita quotidiana e delle trasformazioni in atto nell'area residenziale di Sorgane ha reso possibile rintracciare, qui più che nell'area del Quartiere 2, una diffusa e forte memoria storica sulle vicende della zona e un certo senso di appartenenza ai luoghi. Tra gli abitanti di Sorgane – soprattutto quelli di primo insediamento o quelli arrivati nei decenni successivi ma appartenenti a una certa fascia di età – è ben percepibile quello che può essere definito *legame di comunità* (Tönnies, 1887) caratterizzato da valori di reciprocità e di lealtà e promotore di un attento e talvolta vigoroso controllo interno al quartiere, esercitato anche mediante lo strumento del pettegolezzo¹.

MARITO: Lei consideri che io insieme a quel signore lì accanto, e a tanti altri, perché a quell'epoca deve capire che anche il partito aveva la sua importanza, e io militavo e tutto quanto. E qui non c'era nulla. Veniva chiamato quartiere dormitorio, no?! E allora insieme a questi personaggi... bisogna fare qualcosa... bisogna fare un centro sociale per i ragazzi. E allora c'era una villa, e c'è tutt'ora.

Quella dove c'è la sede del quartiere?

Sì, esatto! Quella lì era chiusa tutta scalcinata, le porte erano chiuse [...] e allora noi, tutto il comitato che aveva firmato e tutto quanto, una sera si prese, si sfondò tutto e si entrò. E si cominciò tutti, chi dipingeva, chi puliva, chi... e si fece il primo centro sociale. S'era nel 1974. Il primo proprio: e si cominciò a fare il bar, si faceva il servizio al bar, e poi le feste in piazza [...] e c'era... insomma la sera d'estate era sempre una festa. (SRG_F4_7075)

Nonostante gli iniziali numerosi problemi da affrontare, e pur a fronte di una scarsa disponibilità di capitale sia economico sia culturale, l'estensione

1. Così come il carisma non può essere compreso se osservato come fenomeno individuale, lo stigma non è qualcosa che riguarda il singolo. La profonda avversione mostrata da singole persone verso altre (*pregiudizio individuale*) è legata a doppio filo con la formazione di un vero e proprio pregiudizio (*stigmatizzazione di gruppo*) e richiama e svela squilibri e competizioni di potere e status (Elias, Scotson, 1994; Perulli, 2012). Nel gioco figurazionale di tensioni tra gruppi o interne a uno stesso gruppo, particolarmente significativo risulta essere proprio «il ruolo attribuito al pettegolezzo [...] attraverso il quale si definiscono i ruoli dei diversi attori e si assegna significato ai loro valori e comportamenti (reali o presunti che siano) fino a vere e proprie forme di stigmatizzazione di gruppo» (Perulli, 2012, p. 106).

della rete di relazioni e forse ancora più in particolare la qualità di tali relazioni hanno rappresentato la risorsa cruciale.

Un reale rischio di segregazione era presente, a cominciare dagli elementi strutturali: l'area è delimitata da barriere naturali (un'ampia zona verde e collinare lasciata in buona parte a bosco che rende la strada di accesso a fondo chiuso) e architettoniche (una sopraelevata che segna la fine del raccordo autostradale, una strada di scorrimento, il "confine" con il Comune di Bagno a Ripoli) che tendono a isolare figurativamente e concretamente il quartiere. I bassi livelli di inquinamento atmosferico e acustico, il traffico moderato, la quiete soprattutto notturna hanno un costo. O, vedendo la questione da un'altra prospettiva, sono l'aspetto più positivo del fatto che a Sorgane finisce la strada, e non vi si capita per caso o di passaggio. A Sorgane bisogna volerci andare, e soprattutto per un non residente non sono molte le sue attrattive. Ancora oggi "c'è un po' poco", si denuncia l'assenza di una banca e di un ufficio postale, il servizio di trasporto pubblico presenta alcune carenze, anche se la presenza di attività commerciali, avviatesi nel corso degli anni, ha comunque permesso ai residenti di godere di alcuni servizi e di avere alcuni punti di riferimento per le esigenze primarie e, non ultimo, per la vita di relazione.

Posso dire che è ora dopo anni che comincia ad esserci qua un po' la vita. E questo grazie al mercato che c'è tutti i giorni, a qualche negozio che hanno ricambiato... non sono neanche più negozi come una volta, alimentari o piccoli fruttivendoli che erano chiusi, ma magari rosticceria, bar, gelateria che uno esce e si può sedere fuori. Poi la villa che ora è un centro sociale, che è un po'... insomma queste cose mancavano perché qua il sabato e domenica era morto, proprio uno c'aveva spavento ad uscire fuori. E poi parecchio anche le badanti che vanno con i malati fuori, prima no, erano tutti dentro. E non eravamo neanche tanto anziani, eravamo più giovani! Ora invece il quartiere è molto più vivo, anche quella piazza che hanno fatto.. [...] Però insomma potrebbero fare un po' qualche cosa di culturale, non c'è nulla ecco, di questo... (SRG_F5_7075)

All'isolamento geografico e alle caratteristiche urbanistiche si sono andati combinando, soprattutto nei primi anni di vita dell'insediamento, diffuse e in alcuni casi serie vulnerabilità sociali, come le frequentazioni – molto invase ai residenti – degli spazi comuni da parte di senzatetto, sbandati e clochard.

Sono state messe delle porte a metà scale, prima quando ci siamo tornati la gente veniva a fare le passeggiate, ci si trovava le persone a guardare. [...] E anche a dormire sopra [...] Persone che andavano al quinto piano dove c'è il terrazzone, si mettevano a dormire lì. Poi si richiese a forza le porte. (SRG_M6_6065)

Ci sono poi i problemi legati alla tossicodipendenza e alla delinquenza, soprattutto quella connessa allo spaccio.

C'era un po' più di delinquenza prima che ora. Prima c'era più delinquenza, un po' più di droga e ora sembra un po' calmato come cosa. [...] c'è questi albanesi, questi ragazzini piccoli che vogliono fare... ma poi per il resto... (SRG_M10_6065)

Nel '72 e '73, quando ero giovanotto c'era un po' più di teppa, ecco [...] Si sono calmati... si sono calmati ecco! Sono invecchiati tutti. Poi sa, qualcheduno è anche infilato alle sbarre, ecco.

Quindi, sia lei che sua moglie vi siete trovati bene?

Sì, sì, benissimo. Non si dà noia e non ci danno noia. (SRG_M8_6065)

Ancora, la diffusione di un'immagine del quartiere permeata dalla cattiva fama:

[La cattiva fama] una volta c'era. Io... quando fu!? Un compleanno della mia nipote che... c'erano delle persone parlavano e dicevano Sorgane, mi sono inalberata perché ho detto «che c'hai da dire!?». Qui è come tutte le parti: c'è stato della droga però è stata debellata. Ora se c'è, io... ma sarà come tutti i quartieri grosso modo. Io però tante volte vado a cena fuori con i miei fratelli. Mi lasciano giù, faccio le scale, non che salgo spensierata però insomma non ho mai sentito dire di aggressioni. Mi sento abbastanza tranquilla. Certo dovessi tornare sola per le strade non lo so però.

Si riferisce solo a questa zona?

Da tutte le parti. Basta andare anche in centro, ogni quartiere c'ha il suo... coso. Chi più e chi meno. (SRG_F10_6065)

Tale rappresentazione negativa del quartiere – confermata da molti intervistati, di entrambi i quartieri – non si è però automaticamente tradotta per i residenti in autopercezione del proprio livello di deprivazione e dunque in senso di inferiorità, vergogna e ansia (Elias, Scotson, 1994; Wilkinson, 1996; Wilkinson, Pickett, 2009), condizionandone in senso negativo le interazioni con gli individui di classe sociale superiore (o percepiti come tali) e/o esterni alla realtà di quartiere. Come ben sintetizzato anche nei brani che seguono, nonostante le più o meno gravi difficoltà economiche, l'iniziale marcata di servizi per il nuovo quartiere, la posizione periferica e i collegamenti non particolarmente agevoli con il resto della città, il simultaneo arrivo di numerosi nuclei familiari in simili condizioni e con simili esigenze in una porzione di città di nuova costruzione e con una storia ancora tutta da scrivere ha avuto esiti positivi. Le possibili dinamiche di degrado sociale, di “isolamento difensivo”, di ghettizzazione e segregazione abitativa non si sono di fatto mai innescate (almeno in proporzioni estese e gravi); anzi, il

loro rischio si è via via allontanato negli anni. Con esso si sono allontanati i possibili effetti di condizionamento in senso negativo dei network di relazione: sia nella loro capacità di creare capitale sociale sia nella loro valenza strategica in fatto di salute e benessere².

Sinceramente ci si tornò volentieri. Era una zona che non si conosceva per niente, però ci siamo adattati subito... era una zona abbastanza tranquilla anche se i primi tempi era una zona dove c'era piovuto un po' di tutto diciamo perché qui dopo l'alluvione queste case furono occupate da questi alluvionati... quindi ci capitò un po' di tutto...

C'erano tensioni che lei ricorda?

L'aspetto del quartiere inizialmente era un po' degradato dal fatto che c'era un po' di tutto di popolazione [...] Non era pericoloso, bisognava... avere un occhio di attenzione. Purtroppo c'era un po' di giro di droga, c'erano alcune persone che avevano a che fare con la legge diciamo. Sicché voglio dire era un po' sulla bocca di tanti Sorgane. Proprio come se la droga la spacciasse solo il quartiere di Sorgane.

Possiamo dire si fosse creato questo luogo comune?

Sì, proprio per questo giro che c'era... Poi piano piano queste persone sono sparite. C'è stato un ricambio generazionale. Per me è un quartiere che si vive bene. Qui a Sorgane, sinceramente si sta bene, è tranquillo, c'è abbastanza servizi... Ci potrebbe essere qualcosa in più però... va bene anche così. Siamo vicini al centro con l'auto-bus... si arriva in poco tempo in centro...

Quindi a parte questi problemi all'inizio...

Sì, a parte questi problemi s'era un po' come tutti come dei pesci fuor d'acqua... [...] Questo quartiere era partito con delle idee di costruzioni all'avanguardia... Poi purtroppo la cosa è stata un po' abbandonata dall'alluvione in poi. Alcune cose sono state riprese dopo, però insomma... l'urgenza... Qui venne un po' di tutto. E ci fu chi entrò dentro abusivamente. Tanti. Il 50% era abusivo. (SRG_M4_6065)

È cambiato nel tempo. Ora è diventato di prima categoria. Quando si tornò noi... [...] nel '78, lo chiamavano "il ghetto". C'erano – a parte ci sono ancora – i drogati, ci vennero gli sfollati dell'alluvione, tutte queste cose.... Però invece ora è diventato... (SRG_M6_7075)

Il graduale processo di miglioramento innescatosi nel quartiere può essere spiegato considerando come sia fattori esogeni sia fattori endogeni si siano negli anni combinati in modo tale da delineare un percorso alternativo alla segregazione e al degrado. Da un lato l'onda lunga del boom economico degli anni Sessanta e una società che soprattutto in quei decenni tentava di

2. Il disagio sociale e il senso di vergogna sono potenti generatori di malessere e agendo direttamente sugli stili di vita individuali e collettivi spingono gli individui a trovare conforto e/o sfogo in pratiche dannose per il loro stato di salute, dalla sedentarietà al consumo di *junk food* consolatorio, fino all'alcolismo e alla depressione.

promuovere la riduzione della sperequazione economica e sociale, dall'altro lato i miglioramenti delle posizioni relative degli abitanti e i loro percorsi di mobilità in senso ascendente hanno portato a una diminuzione – in media – della concentrazione della povertà nel quartiere³.

A ciò va aggiunto l'effetto dell'evoluzione del mercato immobiliare fiorentino, che ha reso sempre più appetibili e costosi gli appartamenti nel quartiere (ormai considerato di prima periferia) e che ha quindi sia fatto considerevolmente aumentare il patrimonio a disposizione di tutti quei residenti che negli anni erano riusciti ad acquistare o riscattare le loro abitazioni conquistandone la proprietà, sia condizionato il ricambio di domiciliati in senso più "esclusivo".

Poi però queste case hanno cominciato a venderle. Sia le case popolari sia il comune non ne voleva più sapere, hanno cominciato a venderle e allora è cominciato il ricambio. Effettivamente voglio dire... gente anche un po'... ignorante con problematiche ecc. Ma con i figlioli, andando a scuola, una cosa e un'altra, un minimo di rincivilimento l'hanno avuto [*ride*] per cui oggi io mi ci trovo benissimo. [...] Sto bene perché c'ho una casa abbastanza ariosa, abbastanza... con tutti i comodi perché c'ho il capolinea qui di uno dei più importanti autobus. [...] Dal 2004 a oggi io non ho avuto problemi. Ho trovato persone carine, anche qui ogni tanto con questi di sopra facciamo le cene, tutti insieme quelli delle scale ecc. ecc. (SRG_MI_7075)

Non si può però pensare che questo sia un processo ineluttabile e che i passi avanti compiuti e le conquiste in termini di sicurezza e coesione sociale siano illimitatamente garantiti e a senso unico. I vantaggi conquistati dagli anni Settanta agli anni Duemila rappresentano un patrimonio comune tanto prezioso quanto fragile, che potrebbe essere seriamente intaccato dall'effetto combinato del dissiparsi da un lato – per motivi di invecchiamento della popolazione, di ricambio generazionale, di mobilità residenziale – di quel capitale relazionale così importante nello sviluppare, nell'applicare quotidianamente e nel trasmettere il senso civico, dall'altro lato dal venir meno a causa del perdurare dell'attuale crisi di quel diffuso benessere che, se pure modesto, era percepito come adeguato.

Mio marito aveva piuttosto dei pregiudizi su questa zona, non perché sia una persona razzista, ma perché si sentiva dire: Sorgane! [...]. Io devo dire la verità, mi sono trovata molto bene, ho dei rapporti fantastici. [...] Anzi le dirò di più, ora le dico una cattiveria: quando io sono tornata sette anni e mezzo fa, qua non c'erano

3. Così come testimoniato e confermato da Andrea Ceccarelli, presidente del Quartiere 3, in occasione di un colloquio con testimoni privilegiati avvenuto nella fase preliminare della ricerca sul campo.

ancora tutti i nuovi arrivati di questi nuovi appartamenti, di queste nuove case. Che non saranno nemmeno loro, però quando sono arrivata la zona era molto più pulita di quanto è adesso. Quindi gli abitanti di Sorgane evidentemente tanto da criticare non erano... (SRG_F8_6065)

Il brano appena riportato ben delinea e introduce i problemi (con varie sfumature descritti anche nelle tre testimonianze a seguire) portati dalla nuova fase di "accessibilità agli altri" vissuta dal quartiere. In un luogo per lungo tempo chiuso, marginale rispetto ai flussi cittadini di movimento e mutamento, e con una popolazione nel tempo stabile e tendenzialmente omogenea, l'arrivo di nuovi abitanti ha infatti rappresentato un elemento di allerta e di potenziale conflitto. La preoccupazione provata dai residenti di vecchio insediamento di fronte ai nuovi, a partire dalle loro ignote – quando non dubbie – carriere morali (Abrams, 1982), assume dimensioni più tipicamente conflittuali allorquando ad essi si riconosce o si imputa – a partire da episodi realmente accaduti o solo sulla scorta di suggestioni e di pettegolezzi – la rottura di quegli equilibri di accesso e separazione alla base delle tacite regole di buon vicinato (Bagnasco, 1999).

Qui ce n'è tanti, ultimamente. [...] Io sono tollerante, però a lungo andare penso... Qui addirittura ci s'ha una moschea [...] A me non mi dà noia. Infastidisce magari quelli che hanno... che stanno lì, dietro la farmacia [...] Solo quando c'è il ramadan delle volte ne trovi trenta o quaranta qui, vengono con i furgoni. Un giorno tornò mio fratello a casa «guarda mi sono impaurito, sono entrato e c'erano tutti di loro!» [...] Per ora c'è la tolleranza, fino a ora. Però stamani all'USL... Siccome ai prelievi fanno passare tutti quelli più urgenti, ora che su centocinquanta persone cento siano urgenti! E poi vedi l'extracomunitario, e ti passano avanti, ti cosano... insomma [...] diciamo a lungo andare è una rottura di scatole. A lungo andare verranno fuori degli screzi: perché il lavoro te lo prendano, il posto te lo prendano, le case... In qualsiasi posto in cui vai a fare una domanda... (SRG_M5_6065)

Ora la situazione sta diventando... proprio con le case... L'italiano con la casa è proprio [...] è una cosa molto importante per lui e...

Quindi ci sono delle tensioni?

Oooh ma forti, forti eh!, ma da delle persone che non mi sarei aspettata. [...] Se viene qualcuno che non è italiano è una minaccia se... (SRG_F5_7075)

Però tutto sommato non credo fosse una cattiva qualità di vita anche perché credo che fossimo tutti più o meno allo stesso livello, tutte persone a cui avevano dato la casa quindi persone che avevano dei bisogni effettivi quindi tutti culturalmente, materialmente tutti allo stesso livello. Poi piano piano mi sono resa conto che sono nate altre strutture date anche da altri enti magari quindi si è un po' mescolata e il livello culturale della zona e materialmente anche per tanti anni mi sembra siamo

stati abbastanza bene. Ora trovo che si sia un po' abbassato il livello. [...] Io non sono razzista per principio perché non mi piace, perché sono stata con tante persone di varie religioni e di varie... però purtroppo questo fatto di dare la casa anche a extracomunitari, anche molto più extracomunitari che hanno, perché risultano che non abbiano soldi, e magari stanno dieci, quindici in un appartamento però poi relazionarsi con gli altri, vedo che è molto... A me per esempio è capitato due o tre sere [...] Mi sono ritrovata una serie di ragazzotti, insomma quello che dicevano, quello che facevano, tanto che mi sono fermata aspettando di capire che cosa volevano. E pretendevano i soldi da un altro ragazzino. E insomma comincia a diventare... Ragazzini di 10, 12 anni, forse arrivavano a 14. Vado a fare la spesa alla Coop e vedo tutte queste donne non so come sono se marocchine non so, però più o meno [...] tutte velate. Ma non per niente, perché loro non si relazionano con noi ovviamente. Le vedo al giardino, loro stanno da sé e le altre mamme stanno da sé, io lo vedo passando perché sono molto curiosa per natura. Osservo e basta, però alla fine tutto questo porta a uno scontro, "fra poveri" che conosco persone che avrebbero necessità di una casa e magari non gli viene data perché magari figurano che prendono 1.100 euro di stipendio al mese. Loro ovviamente se fanno cinque o sei figlioli e hanno lo stesso stipendio, o non ne hanno per niente, la danno a loro. Forse bisogna cambiare un pochino. (SRG_F2_6065)

La diffusione di nuove sensazioni di smarrimento individuale riconducibili alla perdita di sicurezze, punti fermi, percorsi certi, si può tradurre nel sentimento diffuso (base anche di reazioni collettive che possono arrivare a investire e trasformare profondamente la sfera socio-politica) di diffidenza e ostilità verso tutto ciò che è percepito come esterno o estraneo. I «gruppi che si sentono spossessati dei benefici che traevano dalla loro posizione precedente» e che vedono deteriorarsi il proprio *status* tendono via via a riconoscersi in un sentimento condiviso di ingiustizia e a lasciare spazio al «risentimento collettivo» (Castel, 2003, p. 50). Tale gioco al ribasso va a erodere man mano il patrimonio di solidarietà e fiducia, base del buon funzionamento dei rapporti di vicinato e, focalizzando l'attenzione sui *differenziali di situazione sociale*, induce ad attribuire la responsabilità della sventura subita a categorie che nella scala sociale si situano a un livello appena superiore o appena inferiore. Si riducono così drasticamente le occasioni di apertura e di generosità e prende campo un «atteggiamento difensivo che rifiuta la novità, ma anche il pluralismo e le differenze» (ivi, p. 53), e rende molto più difficili i contatti e la convivenza con i nuovi abitanti del quartiere, soprattutto quando provenienti da altri paesi e perciò facilmente riconoscibili come *outsiders* e "diversi"⁴.

4. Per un approfondimento sul tema *insiders/outsiders* e sulle dinamiche di esclusione cfr. Elias, Scotson (1994) e la rilettura critica della teoria eliasiana di Perulli (2012).

5.4

Le “povertà” del quartiere benestante

Spostandoci sulla zona del Quartiere 2 e sugli aspetti peculiari lì emersi, è possibile riassumere le criticità denunciate essenzialmente nella perdita di dinamicità e vitalità del quartiere: come se questa zona di città avesse perso la più significativa parte delle sue stesse caratteristiche di contesto urbano (Wirth, 1938; Bagnasco, 1999) assistendo alla progressiva scomparsa di un ambiente sociale ampio, denso ed eterogeneo e al veloce depotenziamento di accessibilità e di sempre minore fluidità dei legami sociali. Tale trasformazione risulta essere l'esito – piuttosto chiaramente percepito dai suoi stessi residenti – del combinarsi di elementi demografici e di mutamento sociale ed economico quali l'invecchiamento della popolazione residente, il mancato ricambio nell'uso degli appartamenti che o restano disabitati o sono destinati a ospitare studi e uffici (terziarizzazione), la diminuzione drastica in termini di quantità e varietà dei punti di vendita al dettaglio, l'ulteriore impoverimento e indebolimento dei già limitatissimi spazi e punti di aggregazione.

Da un punto di vista sociale la cosa è un pochino diversa perché è un quartiere, ora dico una bischerata, popolato di anziani. È un quartiere che si è sviluppato con questi grossi condomini un po' con la puzza sotto il naso, si è sviluppato negli anni '60 e quindi chi nel '60 è andato lì era gente che magari aveva 40 anni, giovani famiglie ecc. che in questi anni sono diventati... Tant'è che se c'è un giovane è il figlio che è subentrato in casa dei genitori che sono deceduti, perché senno è un quartiere anziano. (MSCC_M7_6065)

Fino al venerdì sera non c'è un posto per la macchina nemmeno a moccolare, mentre il venerdì sera non c'è nessuno, sono tutti uffici, professionisti ecc. È un po' morto, però è un quartiere in cui le case costano un sacco di soldi. [...] [La vita nel quartiere] è inesistente perché non ci sono punti di aggregazione, case del popolo, circoli ecc., non c'è nulla. Pochi negozi, supermercati sono abbastanza lontani, c'è l'Esselunga in via Masaccio verso in via don Minzoni, ora c'è un mercatino, però è una zona chiaramente residenziale dei primi del '900 fatte per famiglie ricche che avevano il personale di servizio da mandare al mercato di Sant'Ambrogio a fare la spesa. Oggi come oggi... [...] Non mi piace, mi piace molto di più questa zona, dico la verità. Più vivace. Un tessuto sociale diverso. (MSCC_M3_6065)

Ma sta cambiando di volta in volta perché man mano che si liberano questi appartamenti, soprattutto via Masaccio, che sono appartamenti anche più sontuosi insomma, o li vuotano dentro e ci fanno tutti uffici ricavando dei piani in più ecc. Qui se viene il sabato pomeriggio non c'è, trova parcheggio tranquillamente perché sono tutti uffici che il venerdì sera in molte zone... Questo è uno dei pochi stabili in

cui siamo rimasti tutti inquilini proprietari. [...] Abitanti qui dentro. Mentre piano piano certe case si stanno vuotando.

Questo secondo lei peggiora la qualità di vita del quartiere?

Sì. (MSCC_F2_6065)

Per fortuna quel pezzetto lì di viale Mazzini [...] – strano perché dai viali fin qua non c'è niente – ma da qui in poi si va alla stazione del Campo di Marte e qui sui due lati è pieno di botteghe. Dal bar alla pasticceria, al macellaio al verduraio alla farmacia e quindi... [...] Botteghe, le classiche botteghe fiorentine. Questo pezzetto ha un pochino di vitalità. La determina. (MSCC_M8_7075)

La crescente terziarizzazione della zona porta dunque a un più consistente flusso di utenti nel quartiere, ma con una presenza limitata alle sole ore lavorative e incapace di fornire significativi elementi di interazione con i residenti. Il quadro che si va a completare è dunque quello di un clima che certo non favorisce, anzi rende difficile, lo sviluppo di una rete di relazioni locali.

Praticamente assente sono anche quelli che Jacobs (1961) definì *eyes on the street*, ovvero la dimensione del controllo sociale a livello di vicinato sulla scorta di quelle opinioni e regole “localmente” condivise.

Quello che ho visto peggiorare, o non ho visto migliorare [...] è piazza Oberdan. [...] Va detto che è in continuo degrado... io non capisco perché si spendono un sacco di soldi per le fioriere, poi nessuno le controlla... e in questo quartiere, dove ci sono molti cani, stenta a sedimentarsi, nei padroni dei cani, l'idea che gli escrementi dei cani vanno raccattati... [...] Ho trovato da discutere con una persona che vedo anche spesso e che sembra anche distinta [...] con lui ebbi una discussione perché il cane non era a guinzaglio e lui «ma lei perde tempo per queste cose?!» [...] Capito, c'è poco controllo! La domanda è: bisogna che le persone siano controllate, in una zona come questa? che è... dove il livello medio delle persone non mi sembra... proprio. Quindi bisognerebbe che le persone ci pensassero da sole. (MSCC_F3_6065)

L'area presenta ancora una cospicua varietà e qualità di servizi, soprattutto se messa a confronto con l'altra nostra zona di riferimento.

Come servizi, dove vivo in via Masaccio i servizi ci sono tutti, dall'asilo alle scuole superiori, tutto il tipo di servizi ci sono. C'è il Campo di Marte con gli impianti sportivi, tutti ci sono. Quindi non ci sono stati problemi. [...] Le cose sono cambiate molto, adesso sono cambiate moltissimo per le coppie giovani con bambini piccoli, perché: per esempio quando hanno fatto la scuola elementare i miei figli poi dopo la scuola ci si ritrovava in piazza Savonarola, quindi c'erano tutti i bambini delle stesse classi, insomma è evidente che c'era un rapporto diverso. (MSCC_F5_7075)

Inoltre, essa si caratterizza per soluzioni architettoniche anche di pregio; tuttavia, la realtà abitativa non può trarre da questi soli punti di vantaggio

le condizioni sufficienti per favorire l'interazione sociale. È anzi frequente la denuncia di una non adeguata presenza e fruibilità di luoghi di incontro, tanto di spazi pubblici come piazze attrezzate o giardini, quanto di spazi privati come centri commerciali o ricreativi.

Trovo che per i bambini piccoli come mia nipote non ci siano tante possibilità... o andiamo ai giardini di Campo di Marte, dove ci sono tanti giochi, tenuti abbastanza bene, però sono polverosi... [...] o sennò, piazza D'Azeglio [...] forse in largo Cassuto... una giostrina ci starebbe... farebbe aggregazione... forse terrebbe anche lontano un certo degrado. (MSCC_F3_6065)

La funzione di centro aggregante sembra sia rimasta alle sole parrocchie (MSCC_F4_6065), per i più grandi se coinvolti in attività di volontariato, per i più piccoli, oltre alle attività legate al catechismo, con possibilità di spazi per il gioco e con corsi e lezioni.

Il segmentarsi delle relazioni cui viene meno proprio il contesto di prossimità⁵, lo sfilacciarsi del tessuto sociale – o l'impossibilità di costituirne di nuovo – non supporta lo strutturarsi di relazioni *face to face*, una quotidiana esperienza di rapporti informali e le occasioni di mutuo aiuto. Il quartiere è percepito e descritto come "un po' sulle sue", in fase di peggioramento come tutti gli altri quartieri residenziali di Firenze (MSCC_F7_7075), per alcuni ormai vicino a essere una sorta di "quartiere dormitorio" di lusso (MSCC_F8_6065). Sarebbero dunque in aumento gli elementi negativi (in più casi indicati con il generico termine di "degrado"), le difficoltà e l'insoddisfazione. Manca insomma un valore riconosciuto del luogo: non limitato al solo senso geografico e urbano (ed economico), ma che ne contempli anche le dimensioni sociali e personali. Se infatti, come ricorda Sennett, «un luogo diventa una comunità quando la gente usa il pronome *noi*» e forte dovrebbe essere la spinta a cercare attaccamento e profondità in esso proprio a seguito delle incertezze create dalla flessibilità (1998, pp. 138-9), la percezione della vita di quartiere nella porzione di Quartiere 2 intorno a via Masaccio è invece «drammatica» (MSCC_F1_7075) e quanto mai distante dal necessario senso di «attaccamento particolare, anche se non locale» (Sennett, 1998, p. 138).

[Tessuto sociale] no, assolutamente nulla. Si va solo per conoscenza. Io sono amico tuo perché ho studiato con te. Io sono amico tuo perché sei il figlio di... [...] E punti di incontro non è che c'è il quartiere che funziona da questo punto di vista... [...] Ora non ci voglio andare ancora, ma non ci sono centro anziani, non ci sono mai stati. Questa ora è molto decaduta dal mio punto di vista, però è una zona borghese

5. Per un approfondimento su questi temi cfr. Giddens (1990), in particolare sul concetto di *disembeddedness*, e Bauman (1993).

in cui ognuno si chiudeva la sera con la sua porticina e frequentava soltanto i suoi amici, il suo giro. (MSCC_F2_6065)

I rapporti sono buoni, ma non c'è rapporto di vicinato, anche con le persone anziane che abitano nel palazzo accanto ci salutiamo «buongiorno» e «buonasera».

Ma rapporti di solidarietà, possibilità di chiedere aiuto, attività comuni...

No, questo non è un quartiere di benefattori. (MSCC_F1_7075)

Il rischio è quello della segregazione individuale, del dedicarsi ai soli spazi privati e di confinarsi in quelli, in un quartiere man mano più desolato e desolante. Il rischio è quello della diffusione crescente di sentimenti di sospetto, diffidenza e paura, e di un diffuso clima di indifferenza. Che tradotto in termini di risorse vuol dire impoverimento di capitale relazionale. E – come abbiamo già più volte avuto modo di vedere – potenziale ipoteca sia sulla salute sia sul buon funzionamento dell'insieme di risorse su cui l'individuo può contare, e che rendono al meglio quando sinergicamente disponibili.

Alla luce di quanto osservato e sulla scorta delle principali risultanze della letteratura di settore, appare più chiaro quanto e in che modo la realtà territoriale intesa come spazio sociale possa giocare, anche in forma marcata, un ruolo ora positivo ora negativo nell'accesso alle diverse *chances* di vita e nella strutturazione delle disuguaglianze.

In positivo, il territorio – sia per i suoi aspetti più propriamente strutturali, come la buona tipologia e qualità delle strutture abitative, la favorevole posizione rispetto al resto del contesto urbano, l'accessibilità e la frequenza dei collegamenti, sia per le opportunità occupazionali, le occasioni di partecipazione ad attività comuni, le regole di vicinato improntate alla reciprocità, il senso di sicurezza e protezione da crimini e infine lo scambio di informazioni e di mutuo aiuto – tende ad accrescere dimensioni e influenze del capitale sociale, con riflessi di rilievo sullo stato di salute.

In negativo – quando si struttura su caratteristiche quali bassa o degradata qualità delle abitazioni o degli spazi fruibili, paura e stress riconducibili al rischio reale o percepito di perdita di uso del bene casa, isolamento rispetto al restante contesto urbano, scarsa integrazione culturale, debolezza delle tradizioni di cultura civica, comportamenti antisociali diffusi e inadeguatezza di servizi – diventa scenario e promotore di processi rilevanti per le condizioni di vita, favorendo meccanismi di depauperizzazione del capitale, tanto di tipo strettamente materiale quanto di tipo relazionale, fino all'eventuale danno in termini di salute.

Pratiche di salute e benessere: tramandate, conquistate, ignorate

6.1

Stare bene e stare male

«Salute dopotutto è semplicemente una parola del linguaggio quotidiano la quale designa l'intensità con cui gli individui riescono a tener testa ai loro stati interni e alle condizioni ambientali» (Illich, 1976, trad. it. p. 13). Eppure alla domanda che cosa è la salute? Che cosa significa essere in salute? non è facile rispondere. E non è stato facile nemmeno per i quaranta intervistati, nonostante fosse il tema di riferimento dei loro lunghi colloqui.

Talvolta la definizione precisa sfugge e «non si sa che dire» (SRG_MIO_6065), o si evoca semplicemente un non meglio circostanziato «star bene» (SRG_M7_7075). Eppure, anche se «non si sa come definirla» si riconosce che «è una fortuna avere la salute» (MSCC_F5_7075), e «specialmente adesso, verso i settant'anni», la si considera quale dimensione «più importante del mondo» (MSCC_FI_7075).

Da una ricognizione complessiva delle risposte emerge come alla salute vengano associate principalmente tre dimensioni o caratteristiche: il pieno benessere psicologico, oltre che fisico; la possibilità di condurre liberamente la propria vita; il non dover ricorrere al mondo medico e farmaceutico. Così nelle testimonianze raccolte:

Bisognerebbe non avere punti mali. Salute: bisognerebbe non avere niente. (SRG_FIO_6065)

Per me stare bene, essere in salute è dimenticarmi del mio corpo e basta. E soprattutto non dover andare dal dottore, non dover fare un'indagine, non dover andare a vedere che cosa c'è, allora bisogna fare questo poi quell'altro percorso. Il mio corpo, quando non funziona mi fa veramente girare le scatole. Non amo esser curata. (MSCC_F6_6065)

Se si parla di salute in senso medico, si intende chi non ha problemi di salute cioè non è affetto da malattie o da deformazioni di carattere di questo tipo. [...] se si

usa il termine salute penso più all'aspetto medico, [...] cioè la salute fa pensare più all'aspetto fisico, una cosa fisica o anche mentale, ma insomma legato all'arte medica, alla presenza di patologie o assenza di patologie. Direi sì, il modo di vivere. [...] Non userei il termine salute per descrivere lo star bene di una persona. (MSCC_M6_7075)

Allora essere in salute vuol dire essenzialmente sentirsi bene fisicamente per quanto penso io... e quindi non avere le noie classiche dell'essere malati non doversi... le pasticche i medicinali... essere estranei un po' a tutto quello e sentirsi bene vuol dire essere in salute, sentirsi bene fisicamente riuscire a fare tutto quello che deve fare senza sforzo... (SRG_M2_6065)

La salute è riuscire, forse è una definizione un po' strana, è riuscire a convivere con i propri mali. E quindi per me la salute è... non credo che esista, almeno della mia esperienza una condizione, nessuno è perfetto. [...] al 100%, con forme più o meno gravi. L'importante è riuscire a capire e a gestire i propri mali, malesseri, questo. (MSCC_M8_7075)

C'è però anche chi associa la salute al benessere delle condizioni psicofisiche, approssimandosi molto a quanto suggerito fin dal 1948 dalla stessa Organizzazione mondiale della sanità (WHO, 1948). Oltre all'accezione negativa di semplice assenza di malattie o di potenziale compromissione delle normali attività e di relativa "capacità di gestione" dei propri problemi, l'essere in salute viene identificato positivamente con uno «star bene con se stessi» (MSCC_F4_6065) complessivo, che supera e completa il semplice buon funzionamento dell'organismo guardando anche alla dimensione psicologica.

Riuscire a mantenersi attivi il più possibile, a mantenersi serenamente attivi. Salute è anche, sì, l'aspetto psicologico, l'aspetto che ora si entra in un'età un po' difficile che però ci tocca... (MSCC_F7_7075)

Benessere. La salute è un binomio. Salute uguale benessere fisico, mentale ecc. Di questi tempi il benessere mentale è un po' più difficile perché ci sono un sacco di preoccupazioni. (MSCC_M3_6065)

La salute è, compatibilmente alle varie fasi dell'età, poter fare tutto sommato quello che vuoi fare e soprattutto la vera salute secondo me è non essere depressi. Perché quella secondo me è una delle malattie più insidiose. Si può accettare che cali un po' la vista, si può accettare di camminare con meno elasticità ecc., però quando a volte ci sono l'ansia o la depressione... quelle secondo me sono la cosa che mina veramente la qualità della vita e quindi anche la salute. Perché la salute è la qualità anche della vita. Questo è il mio parere. (MSCC_F2_6065)

Nelle parole degli intervistati è inoltre possibile rintracciare definizioni molto vicine a quella di Sen (1992, 1999) che per benessere intende uno stato

plurale, di piena realizzazione di sé, che va ben oltre i soli aspetti materiali, in un gioco virtuoso in cui gli individui godono a pieno di capacità fondamentali (*capabilities*) e, pertanto, sono e si riconoscono liberi di acquisire ciò che è per loro importante e significativo. *Capabilities* adeguate alle situazioni e/o agli obiettivi rendono attuabili quegli stati di essere e di fare (*functionings*) dotati di buone ragioni per essere scelti e tali da qualificare lo star bene. Il benessere così inteso è libertà di scegliere, di optare per quelle soluzioni che meglio corrispondono alle inclinazioni e alle aspettative individuali, di perseguire l'obiettivo di una quanto più possibilmente completa realizzazione.

La salute è un po' complessa. La salute, lo dice il nome da sé: io penso allo star bene, la tranquillità più che altro. E poi se uno ha un qualcosa che possa far fronte, nel bisogno di qualcosa che sia in grado di potergli far fronte. (MSCC_M4_6065)

Per me [essere in salute] è muoversi tranquillamente senza sentire "ohi" di qua e di là, avere una buona respirazione, che ovviamente non ho per via delle sigarette, poter andare avanti negli anni abbastanza bene senza dolori, senza dover dire «questo non lo posso fare perché non ce la faccio». (SRG_F2_6065)

È una cosa diciamo positiva al 100% soprattutto la salute è la prima cosa per una persona. Perché quando hai la salute puoi fare tutto, puoi lavorare, puoi viaggiare, puoi qualsiasi cosa. Se uno dice: tra i soldi e la salute? La salute, non c'è dubbio. Perché tanto se hai i soldi e non hai la salute che te ne fai? (SRG_F3_6065)

Salute può essere semplicemente fare una vita "normale". Normalità ancora più importante in una fase della vita dove si comincia a temere fortemente il concretizzarsi dell'equazione "vecchiaia uguale dipendenza", e dunque dove mantenere salute e benessere risulta il prerequisito fondamentale affinché ciò non accada.

Oh! Mi faccia pensare... [la salute è] uno stato in cui, salvo disturbi occasionali o non gravi, si vive bene. [...] Nel senso di senza particolari dolori, controindicazioni, limitazioni. [...] Facendo una vita normale. (MSCC_F9_7075)

Altre dimensioni sono poi chiamate in causa. Quelle stesse su cui insiste la sociologia nell'affrontare il problema della salute e che fin dall'inizio sono state poste al centro della nostra riflessione: lo star bene inteso come stato complessivo del vivere quotidiano. Non semplice *condizione individuale*, ma vero e proprio *stato sociale*, da rilevare e interpretare – come si è cercato di fare in questo lavoro – guardando ai differenti contesti nei quali si manifesta.

Non è semplice, comunque la salute la definirei più che altro come uno stato di benessere più che fisico anche psichico. Secondo me essere in salute vuol dire essere

anche soddisfatti e abbastanza compensati. [...] sicuramente per la salute è importante riuscire ad avere dimensione di benessere familiare, lavorativo. Questo assolutamente. L'inserimento in un ambiente sintonico, lo metterei sul piano dell'importanza come la prevenzione. (MSCC_M10_7075)

La salute: come prima risposta mi viene da dargli quella fisica; e dopo quella, è chiaro che c'è anche quella mentale: nel senso salute fisica e organica; e salute mentale e organica. E poi c'è la terza fase, quella che quando hai le prime due forse riesci in qualche modo se non sei particolarmente disagiato da un punto di vista economico anche a trovare una forma di salute complessivamente, nel complesso, cioè star bene con se stessi, star bene con chi hai accanto in questa società un po' balorda. La terza fase se mancano le prime due è difficile porselo anche come obiettivo. (MSCC_M8_7075)

La cognizione e il riconoscimento da parte dei singoli individui di cosa sia intimamente correlato al benessere può non bastare. Essere consapevoli non implica, infatti, la possibilità di disporre di tutti gli strumenti e le adeguate risorse per garantirsi il desiderato star bene, per seguire stili di vita "virtuosi", per arrivare ai giusti canali di informazione e intervento in caso di necessità. E non certo per cattiva volontà¹.

Io penso che lo stress in sé non sia fattore di malattia [...] non credo che una situazione di stress momentaneo possa creare delle malattie. Ma noi ci stiamo logorando come vita: siamo logorati nei rapporti sociali, nel lavoro, siamo sempre sotto tiro. [...] Si tratta di continue pressioni, condizionamenti sul lavoro, economici, la paura, il senso di impotenza, hai due figli non sai se andranno mai a lavorare, quindi questo senso di... oddio! Questo a lungo andare può creare dei problemi. (MSCC_F8_6065)

6.2

Vecchie e nuove culture della salute

Nelle nostre società il patrimonio sociale di conoscenze relative alla malattia e alle sue cause è stato per lungo tempo ristretto e incerto. Le risposte al problema della malattia, così come a quello della morte, potevano essere in parte diverse a seconda della posizione sociale e dei rispettivi gruppi di riferimento; le loro rappresentazioni erano però tendenzialmente condivise, e condivisi – e dunque certi – erano i relativi riti formali e strutturati che «costituivano di volta in volta un momento di socializzazione» (Elias, 1982, trad. it. p. 23).

1. Sulla complessa questione della responsabilità individuale nei confronti della salute e sulle dinamiche di colpevolizzazione (*victim blaming*) cfr. in particolare Crawford (1977); Richards, Reid, Watt (2003).

Via via «la conoscenza reale delle cause della malattia nonché del processo di invecchiamento e di morte è diventata più salda ed estesa» (ivi, p. 95) e ha contribuito alla trasformazione dei sentimenti e degli atteggiamenti umani (ivi, p. 96). La malattia, la salute e la morte (che ad essa fortemente sono legate e vicendevolmente rimandano) sono oggi temi affrontati con un mutato coinvolgimento e un nuovo distacco. Proprio come avvenuto per la sfera della morte, anche per la malattia il coinvolgimento si fa più intenso, una certa “curiosità” quasi “scientifica” e il sentirsi supportati e protetti dai progressi della medicina possono ridurre le distanze innanzitutto fisiche e spingere chi sta bene ad avvicinarsi a chi sta male e a partecipare almeno emozionalmente ad alcune dimensioni della sua esperienza². Questo percorso di coinvolgimento emotivo e identificazione è però oneroso e rischioso. Da un lato, la tendenza al prevalere di modalità informali³ individualmente reinterpretate e dalle liturgie indebolite ha decostruito i rituali depotenziandoli e privandoli della loro sacralità e persuasività⁴, e ha reso il singolo individuo direttamente responsabile nella ricerca dei gesti e delle parole giuste (ivi, pp. 45-6); dall’altro lato, spinge a varcare la soglia della consapevolezza della realtà della morte (Marzano, Romano, 2007). Una consapevolezza che per chi è “sano”, e anche in virtù di ciò abituato a considerare remota l’eventualità della fine, può divenire fonte di forte disagio e trova quindi nella rimozione del problema, nel distacco, la via d’uscita più facilmente praticabile.

Oltre ai valori, alle credenze, agli atteggiamenti condivisi, la qualità e la “quantità” individualmente disponibili di risorse culturali hanno un ruolo cruciale sia – come appena visto – nel rappresentare la malattia e nel rapportarvi, sia nello strutturare e modellare le preferenze temporali, e più in

2. Riprendendo ancora le parole di Elias: «Rispetto all’antichità la nostra capacità di identificazione con gli altri individui, il grado di partecipazione al loro tormento e alla loro morte, è certamente aumentato» (1982, trad. it. p. 20).

3. Si è preferito rendere con questa parafrasi il termine *Informalisierungsschub* cui fa ricorso l’autore nel testo originale, tradotto con *informality* nell’edizione in lingua inglese (1985) e con *informalizzazione* in quella in lingua italiana, cui si è fatto riferimento (2011).

4. Rituali che più che scomparsi sono forse latenti, ma continuano a fare parte del capitale culturale “incorporato” (Bourdieu, 1979), dei bagagli di conoscenze e pratiche più intime e riservate. La seguente testimonianza evoca una “forma rituale” – con la sua precisa liturgia, gestualità e residuo di magia – sopravvissuta nel privato dell’ambito familiare: «Quando noi ci ammalavamo, di rado, e ci veniva la febbre molto alta, oltre a darci una medicina di cui ora mi sfugge il nome [...] il mio babbo [faceva una cosa] che aveva imparato dalla sua mamma [...]. Era una preghiera, che lui faceva, eseguendo sulla fronte continui segni della croce e dicendo una preghiera. E succedeva che a te passava il mal di testa, mentre lui recitava la preghiera, in silenzio. [...] Io dicevo “babbo ho un forte mal di testa” e lui si sedeva sul letto, metteva le coperte per benino e faceva questa cosa... Io ci tenevo moltissimo [...]. Il mio babbo lo faceva e mi passava il mal di testa» (MSC_F3_6065).

generale nel ridefinire l'ampiezza degli orizzonti entro cui progetti e preferenze prendono forma, anche in termini di cura del sé e della salute propria e di quanti siano più vicini. All'estensione di tali orizzonti si lega la capacità di tenere conto delle conseguenze a medio e lungo termine delle proprie azioni, e dunque la capacità di investimento in salute a lungo termine⁵ (Fuchs, 2004). Se la consapevolezza delle conseguenze di alcune scelte e di alcune abitudini – come l'adesione o meno a programmi di screening o l'essere fumatori – costituisce una risorsa importante per il mantenimento di buone condizioni psicofisiche, non meno rilevanti risultano essere le competenze linguistiche e relazionali che modulano accesso e fruizione ottimale dei servizi sanitari e mettono a disposizione nozioni preziose per fronteggiare al meglio un'eventuale emergenza sanitaria. Ad esempio, comprendere il valore di un investimento nel contenimento/annullamento dei comportamenti insalubri, o nel tipo di alimentazione, permette di non dissipare il capitale di salute di partenza, e dunque di goderne i vantaggi con il trascorrere del tempo, potendo contare su una vita più lunga e in buone condizioni. Inoltre, come già accennato, esiste anche una relazione indiretta tra capitale culturale e salute: «la disponibilità di capitale culturale, assieme all'esperienza quotidiana della sua profittabilità, accrescono il senso di autostima e il sentimento della propria efficacia personale, disposizioni che hanno un nitido impatto positivo sulla salute» (Cardano, Marinacci, 2004, p. 128).

Perché oltre lo stile di vita, che è giusto, le condizioni dell'ambiente in cui si vive, essere sereni vuol dire tanto perché se uno si arrabbia non va bene per niente e sta male, prima o poi... (SRG_M6_7075)

La diffusione di nuove sensibilità e consapevolezze riguardo alla sfera della salute e la diffusione di massa di stili di vita salubri, o quanto meno della loro desiderabilità, può essere fatta risalire all'ampio affermarsi di una razionalità di tipo formale nel compiere scelte di vita riguardanti il benessere

5. I risultati di recenti ricerche a livello nazionale e internazionale (Lucchini, Sarti, 2009; Maccheroni, 2009; Wilkinson, Pickett, 2009; Lager *et al.*, 2011) confermano la relazione positiva fra titolo di studio più alto e maggiori aspettative di vita e un rafforzamento di tale legame in termini relativi. In particolare per quanto riguarda lo scenario nazionale, se a 35 anni la speranza di vita dei meno scolarizzati è inferiore di circa 7,6 anni rispetto ai più istruiti per gli uomini, di 6,5 anni per le donne, a «65 anni chi ha un grado di istruzione basso ha un'aspettativa di vita inferiore di un quarto se uomo, di un quinto se donna rispetto a chi ha un grado di istruzione alto» (Maccheroni, 2009, p. 136). In termini assoluti, invece, con l'avanzare dell'età si assiste, come prevedibile, a una riduzione delle differenze di mortalità. Questo perché a livello aggregato quanti sopravvivono fino alle età più avanzate presentano un importante grado di "omogeneità", conseguenza dell'effetto del processo di selezione operato dalla mortalità e dal fatto che in età via via più mature qualità e durata della vita vengono condizionate sempre più dagli elementi biologici e sempre meno dalle dinamiche sociali.

psicofisico (Crawford, 1984; Gillick, 1984). A partire dagli anni Settanta negli Stati Uniti e via via in tutti i paesi occidentali e più industrializzati si è registrato un vero e proprio cambio di marcia, in buona parte riconducibile alla crescente divulgazione di conoscenze mediche che mettevano chiaramente in luce le interconnessioni tra certe attività e abitudini e i conseguenti danni o vantaggi per il fisico umano.

Un chiaro esempio è quello del diffondersi delle informazioni riguardanti i benefici apportati dal praticare uno sport al benessere psicofisico in senso lato e al sistema cardiocircolatorio in particolare e dal consolidarsi di una vera e propria cultura dell' *healthy lifestyle* e del *fitness* che, se osservata guardando oltre i suoi aspetti più frivoli e appariscenti, è espressione della necessità per chi vive nella contemporaneità di sviluppare capacità di previsione e autocontrollo sempre più elevate (Elias, 1998).

Ho corso a piedi, a livello amatoriale, ed era bene che non fumassi... [...] Ho fatto quindici maratone, e in tutto centottanta gare amatoriali. [...] Secondo me la cosa più importante è il movimento! Il movimento, ci vuole. Ora io non corro più, ma camminare almeno. Sono stato in montagna e ho camminato per ore, attività fisica *in primis*. Bisogna stare attenti a non esagerare... il giusto se ce la fai. (SRG_M9_7075)

Non è che faccio attività... che vado in palestra. Anche se penso che mi farebbe bene, ma la odio! Però non ho una vita sedentaria. Io ho una casetta in campagna, quando vado lì lavoro, sempre cose in movimento... (MSCC_M8_7075)

Guardando indietro nel tempo, le informazioni sul tema salute risultano meno mirate e precise e arrivano in modo più casuale, non tanto mediate dalle istituzioni ma piuttosto direttamente dall'esempio, dalle esperienze, dalle regole portate da congiunti o figure vicine agli intervistati.

Ma sa... diciamo purtroppo quando si faceva la scuola noi non è che ci fosse stata una grande formazione diciamo era forse erano informazione superficiali... l'esperienza che il fumo può far male l'ho avuta da mio padre perché vedevo le condizioni di un malato cronico com'era mio padre era micidiale... sicché capivo l'importanza della nocività... ho fumato pochissimo... per due o tre anni... [...] qualcosa si apprende dalle scuole dei figli... magari si segue una informazione che ci danno i giornali o la televisione magari... non è che... (SRG_M4_6065)

Qualche ricordo ce l'ho, perché in casa c'era un certo occhio – oggi col senno di poi direi miope – nei confronti della salute, specialmente da parte di mia madre che era molto malaticcia. E quindi stava particolarmente attenta a certe cose, ad esempio a far coprire (perché lei era malata) a far coprire i bambini. Mi ricordo che avevo sempre grandi cappotti, cappello, sciarpa ed erano tutte cose che odiavo, tanto che quando arrivai all'età in cui potevo decidere da solo, abolii per dieci anni ogni tipo

di cosa e sono stato per dieci anni senza cappotto, senza golf, e senza prendere più niente! Mentre prima così coperto ero spesso malaticcio, dicevano, e subito venivo messo a letto. C'era apprensione per lo stato di salute. (MSCC_M10_7075)

Negli ultimi anni notizie e conoscenze relative ai pericoli e alle “scelte giuste” circolano ormai in modo diffuso tramite canali di informazione capillari e di facile accesso (a cominciare da mass media come la televisione o la pubblicità).

Ormai ci martellano con informazioni, stamani alla radio sentivo che con un centimetro di pancia di troppo si trasforma in grasso... [...] Siamo più informati più di quanto non lo siano stati i nostri padri, e quindi una maggiore attenzione allo stile di vita io credo sia necessaria. Poi c'è anche quello che ci viene da lontano, da fuori, l'inquinamento. Taranto che lo chiudono perché così prima gli operai fino ora son morti per la malattia, ora muoiono per la mancanza... [...] Quindi poi ci sono tutti aspetti che vengono dall'esterno che chissà quanti di noi e quanti dei nostri predecessori hanno subito danni da inquinamenti fatti dall'uomo. (MSCC_M8_7075)

Ma che cosa rende più o meno comprensibile, o condivisibile, o infine attuabile la salute e uno stato di salute favorevole?

6.3

Risorse disponibili e comportamenti a rischio

Il ruolo chiave giocato dalle risorse culturali e relazionali viene messo bene in luce andando a riconsiderare – dalla consueta prospettiva sociologica e con una rinnovata attenzione alla dimensione figurazionale – le dinamiche che ruotano intorno ai comportamenti insalubri o di pericolo per la salute.

I comportamenti negativi capaci di arrecare danni gravi, sul lungo periodo irreparabili, allo stato di salute sono da tempo oggetto di studio da parte della comunità scientifica e delle istituzioni. Il WHO ne propone una stima in termini di DALYS (*Disability Adjusted Life Years*), ovvero di conseguenze permanenti (patologiche e/o menomanti) sullo stato di salute riconducibili ad alcuni comportamenti a rischio. Dalla TAB. 6.1, che riguarda la situazione nazionale e prende in esame i primi dieci tra i comportamenti negativi e i fattori di rischio per la salute in Italia, sono stati estrapolati alcuni spunti di riflessione poi proposti durante l'intervista.

Ha mai sentito parlare di fattori di rischio per la salute? Più o meno da quando se si ricorda?

Continuamente. Da sempre no, ma insomma dagli anni '60... (MSCC_M6_7075)

TABELLA 6.1

Incidenza dei fattori di rischio sulla vita media in salute

Fattore di rischio	Incidenza (%) sull'indice DALYs
Consumo di tabacco	12,2
Ipertensione	10,9
Consumo di alcool	9,2
Ipercolesterolemia	7,6
Sovrappeso	7,4
Scarso consumo di frutta e verdura	3,9
Sedentarietà	3,3
Consumo di sostanze stupefacenti	1,8
Comportamenti sessuali a rischio	0,8
Carenza di ferro	0,7

Fonte: rielaborazione da WHO (2004).

In generale la propensione ad abitudini di vita “virtuose” risulta legata a un insieme variegato di elementi e condizioni. È sicuramente connessa alle risorse culturali degli individui e delle famiglie, piuttosto che alle loro risorse puramente economiche. Inoltre, anche se una componente di freno in tali scelte può essere rappresentata dal loro più alto costo proprio in termini di spesa, ciò non sembra essere il principale elemento dirimente in gioco e, a condizione di una certa disponibilità di risorse materiali, prendono piuttosto campo variabili legate a capitale culturale e struttura familiare. Un efficace esempio è quello offerto dal consumo di alimenti di qualità migliore e più salutari: anche se più dispendiosi – dato comunque il peso complessivamente contenuto che le voci di spesa per i generi alimentari ricoprono sul totale del bilancio familiare – sono ricercati da ampie fasce di popolazione, anche da quelle non propriamente abbienti (Buiatti, Voller, 2006, pp. 281 ss.).

Il mio mangiare male magari è un po' di olio in più ecco. Perché poi io grandi schifezze non ne ho mai mangiato, non c'è mai stata questa abitudine. [...] Magari un po' di burro, fare la pastasciutta al burro, poi a me piace il pane e l'olio [...] ma l'olio deve essere rigorosamente olio vergine di oliva, quindi sono schifezze per modo di dire. [...] E anche prima: semplicemente perché se mangiavo una carota avevo il piacere che fosse di quelle migliori, ecco. (SRG_F2_6065)

La Scelta deve però necessariamente essere rivista, pur consapevoli della portata della rinuncia compiuta, in caso di forte peggioramento delle disponibilità patrimoniali, come sempre più spesso avviene negli ultimi anni a causa della crisi economica. Di ciò troviamo traccia anche nelle interviste.

Ma lì [al negozio di prodotti biologici] vado solo a prendere due o tre cose, cioè il prosciutto cotto perché costa, ma non è che lo fanno tanto più caro assolutamente, ma so che mi piace di più un po' più buono, quello sì, ma poi basta, vado al *omissis*, al *omissis* [punti vendita di grande distribuzione]. (MSCC_FIO_7075)

Sulla definizione delle abitudini e degli stili di vita incidono poi le dotazioni materiali e immateriali disponibili o facilmente raggiungibili. Anche in questo caso si assiste al combinarsi insieme in modo esplicito di elementi tipicamente culturali a disponibilità di risorse di varia natura, non solo individuali. Un ruolo importante è infatti giocato sia dalle risorse economiche del nucleo familiare sia dalle caratteristiche del quartiere di residenza e dalle scelte pubbliche di gestione del territorio.

Prendendo ad esempio l'elemento di rischio sedentarietà, se la possibilità di svolgere adeguata attività fisica o ricreativa coincide ormai con sport o occupazioni formali organizzate da specifiche strutture, i relativi costi per accedervi possono rappresentare un capitolo di spesa insostenibile per i singoli e/o per le famiglie. L'esercizio fisico non formale e, per i più giovani così come per i meno giovani, la possibilità di trovare fuori di casa spazi di aggregazione e di gioco "liberi", dipendono inevitabilmente dalle dotazioni infrastrutturali del quartiere di residenza. Senza contare poi le ricadute positive, perché spazi aperti pedonali e agevolmente accessibili favoriscono la pratica socializzante del camminare: attività semplicissima ma allo stesso tempo salutare, capace di creare contatti e dunque di rendere pienamente partecipi dell'abitare la città/il quartiere, proprio a partire dai suoi spazi e luoghi pubblici.

Il dottor *omissis* [medico curante dell'intervistato] mi disse «Vai in palestra, ti fai un po' di dorsali» [...] e cominciai dall'80 ad andare in palestra... in una palestra che... si spendeva tanto perché a quei tempi guadagnavo bene... insomma sono andato alla *omissis* dall'80 al '94. [...] E ha funzionato! Poi però dopo... [...] dal '94 e c'era la mi' mamma da fare questi esercizi in palestra! [la madre rimane inferma e non autosufficiente e sarà lo stesso intervistato ad accudirla negli anni seguenti]. (SRG_M5_6065)

Poi anche il percorso della salute, che ora non si può passare perché è coperto dell'erba...

Cioè, ci sarebbero delle passeggiate qui vicino?

Sì, qui in fondo, c'è il percorso della salute, l'hanno aperto, è venuto il sindaco, già due anni fa. Però non si può andare perché – mia nuora si è presa una zecca [...]

Non lo sapevano, e subito non se n'è accorta e dopo qualche giorno le è venuta anche febbre, è dovuta andare all'ospedale, al pronto soccorso... perché c'è l'erba troppo alta, sì! (SRG_F5_7075)

Lo stile di vita, secondo la definizione weberiana di riferimento, si fonda in ultima analisi su ciò che ciascun individuo consuma piuttosto che su ciò che lo stesso individuo produce. Nella sua dimensione di "condotta di vita", è la proiezione nelle pratiche della vita quotidiana delle regole e convenzioni dettate dal ceto, la cui applicazione è la forma più pubblica di rispetto di quello che Weber chiama "onore di ceto"⁶ e si concretizza nel ventaglio, più o meno ampio ma comunque limitato, di scelte consone e desiderabili che ognuno ha a disposizione.

Il quadro si fa poi più completo se si riesce anche a tenere conto del potere che le condizioni strutturali hanno nel forgiare ma anche nel consentire particolari stili di vita. Come è ben chiarito – e con una buona dose di immaginazione sociologica, per dirla con Mills – in un passaggio raccolto:

Lo stile di vita, è fortemente legato all'ambiente in cui si vive, si cresce, si lavora... Perché se te stai a scaricare balle di mattoni tutti i giorni, poi c'hai il filone di pane con la mortadella dentro e poi il vino lo bevi per forza... e poi lo ribevi! [...] Io vedo le cassiere dei supermercati, a volte... che quando fanno l'intervallo hanno sempre la sigaretta accesa... Ragazzi!, c'è poco da fare! Eppure sembra strano... Ne riflettevo stamattina, che andando per via Masaccio, sono passata davanti a *omissis* che è il supermercato del biologico: c'erano due ragazze che ci lavorano, che erano evidentemente in permesso, che stavano fumando. È una contraddizione in termini, stavano fumando di mattina, erano le 9,30, capito!? Lavorano lì, però... il loro stile di vita qual è? Capito quello che voglio dire? Perché le condizioni di vita sono quelle, perché la cultura è quella. C'è poco da fare... (MSCC_F3_6065)

Ciascun individuo, dunque, nella scelta del proprio stile di vita gode di una libertà più o meno ampia, ma in ogni caso limitata: non si può parlare di una completa determinazione dello stile di vita, proprio perché se inteso come *Lebensstil* weberiano esso ricomprende e si compone, oltre che della condotta di vita, anche di un altro elemento, quello delle *chances* di vita, ovvero la probabilità di realizzare le proprie scelte in relazione alle condizioni date. Risulta più corretto dire – sulla scorta della riflessione sul tema condotta da Cockerham, Abel e Lüschen (1993) – che ciascun individuo dispone di libertà di azione all'interno di quei vincoli sociali che connotano la sua specifica situazione.

6. Weber stesso puntualizza: «ogni stilizzazione della vita, in qualsiasi forma si manifesti, ha un'origine di ceto, o viene comunque mantenuta in vita su base di ceto» (Weber, 1922, trad. it. p. 238).

I legami sociali, come determinanti dello stile di vita, sono in buona parte – ma non esclusivamente – di origine socio-economica; a questi si possono sommare le influenze del gruppo di appartenenza (sia esso ceto, gruppo di pari o di altro tipo) e il patrimonio culturale disponibile. Tutti insieme questi elementi spingono verso specifiche scelte e ne rendono difficili altre.

Io penso che come... anche i miei genitori erano sani, i suoi lo stesso, quindi come... come si dice... è una cosa genetica. Però in più questa cosa genetica è stata aiutata dal nostro modo di vivere: perché noi ora. – MARITO: ... e anche prima! Vita morigerata! – Ma sì, anche prima, certamente. Non abbiamo mai fatto grandi abbuffate. Mai bevuto, liquori. Consumato tanti caffè, sicché... ce la siamo anche un pochino meritata questa salute. (SRG_F4_7075)

Esemplificando: gli stili di vita includono contatti con specialisti della medicina, check-up e cure preventive chiaramente finalizzati al mantenimento della salute e anche prestazioni e servizi di fatto esterni al sistema sanitario.

Fa screening o controlli a intervalli regolari?

Di solito sì. A parte che ci chiamano sempre più con ritardo. Io avevo da fare la *omissis*. Era scaduta a primavera e dopo un pochino ho telefonato perché non mi chiamavano e ho detto «Scusate, ma che ho superato la fascia di età?... Perché non mi sembra», «No signora siamo in ritardo». L'altro giorno mi è arrivata, devo andare a farla il 30 ottobre quindi non sono più due anni ma sono due anni e mezzo. Però... *Però lei li ha sempre fatti volentieri questi controlli? Era diffidente? Ha avuto tempo di farli?*

No no, in questo sono molto... Mi fa piacere farli, anche se uno va a corsa. (SRG_F8_6065)

A fare un po' di piscina ho iniziato da quando sono in pensione. Però facevo una cosa sbagliata, cioè per la mia schiena non andava bene. E me ne sono resa conto dopo qualche anno. E siccome avevo preso una ragazza che veniva a casa a fare fisioterapia quando la mia mamma non poteva già più... insomma camminava poco bene, e lei lavora alla *omissis*, sotto Bagno a Ripoli. E mi disse «C'è un centro di riabilitazione... Prova!». E ho iniziato lì e sinceramente mi trovo bene. Faccio della piscina apposta per i miei problemi, mi fanno fare dei movimenti per la schiena e poi faccio esercizi posturali, di stretching proprio per i problemi... (SRG_F3_6065)

Ancora, gli stili di vita si concretizzano in scelte e abitudini: dalle più semplici, come lavarsi i denti o allacciare le cinture di sicurezza quando si è in auto, a quelle più direttamente influenzate dalla possibilità concreta offerta dalle *chances* di vita di realizzarle, che vanno dal curare l'alimentazione e/o seguire particolari diete al frequentare se e quando possibile centri di benessere e/o fitness, o comunque all'orientarsi verso un qualche tipo di attività fisica.

Ora ho scemato molto nel mangiare. [...] Pancia no, perché cammino. Un pochino più grassottina è la mi' moglie... ma c'è poco da fare eh! Ognuno c'ha il suo... l'è andata anche dal dottore che gli ha detto di fare attività fisica... e basta! (SRG_M8_6065)

A me è sempre piaciuto molto leggere, quindi quando ho ricominciato ho cominciato a leggere di tutto. Naturalmente quando lavoravo non avevo tempo né per una cosa né per l'altra. E poi dopo c'è stata anche la necessità di fare attività fisica. Non mi piace andare in palestra, non mi piace, tant'è vero che se l'avessi fatta un po' di più forse non avrei avuto questa frattura. Ma insomma cerco di stare attenta, ora mi sono risegnata perché devo andare per forza, cerco di camminare ma ho un problema, non si capisce bene, ai piedi, dopo un pochino che cammino mi fanno male... Ma insomma risolverò anche quello, e poi andrò a farmi delle belle passeggiate. Per l'alimentazione cerco di mangiare sano, quello sì. (SRG_F2_6065)

Per la maggior parte delle persone, dunque, stile di vita salutare significa e ricomprende scelte che riguardano l'alimentazione, l'attività fisica, il relax, l'igiene personale, l'impegno nel ridurre il rischio di incidenti, l'evitare (o almeno contenere) lo stress e il consumo di sigarette, di alcolici, di droghe, il sottoporsi a controlli medici con regolarità (Cockerham, Abel, Lüschen, 1993, p. 419).

Io devo dire avvertito ed educato sì, però molto trasgressivo sono stato...

Però le informazioni in qualche modo c'erano?

Sì sì... da parte dei miei genitori ma anche da parte dell'ambiente della società in senso generale. Cose che io non sono stato molto... Ho sempre fumato tanto... fino a qualche anno fa... ho fumato moltissimo, sì. Fino a quando non sono nate le figlie, fino a venti anni fa ho fumato moltissimo... una cosa esagerata! Poi dopo ho ridotto... Qui forse ha inciso molto mia moglie negli ultimi venticinque anni... [...] Molto. Perché mia moglie... è più... molto più attenta, e me lo fa pesare abbastanza e quindi chiaramente ti condiziona, non in senso negativo... (SRG_M2_6065)

Lei dice nello stile di vita di ognuno di noi? Ascolti, per l'amor del cielo, io credo che il fumo sia assolutamente la cosa peggiore, poi ci sono delle... se uno si lascia andare così è anche portato all'obesità, ti viene il diabete, ti viene tutti questi malanni... Per fortuna da questo punto di vista qui non ho durato grande fatica a essere abbastanza... [in forma]. Però penso che sia importante riuscire a conservare e non lasciarsi troppo andare. Perché sicuramente io credo, dopo il fumo, sia l'alimentazione sbagliata che ci possa creare un sacco di guai a livello di salute, a livello di complicazioni, a livello dal mal di cuore in poi. (MSCC_M8_7075)

In linea con quanto sostenuto in letteratura, si conferma la diffusione, da un lato, della consapevolezza che la medicina non sia la risposta automatica e infallibile a qualsiasi problema riguardante il fisico e/o la psiche, dall'altro,

della responsabilizzazione del singolo individuo nei confronti del suo stesso benessere. La cura della salute, ormai percepita come bene esposto a fattori dannosi provenienti dall'ambiente circostante, non più garantito dalla sola medicina, è sempre più affidata (e demandata) alle iniziative del singolo.

Penso che essere sedentari, non fare una vita di movimento, di stare sempre seduti sia la cosa peggio, se poi ci si mette che magari uno è anche un po' ciociottello, fuma e beve...[...] però se ti muovi ce la fai, se non ti muovi è un disastro. L'alimentazione poco equilibrata, sì l'alimentazione è importante, se penso che una persona che fa una vita normale l'alimentazione poco equilibrata è abbastanza difficile da ottenerla [...] Si può fare ma non è facilissimo. La prevenzione poi è fondamentale. (MSCC_F8_6065)

Inoltre, la cura della salute tende oggi a risentire molto delle stesse dinamiche che presiedono alle scelte di consumo e a orientarsi verso quei prodotti commerciali che promettono valido supporto nel mantenimento, quasi "artigianale", del benessere psicofisico⁷. Trend che però non sempre riscuotono successo.

Mi danno una noia con tutte quelle porcherie che «prendi questo, prendi quell'altro, dimagrisci!» [...] E vedo che fioriscono i negozi tipo quelli con tutte le crusche, pane integrale. Però io appartengo a una generazione che cioè è meno sensibile, o uno lo è sempre stato perché aveva un'educazione così, però è difficile convertire me. Per esempio la storia del biologico: a me mi convince fino a un certo punto. (SRG_F2_6065)

Per concludere sul punto, poiché lo stile di vita (weberianamente inteso) è il risultato di un insieme di opzioni disponibili e di pressioni esterne da una parte, di valori e patrimonio culturale del singolo dall'altra, ciò significa che esso risponde a logiche dettate tanto da razionalità formale quanto da una razionalità sostanziale. Si avalora dunque – ancora una volta – la necessità di considerare congiuntamente e nelle loro reciproche differenze i "capitali" di tipo economico, culturale e sociale di cui l'individuo dispone e che in vario modo utilizza nell'operare le sue scelte di stili di vita. Anzitutto, maggiori risorse economiche permettono di disporre di tempi e spazi da dedicare ad attività "salutiste"; in secondo luogo, maggiori strumenti di conoscenza portano a una più accurata e consapevole capacità di distinguere ciò che è positivo e ciò che nuoce al proprio stato di salute; infine, il contesto sociale nel quale si è inseriti può facilitare (o, al contrario, ostacolare) le strategie di salute messe in atto dal singolo.

7. William Cockerham, a tal proposito, ricorda: «le attività commerciali associate all'attività fisica non solo producono profitti, ma tendono anche a favorire un approccio di tipo prettamente strumentale all'essere in salute e al *fitness* stesso» (Cockerham, Abel, Lüschen, 1993, p. 421, trad. mia).

Salute da difendere, malattia da affrontare

In una fase di generale e profondo cambiamento delle configurazioni di benessere e di cura, i sistemi sanitari sono sottoposti a tensioni costanti e sono punto di incontro e di scontro tra logiche etiche, di mercato, burocratiche e professionali. A cominciare dal mantenimento o miglioramento della qualità degli interventi alla moltiplicazione di quelli effettuabili e alla relativa e fatale necessità di contenerne i costi; dall'esigenza di assicurare un certo livello di equità e di limitazione delle disuguaglianze nell'accesso alle prestazioni (Vicarelli, 2013) a una richiesta di maggiore autonomia e scelta da parte dei cittadini¹; fino all'affermarsi anche in Italia – sulla scia di un parzialmente vincente processo di aziendalizzazione del sistema sanitario – di una nuova strutturazione dei ruoli professionali e di messa in discussione delle tradizionali gerarchie delle professioni sanitarie² e della stessa dominanza medica³. Le riorganizzazioni attuate o in corso e le proposte di riforma per far fronte a queste tensioni «si sono in buona parte ispirate ad un approccio neo-liberista» (ivi, p. 22), con una ulteriore spinta verso la managerializzazione, il decentramento delle decisioni e l'enfaticizzazione della dimensione di mercato.

Questi temi, e le sfide e le tendenze ad essi connesse – anche se prevalentemente dalla particolare prospettiva dell'individuo nel suo ruolo di assistito e/o degente e nel suo relazionarsi con le figure di medici, del per-

1. Il riferimento è al tema del consumerismo, sul quale cfr. PAR. 7.2.

2. Come noto, gli ultimi decenni sono stati contrassegnati da nuovi spazi, visibilità e (almeno parziali) autonomie per le professioni sanitarie "altre", e hanno al contempo visto ridimensionate, o quanto meno discusse, le autonomie della professione medica (Tousijn, 2000; Vicarelli, 2010; Spina, 2014).

3. Con "dominanza medica" è da intendersi la posizione di egemonia e autonomia professionale esercitata nel settore sanitario dalla professione medica. Tale posizione di superiorità, delineatasi dalla fine dell'Ottocento e fondata su relazioni di potere innanzitutto instaurate nei confronti delle altre occupazioni sanitarie, si è espressa e tuttora si esprime attraverso varie forme di "supremazia" (funzionale, gerarchica, scientifica e istituzionale) che nelle sue diverse fasi hanno caratterizzato il sistema sanitario e hanno prodotto importanti conseguenze nei suoi sviluppi (Freidson, 1970; Speranza, Tousijn, Vicarelli, 2008).

sonale sanitario, delle istituzioni competenti erogatrici di servizi –, saranno affrontate più avanti, in particolare nel PAR. 7.2.

Il percorso proposto segue infatti un altro punto di inizio. Volendo privilegiare la prospettiva di osservazione della dimensione micro, si comincia dalle narrazioni: perché è rievocando le esperienze legate a episodi di conclamata perdita del buono stato di salute vissute dagli stessi intervistati o dai loro congiunti più prossimi⁴ che emerge più chiaramente come la malattia sia ancora e prima di tutto un problema – di sofferenza, dolore, paura e presagio di ineluttabile finitezza della vita – la cui natura privata sopravanza i pur decisivi aspetti pubblici.

Nel frattempo c'era stato un episodio purtroppo molto significativo che ha giocato la mia vita, esattamente nell'83. [...] Tra le varie diagnosi che ebbi al tempo, un clinico dell'Università di Parma me la diagnosticò così, a bomba – ed era un'epoca in cui c'era anche una minore possibilità di accertare le cose –, e mi disse in pratica che non c'è da fare niente, da sperare che la cosa insomma... [...] che si arresti. (MSCC_M10_7075)

Insomma l'anno scorso mi prese questa crisi... cominciai da questo mese qui... maggio. Giramenti tutti i giorni, anche a letto. Prima ce li avevo la mattina. In questi ultimi anni mi si sono espansi anche la notte... Mi gira la testa, non sono più padrone di me... non sono più buono ad andare in macchina... [...] E insomma, a forza di andare al pronto soccorso, la terza volta mi misi a piangere [...] con questi giramenti non ce la facevo... mi misi a piangere... m'era preso crisi di panico... nevrosi... [...] Io lo sa che con queste vertigini non c'ho mai un giorno... [...] non ho mai un giorno in cui mi sento chiaro, perfetto, che metto a fuoco le cose... (SRG_M5_6065)

Quindi ho avuto la *omissis* [specifico intervento chirurgico]. Anche se la cosa è spaventosa... perché a quei tempi – ora è una cosa quasi corrente, ma a quei tempi non era così corrente – questa cosa del cancro faceva molta paura. [...] Ero molto spaventata [...] Quello che devo dire è che chi mi ha aiutato molto sono state le amiche. Perché lì per lì è uno shock... [...] C'era l'idea della morte, il cancro è la morte... (MSCC_F1_7075)

Ce ne siamo accorti tardi. Quando cioè era pieno di metastasi. C'era stato un campanello d'allarme: un'analisi del sangue in cui c'era troppo sangue. C'era troppa

4. Di grande rilevanza è il problema del peso della malattia sulla famiglia, in particolare – ma non solo – sulla sua componente femminile. Anche dall'angolazione senz'altro delimitata e localmente definita di questa ricerca si è avuta conferma di come la famiglia (pur potendosi nel caso specifico avvalere dei servizi sanitari e di welfare della Regione Toscana, dunque presentando qualche punto di vantaggio rispetto alla situazione media nazionale) rappresenti tuttora la “risorsa implicita” di uno stato sociale che ancora vede i servizi alle persone come surrogatori di una rete parentale per qualche motivo mancante, e anche per ciò ne consente uno sviluppo per lo più residuale.

emoglobina. Però non è stata presa in considerazione. Non era un periodo in cui si dava importanza a queste cose, c'è poco da dire. Non è stata credo mala voglia da parte dei medici. I medici son stati bravissimi. Il medico nostro era tra l'altro un amico d'infanzia, sicché è stato molto comprensivo, però gli è morto lo stesso e male. È morto in casa sua perché secondo me chi moriva era lui e aveva diritto di stare a casa sua con la sua famiglia. È stato un periodo terrificante. Perché appunto se solo un lenzuolo gli toccava un piede urlava dal dolore, aveva metastasi in tutte le ossa. Però... finito... tutto... (MSCC_F9_7075)

«Invecchiare, durare, se non indenni, almeno induriti» (Canguilhem, 2002, trad. it. p. 21). Questo – continuando con una parafrasi – può essere il “beneficio” dell'essere stati colpiti in prima persona o comunque in altro modo molto vicino dalla malattia. Ma guarire non può essere considerato un ritorno allo *status quo ante*: «le malattie dell'uomo non sono solo limitazioni del suo potere fisico, sono anche drammi della sua storia» (ivi, p. 46).

Ho avuto paura perché poi un carcinoma è partito dal tipo metastatizzato. Sa cosa vuol dire? Ho avuto tre interventi. L'ultimo [...] è stato demolitivo⁵. [...] Purtroppo sono invalido. Era meglio se non succedeva. Però sono contento che sta finendo meglio: sono tornato a essere musicista un'altra volta [perché, venuto in pensione anticipatamente, può di nuovo dedicarsi alla sua attività – e passione – di musicista]. (MSCC_M1_6065)

Io ho affrontato l'intervento con molta grinta, molta determinazione, molta... molto coraggio... ora mi viene da piangere... [*piange*] Scusa ma... [*singhiozzi*] Son cose che ti restano dentro eh!?!?... Ma in modo pazzesco! E quindi sono passati dodici anni, ma mi rendo conto che negli anni, io dico: cazzo, ma io ho avuto un tumore! (SRG_F1_6065)

5. Un altro episodio bene esemplifica ciò che Illich (1976) indicava come *iatrogenesi clinica*. L'autore ha infatti dedicato molte pagine del suo noto volume al problema della medicina patogena nelle sue varianti di *iatrogenesi culturale* e *iatrogenesi sociale*, e anche – innanzitutto – di *iatrogenesi clinica*, indicando con essa il rischio che interventi terapeutici eccessivi o errati o particolarmente brutali e con controindicazioni possano rivelarsi inutili per la guarigione e/o infliggere al paziente nuovi, gravi danni: «Gli altri [medici] di fronte a questa cosa assolutamente dicevano di no, quindi fu interpretata in varie maniere, ma più che altro come un'infezione virale. Quando succede una cosa che non si capisce è un virus. E la cosa fu curata molto, anzi troppo, tanto che questo eccesso di terapia, mi ricordo sempre, un anno intero di cortisone ad alti dosaggi dopo i ricoveri, mi portarono a un certo punto ad avere un danno, ad avere necrosi alla testa del femore. Quindi nell'85 mi dovetti fare il primo intervento, perché ero ormai ridotto con il bastone. [...] Un intervento “miracoloso”, perché uno non ci pensa più. L'altro intervento me lo sono dovuto fare pochi anni fa perché la cosa era andata avanti dall'altra parte. Però mi è venuto in mente riparlando, perché quando la medicina raggiunge certi scopi allora è veramente miracolosa: [...] ti toglie la causa e non ci pensi più» (MSCC_M10_7075).

Chi ha attraversato una prova patologica ne esce dunque al contempo agguerrito e indebolito. E, in modo non necessariamente consapevole, conserva tracce della tempesta attraversata e in qualche modo apparentemente scampata a partire dal ridefinire via via un modo di esistere altro e differente rispetto al prima (Dagognet, 2002).

Fino a che poi entrai in coma, sicché mi portaron via, all'ospedale. Quelli del 118 dicevan che io 'un sarei arrivata nemmeno all'ospedale. Invece entrai all'ospedale, e ho trovato della gente meravigliosa [...] Se non avessi avuto loro proprio! Da sola non... Sono state persone veramente... veramente in gamba... di mestiere... (SRG_F9_7075)

In un percorso segnato dalla contraddizione tra la speranza occasionale e lo scacco inevitabile della fine (Dagognet, 2002), se per il malato-paziente la meta desiderata e perseguita è la guarigione, per il medico la stessa rappresenta «il massimo obiettivo, il risultato ottimale, la missione integralmente compiuta» (Cosmacini, 2009, p. 13). In tale configurazione, iniziale e cruciale punto di incontro tra i due soggetti interagenti, prima ancora dell'obiettivo condiviso e ben prima del suo (eventuale) conseguimento, è il costruirsi di una dinamica di riconoscimento sociale del dolore. Affinché un dolore vissuto «costituisca una sofferenza nel senso pieno del termine, bisogna che sia inserito in un quadro culturale» (Illich, 1976, trad. it. p. 151): soltanto il dolore espresso, quindi percepito e riconosciuto da una terza persona, costituisce una prova diagnostica e può richiedere una specifica cura.

Io mi considero sano, con un piccolo episodio, che non ha intaccato minimamente il mio criterio di percezione della mia salute... Ero in prima media, e mi venne un attacco che si è risolto in una peritonite, per cui fui operato. Però il fatto che io non ho avuto nessun dolore... il dolore mi venne un giorno, in palestra, nel fare gli addominali... improvvisamente un gran dolore... che mi presero anche in giro... e sembrava che passasse, poi mi venne anche la febbre e poi, siccome non passava... il dolore non passava... [...] fui subito ricoverato e operato. Uscii dopo qualche giorno, guarito per cui, quando il medico mi fa l'anamnesi e non faccio mente locale, io non dico che ho avuto l'appendicite... E anche questo è un motivo per cui, forse, non mi sento malato... è stato il vissuto. (MSCC_M9_7075)

È il medico quindi – legittimato dal carisma di gruppo della sua comunità professionale⁶ – a fare da tramite, a obbiettivare e quantificare il dolore e a decidere quali siano i malesseri autentici, a legittimare gli stati di salute e gli eventuali interventi: la società tende a riconoscere questa valutazione

6. Per un approfondimento su carisma di gruppo e su potere e autorità in relazione alle comunità professionali cfr. in particolare Elias (2007) e la rilettura critica dell'autore recentemente proposta da Perulli (2012).

professionale e ad attenersivi. Anche, e forse proprio per questo, il ruolo del medico⁷ è, è stato e continua a essere oggi così importante.

7.1

Il medico di base: l'elemento che fa la differenza

La figura del medico, e in particolare del medico di famiglia se “di fiducia”, rappresenta ancora il fondamentale punto di contatto e mediazione tra l'individuo in stato di bisogno e i servizi offerti dal servizio sanitario e può costituire l'elemento che fa la differenza nell'avviare efficacemente e tempestivamente un percorso di ascolto, diagnosi e cura e quindi nel disinnescare eventuali dinamiche di cumulazione di svantaggi di salute, e non solo.

Il medico di famiglia è ormai figura ben diversa – innanzitutto per tempi a disposizione e per “profondità” di conoscenza del paziente e del suo contesto familiare e di vita – rispetto a quella legata a ricordi e vicende dell'infanzia e della famiglia di origine degli intervistati, di cui essi volentieri raccontano:

Sì, si chiamava *omissis* questo dottore. E a quei tempi il medico veniva anche a casa al contrario di ora [*ride*]. Tempi come dire eroici: mi ricordo questo dottore sempre in bicicletta, non c'aveva nemmeno la macchina. (SRG_M1_7075)

Una figura presente... molto presente... si chiamava dottor *omissis* era uno dei medici condotti di Sesto ed era molto presente una persona valida... mia madre ha passato anche dei periodi in cui s'era ammalata quando avevo 8 anni... lui insomma... *È stato di supporto...?*

Molto... anche con medicinali... veniva tutti i giorni a trovarla mi ricordo... era una persona ... valida ecco... (SRG_M2_6065)

Sì abbiamo avuto un paio di figure di medici di famiglia che vedevamo spesso per casa non tanto per noi, in fondo eravamo sani come pesci, quanto perché la mamma era spesso malata e quindi erano figure divenute ormai quasi familiari insomma. (MSCC_M10_7075)

7. Sulla malattia quale “momento emblematico” del rapporto tra natura e cultura e sul ruolo di tramite ancora oggi giocato dalla medicina cfr. principalmente *L'idée de nature dans la pensée et la pratique médicale* per la prima volta apparso nel 1972 (in “Médecine de l'homme”, 43, pp. 6-12), poi in Canguilhem (2002, pp. 15-31); ed Elias (1982), in particolare il saggio *Invecchiare e morire. Uno sguardo sociologico*, pubblicato in appendice a *La solitudine del morente* (1985, pp. 87-110). Cfr. anche l'analisi del rapporto incrociato tra natura-cultura e cura-terapia di Cosmacini (2009).

Tuttavia, anche oggi il “dottore” rimane un riferimento importante, soprattutto quando si riesce a instaurare un rapporto di fiducia.

Ogni volta che veniva qui il martedì la chiamavo e lei veniva anche a misurargli la pressione. Le dico questo, una volta è venuta di sabato pomeriggio perché mia mamma non voleva prendere medicine, sa la demenza senile, e mi ha aiutato anche a lavarla, perché lei non si voleva lavare. Quanti ne trova di dottori che fanno queste cose? È molto difficile e quindi io non posso altro che ringraziarla. Però l’ho trovata tramite una conoscenza. E altri due medici che avevo prima tramite la ASL, però non mi sono trovata molto bene. (SRG_F3_6065)

Quando il medico riesce a non appiattire il proprio operato su un’idea di scienza medica esclusivamente biologica, ed è ancora capace di confrontarsi in un rapporto da persona a persona con il paziente⁸, riconoscendolo come tale e tenendo conto per quanto possibile delle sue relazioni e interrelazioni (e dunque dei suoi legami e delle pressioni agite e subite), gioca un ruolo chiave di aiuto nell’espressione e di traduzione delle sensazioni di benessere e malessere in parole. Convertendo tecnica ed etica nelle doti di competenza e disponibilità⁹, il medico ha la facoltà di supportare, quasi maieuticamente, i processi di comunicazione dello stato di salute. Nonostante le trasformazioni della professione, egli continua perciò a essere figura autorevole e – soprattutto quando «attento» e «deciso» – in grado di dare indicazioni recepite come prescrittive e in quanto tali rispettate.

La dottoressa di famiglia [...] è una brava dottoressa, veramente. Quello che non ha fatto per mia mamma...!

Quindi si è trovata bene?

Non bene, benissimo. (SRG_F3_6065)

Io c’ho un medico molto attento... il mio medico condotto... quello attuale è uno molto deciso. Quando io gli ho detto c’è questa cosa: senza tanti preamboli: «que-

8. Già Merton, affrontando il tema della riscoperta del paziente come “persona complessiva”, ricordava «la struttura della società e l’organizzazione della pratica medica erano tali che molti professionisti comprendevano quasi intuitivamente e automaticamente tanto gli stress, quanto il potenziale supporto terapeutico che l’ambiente offriva al paziente. Con il crescere della complessità dell’ambiente sociale, la specializzazione progressiva della pratica medica e il venire meno spesso del rapporto tra i medici e i loro pazienti al di fuori della sfera dell’assistenza sanitaria, il problema di prendere in considerazione il contesto sociale del paziente si è notevolmente accentuato. [...] I mutamenti congiunti della struttura sociale e della professione medica rendono più difficile trattare il paziente come persona» (Merton, 1957, trad. it. pp. 61-2).

9. Competenza e disponibilità rappresentano da lungo tempo e ancora oggi i due pilastri portanti della professione medica, le due doti irrinunciabili e indivisibili che qualificano il mestiere (Cosmacini, 2009, p. 14).

sto è un tumore quindi te ti devi muovere in questo modo!»... senza tante storie. (SRG_M2_6065)

Un medico di famiglia ce l'abbiamo sempre avuto, credo fosse bravo. Va beh, in anni e anni l'avrò visto cinque o sei volte [...]. Poi anche lui è andato in pensione. È subentrata una dottoressa, che credo sia brava, ma insomma è un po' più difficile contattarla perché ha lo studio in piazza *omissis*, lo studio in centro: un giorno lì, un giorno là. Ma lei è anche disponibile, quando vai lì, quando capita che vado lei sta lì a parlare: «Dobbiamo far questo», «Sì sì, lo faremo». Ma sono pigro da questo punto di vista... (MSCC_M8_7075)

La funzione diagnostico-terapeutica si intreccia e sovrappone spesso a quelle ancora più delicate e non univocamente definibili di “educatore”, informatore e tutore: il medico è fonte aggiornata, diretta, preziosa di notizie e informazioni relative a screening, terapie, prevenzione, opportunità di modificare o prendere certe abitudini di vita ecc., ed è pertanto figura centrale e cruciale nel sistema di educazione sanitaria e nel percorso – così come indica Cosmacini (2009, p. 82) – di «autoeducazione alla salute».

Ci ha aiutato anche perché mio padre era invalido di guerra, e era un asmatico, e gli prese questa malattia, broncopolmonite, nel campo di prigionia e poi se l'è portata dietro praticamente fino alla morte diciamo. E c'era questo dottore che si prese a cuore mio padre... curandolo... Mio padre era un fumatore, un fumatore accanito, e il dottore riuscì a farlo smettere [...] anche perché era micidiale per lui. Però riuscì a convincerlo a smetter di fumare. Questo dottore era effettivamente un dottore di famiglia... (SRG_M4_6065)

È infine sempre il medico colui che nei momenti estremi ha la facoltà e il potere di andare oltre le rigidità dei protocolli e il «trattamento razionale del malato» e lasciare spazio a quei contatti e quelle occasioni dove si possa esprimere risonanza emotiva (Elias, 1982, p. 106), così che i sentimenti possano ancora e anche in quei casi conferire un significato e un senso di appagamento all'esistenza – per quanto lunga ancora essa sia.

7.2

Pazienti, assistiti, utenti

Come già rapidamente anticipato in apertura del capitolo, le riforme sanitarie susseguitesì a partire dagli anni Novanta del secolo scorso sono state fortemente improntate, oltre che al contenimento dei costi, alle logiche del managerialismo e del consumerismo, e da esse condizionate.

Le prime vedono la ricalibratura del concetto di autonomia dei professionisti, con un parallelo trasferimento di potere decisionale nelle mani dei manager, promuovendo così un'organizzazione del lavoro (con relativa ridefinizione di mansioni e compiti) tagliata sulle esigenze dell'istituzione o ente di appartenenza, che tende a infrangere le tradizionali giurisdizioni, a frantumare le identità professionali esistenti, a riassegnare i compiti in base a una proclamata logica di efficienza (Tousijn, 2008). L'impatto del managerialismo si traduce in un ostacolo all'autonomia delle professioni – a cominciare da quella del medico –, svalutandone proprio l'organizzazione autonoma del lavoro (che ne è prerogativa principale) ovvero minando il potere di definire il contenuto e i confini della propria azione professionale.

Le logiche del consumerismo vedono riconosciuta una nuova centralità al paziente-consumatore (come già rilevato da Freidson, 1970) quale soggetto in grado di massimizzare il proprio interesse all'interno di un sistema sanitario inteso come mercato. Secondo le logiche consumeriste, i rapporti tra il sistema sanitario e i suoi professionisti devono essere profondamente rimodellate per meglio rispondere al nuovo profilo della loro stessa "utenza". Si viene così a delineare un paziente-consumatore (Giarelli, 2003) più istruito, più informato, più esigente e – in quanto dotato di autonomia di decisione e mosso da razionalità strumentale – assai meno "fedele" al singolo medico, e inoltre maggiormente incline a non riconoscere in maniera passiva l'autorità del sapere esperto e pronto anche a "denunciare" e organizzarsi in movimenti di *self-help* e auto-tutela.

Il poter disporre di (o comunque l'essere raggiunti da) mezzi di comunicazione sempre più capillari e potenti ha infatti reso i cittadini-pazienti più informati e attivamente partecipi (*empowered*) ai processi di anamnesi, diagnosi e messa a punto della terapia. Tale processo espone però a un duplice rischio: da un lato alle incertezze di una enorme e non sempre chiara mole di dati da saper leggere e selezionare; dall'altro lato alla nuova dominanza di concentrazioni economiche e tecno-scientifiche che sulla base di un potere derivato dai forti investimenti nel campo del marketing sono in grado di generare – proprio mediante l'influenza mediatica – nuovi bisogni e nuove dipendenze (Ingrosso, 2013; Vicarelli, 2013).

Tra "richiedenti" e "dispensanti" – prendendo in prestito la terminologia eliasiana – si delinea pertanto un complesso gioco di azioni e reazioni che dà vita a una nuova figurazione della cura, con i suoi altrettanto nuovi differenziali di potere e i relativi andamenti delle interdipendenze tra esseri umani (Perulli, 2012). L'individuo che si trova oggi a dover affrontare questioni o problemi riguardanti la sfera della salute, siano essi più o meno urgenti o più

o meno gravi, è perciò ancora *paziente*¹⁰. Sempre più spesso è anche *persona assistita*¹¹. Ma poiché non ha forse meno bisogno di tempo e attenzione, di stabilità e costanza nel percorso di cura, e di un clima di fiducia, non si riduce a essere mero *utente* consumatore di farmaci (Illich, 1976, p. 63).

Nei passaggi che rievocano l'accesso alle strutture sanitarie si rivela il peso, quando non la strategicità, di forme tipiche di capitale sociale, a partire dai cosiddetti "legami deboli" (Granovetter, 1973; Putnam, 2000). Tra gli episodi a valenza negativa, le "brutte esperienze" si delineano proprio come "rapporti mancati", segnati dall'assenza di partecipazione e collaborazione e connotati da una marcata sensazione di incomunicabilità, di insufficiente coinvolgimento e consapevolezza nell'iter terapeutico, di assenza delle informazioni "giuste".

Poi per altre cose, io ho avuto un caso non so nemmeno se di mala sanità non so che sia successo, fatto sta che io ho avuto quindici anni fa [...] un incidente quasi banale con la macchina che è diventata un'odissea per via del rapporto con l'ospedale. Son stati sbagliati interventi, è successo un po' di... [...] ho ancora le conseguenze, un braccio non più funzionante. Per il resto io sinceramente ho molta fiducia nei medici, nella medicina pubblica. Il mio caso, non so bene, [...] tenderei a vederlo forse un po' legato alla gestione particolare in quel momento, non so... [...] Se quel giorno invece che in quell'ospedale mi portavano da un'altra parte forse non era così ecco, però generalmente dei medici mi fido cioè se uno sta male gli dico «vai in ospedale e curati». (MSCC_F8_6065)

Io ho fatto... la cosa... l'appendicite, però me la ricordo poco. Ecco lì fu piuttosto brutto e mi ricordo mio padre che mi assisteva. [...] E nell'ospedale erano bruschi, me lo ricordo, si trovò una [*incomprensibile*] che ti rispondeva male una cosa e un'altra. (SRG_M1_7075)

10. L'origine del termine "paziente" è da ricondurre al latino *patiens*, participio presente del verbo *patior* (cfr. il greco *paschein*, *πάσχειν*, letteralmente "soffrire" o "emozionarsi", da cui *pathos*, *πάθος*, "infermità di corpo o di animo"), che può essere tradotto come "soffrire" o "sopportare".

11. Il Consiglio della Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (FNOMCEO) nel testo del nuovo *Codice di deontologia medica* del 2014 e nello stesso *Giuramento professionale* ha introdotto – dopo lungo e acceso dibattito –, oltre alla tradizionale definizione di "paziente" anche quella di "persona assistita". Il primo viene mantenuto quando si parla di cure: «Consapevole dell'importanza e della solennità dell'atto [...] e dell'impegno» assunto, il medico giura «di curare ogni paziente con scrupolo e impegno, senza discriminazione alcuna, promuovendo l'eliminazione di ogni forma di disuguaglianza nella tutela della salute». Il secondo è stato introdotto nei contesti di più ampia accezione, come nella definizione dell'obiettivo «di perseguire con la persona assistita una relazione di cura fondata sulla fiducia e sul rispetto dei valori e dei diritti di ciascuno e su un'informazione, preliminare al consenso, comprensibile e completa».

Negli episodi a valenza positiva invece le conoscenze (dirette o indirette) e i rapporti già esistenti costituiscono una importante carta da giocare proprio nei momenti di maggiore vulnerabilità (anche solo percepita), poiché rendono più facile la collaborazione e meno disagiata l'esperienza. Un rapporto più diretto e personale con la figura professionale può, ad esempio, far propendere per un certo tipo di percorso.

Per quanto riguarda *omissis* [particolare patologia] sono in cura dal dottor *omissis* della clinica medica *omissis*. Bravissimo, sono stata curata da lui [...] Me lo ha indicato il marito di una mia amica. (MSCC_F4_6065)

Sì, s'andava a *omissis*, all'otorinolaringoiatria. Poi quando si è trattato dell'intervento, mi sono informato ecc. e a operare sono andato a Prato da un professore che conoscevano delle persone che conoscevo io. (SRG_MI_7075)

Qualora ci si possa avvalere di una relazione diretta di conoscenza e fiducia internamente alla struttura sanitaria o ospedaliera, ciò può rendere molto più semplice l'accesso e molto meno "spaventosa" l'esperienza del percorso di cura:

Al pronto soccorso ho trovato una dottoressa che m'ha levato dai pasticci. (SRG_M5_6065)

Ho avuto un oncologo che siamo anche abbastanza in amicizia, che mi ha seguito. [...] Lo conoscevo già prima. [...] Penso sia una persona in gamba, un professionista. Però magari a me dava sicurezza anche il fatto di conoscerlo. (SRG_F1_6065)

Quindi persone che non se ne son fregate questo è stato positivo che poi subito l'informazione giusta [...] [Un percorso] non privilegiato o preferenziale [...] Informato sicuramente sì! (SRG_M2_6065)

Con le giuste informazioni e confortati da qualche punto di riferimento, dunque, anche le esperienze in ospedale sono affrontate più tranquillamente e si concludono con esiti, nei limiti di ciascuna singola situazione, più positivi:

Io senta, devo dire una cosa, si parla tanto di mala sanità, io trovo che è difficile a volte capire per chi non è un malato cronico, perché danno per scontato che te devi sapere, che devi fare l'impegnativa così, che devi andare... Oppure il padiglione tale, il reparto talaltro... è sempre un po' complicato per chi non è tutti i giorni a Carreggi o a Ponte a Niccheri o a Santa Maria Nuova. Però una volta entrata nel meccanismo... Insomma, non posso dire male della sanità sinceramente. [...] Io seguo sempre una tecnica: visita magari privata di un medico ospedaliero. Dopodiché sei seguito, che poi in fondo si riduce a non molto. Piuttosto che andare – perché appunto io dopo la storia della nascita delle figlie – in una casa di cura privata... che io non c'andrei nemmeno...

Quindi preferisce che l'ospedale sia quello pubblico?

Preferisco l'ospedale certo, perché c'è tutte le attrezzature possibili e immaginabili, non risparmiano su una lastra, una radiografia in più o in meno. (MSCC_F2_6065)

Stavo facendo un controllo [...] dalla dermatologa. [...] E allora mi fecero tipo check-up, e cominciarono a fare ricerche nel sangue, un po' di tutto, tra cui la mammografia [...] E si dà il caso che venne il camion qui, perché vengono con il camion per fare i controlli del seno. Dissi: «Guarda! meglio occasione... l'ho sotto casa!». E poi non avevo da fare nulla, sicché prendo e vo. Poi mi mandarono la lettera a casa [...] C'era il numero di telefono, telefonai [...] Mi dissero «Signora venga perché bisogna farle un'ecografia perché non è venuta tanto bene» [...] ... sicché niente il giorno dopo vado: io lo conoscevo quell'ambiente perché c'ero bell'e stata. [...] ero già schedata anche perché avevo fatto anche un consulto, quando c'avevo quel problema a 33 anni. [...] E andai. Si fa quest'ecografia e un dottore gentilissimo mi disse [...] «Signora guardi – mi dette una lista e mi disse – questi sono i chirurghi oncologi, lei sceglie quale vuole sono tutti bravi quindi...» e di lì ebbi la sentenza, di lì poi incominciai l'iter delle visite e poi l'operazione... (SRG_F9_7075)

Ciò da un lato ribadisce l'importanza della “giusta conoscenza” per sapersi orientare, ovvero la forza e il potere di due risorse come il capitale culturale e il capitale relazionale, anche e proprio nell'ambito dell'accesso e dei percorsi di prevenzione e di cura. Dall'altro lato ricorda come le politiche sociali e sanitarie – qualora vogliano raggiungere i loro obbiettivi – debbano essere accompagnate da specifiche azioni di supporto. Indagini su questo aspetto¹² hanno infatti concordemente rilevato una sorta di *overlapping* negativo nella fruizione dei servizi sanitari da parte delle classi più deboli.

Se non adeguatamente accolti e – qualora ve ne fosse bisogno – indirizzati, i soggetti più vulnerabili e/o meno “attrezzati” possono sviluppare diffidenza o particolare resistenza nella fruizione delle prestazioni sanitarie per la prevenzione e la tutela della salute, o più semplicemente non averne conoscenza e dunque esserne *a priori* esclusi. Un servizio sanitario pubblico di carattere (ancora, prevalentemente) universalistico, che garantisce assistenza e rende disponibili le proprie prestazioni a tutti i cittadini, esercita un'influenza positiva diretta e indiretta sulla salute e sulle disuguaglianze ad essa interrelate, a cominciare dalla diffusione di un senso di sicurezza e di protezione sociale:

Io mi sento rassicurata dall'ospedale. [...] Anche se sbagliano, se tutto quello che vuoi, sono già lì sul posto se... (MSCC_F5_7075)

Nel passato sì, ho avuto delle operazioni, quando ero bambinetta le tonsille, poi quando aveva 34-35 anni mi sono operata di ernia, eredità paterna, e poi basta. [...] Sono cose che ho fatto però non mi sono trovata particolarmente in difficoltà.

12. In riferimento allo scenario italiano ci si limita a ricordare Berlinguer (2006); Costa (2009).

Si è sentita seguita? Ha avuto a che fare con persone che ha ritenuto competenti, di cui si fidava?

Francamente sì, non mi posso lamentare. (SRG_F8_6065)

Diciamo dall'ultimo caso di mio marito il rapporto con il medico e con la medicina è stato ottimo. Sono stati bravissimi. Per quanto riguarda mia sorella sono stati bravissimi perché l'avevano data per morta e invece era viva. Per quanto riguarda la medicina di prevenzione io sono una fanatica, nel senso che seguo tutte queste cose, e va bene. (MSCC_F8_6065)

Poi ce lo ricoverarono però ce lo dissero subito, praticamente non c'era più nulla da fare. Poi sai sono cose. L'assistenza lì l'ha avuta buona, questo sì, l'ha avuto molto buona [...] lì è stato trattato bene. Non l'hanno fatto patire almeno. Tenuto sempre sotto morfina. (SRG_F10_6065)

Non va tuttavia dimenticato come la differenza nel successo delle politiche, senza eccezione anche di quelle sanitarie, e i divari nell'efficacia degli interventi siano da ricondurre alle condizioni nelle quali si trovano gli individui e i gruppi sociali destinatari degli stessi¹³.

Pur nell'impossibilità di affrontare nel suo complesso tale problematica e di rispondervi esaustivamente, nel PAR. 7.3 l'"antologia" di racconti di salute e malattia qui presentata si chiude sul tema delle attuali possibilità, opportunità e capacità di cura, in una congiuntura che risulta sempre più chiaramente segnata dal punto di vista economico dalla crisi, e dal punto di vista delle *configurazioni di benessere* dal mutamento radicale o, forse – come suggerito da Vicarelli (2013) –, da un vero e proprio declino.

7.3

Permettersi le cure

Anche se la recente crisi presenta un impatto in termini di salute non immediatamente osservabile¹⁴ né tanto meno facilmente quantificabile, è innegabile il suo peso sulle configurazioni del sistema sanitario nazionale, che

13. Teorie e materiali di ricerca riguardanti questo tema, a partire da Titmuss (1958), Paci (1989) e Berlinguer (1994) e più recentemente Neri (2013), Pavolini, Vicarelli (2012) e Pavolini (2013), convergono su tale valutazione.

14. A differenza dei dati finanziari, disponibili in tempo reale, gli effetti della crisi sulla salute sono molto più complessi e articolati e per essere leggibili e significativi necessitano di rilevazioni longitudinali sul medio-lungo periodo. La stessa Agenzia regionale di sanità considera per gli effetti della crisi registrabili in termini di morbosità e mortalità una latenza variabile fra i due e i cinque anni.

negli ultimi anni già stava affrontando un processo di decentramento dal governo nazionale alle amministrazioni regionali. Le direttive di contenimento e razionalizzazione dei costi nelle politiche si traducono – con un buon margine di variabilità – nell’aumento della compartecipazione alla spesa sanitaria da parte delle Regioni.

Ne è un buon esempio la stessa sanità toscana, che pure per molti aspetti presenta un profilo comparativamente virtuoso. Di rilievo è l’impatto della crisi anche sull’attuale riorganizzazione della sanità regionale, che si struttura su un programma pluriennale e ha promesso risparmi consistenti, a partire da importanti tagli sul fondo iniziale (Agenzia regionale di sanità, 2013). Pur vincolata dall’imperativo del contenimento della spesa, la Regione Toscana si distingue per un’azione in ambito socio-sanitario ampia e articolata, a partire da tre principali settori di intervento: il mantenimento di un alto numero di programmi di screening gratuiti¹⁵, la promozione di campagne di sensibilizzazione sui fattori di rischio per la salute e il lancio e la diffusione di linee guida su stili di vita “sani” e, infine, la scelta di una contribuzione modulata per capacità contributiva degli assistiti¹⁶ (o *copayment*), con l’obiettivo di garantire quanto più possibile l’equità del servizio e la tutela delle fasce più deboli.

Oggi la regione Toscana fa questi screening obbligatori, con i medici di base, perché sono legati al fattore ereditario... se sanno che i tuoi genitori hanno avuto una certa cosa... capito!? Il medico stesso ti manda a fare quello screening obbligatorio perché sa che in famiglia c’è stato questo. E i fattori ereditari dice che continuo molto, che continuo molto... (MSCC_F3_6065)

A *omissis* funzionava tutto benissimo. Perché quando facevo la mammografia, il pap test, arrivava la lettera a casa... sì sì [...] funzionava tutto... era buona come cosa. (SRG_F7_7075)

Ho fatto sempre quello che mi hanno [proposto. Controlli che] venivano offerti e li ho sempre fatti. In questo senso la Regione Toscana non mi sembra che sia delle peggiori.

15. La Regione Toscana ha avviato da tempo un programma di prevenzione e di diagnosi precoce dei tumori della mammella e del collo dell’utero, a cui si è aggiunto recentemente quello del colon-retto. Per maggiori dati e informazioni cfr. il sito dell’Istituto toscano tumori <http://www.ittumori.it>.

16. Nel suo rapporto dell’ottobre 2013 l’Agenzia regionale di sanità documenta come un ticket ripartito su tutta la popolazione regionale ammonterebbe a circa 40 euro annui per avente diritto; stimando che i cittadini che annualmente accedono ai servizi sanitari sono il 50% della popolazione, e che circa la metà di questi è esente dal ticket, il carico per i cittadini che rientrano nella fascia pagante e sono fruitori di servizi sanitari è in media di 160 euro annui a testa.

Fosse dipeso da lei, li avrebbe fatti? Le sarebbe venuto in mente di farli?

C'ho una certa reticenza. Se me lo dicevano «vabbè allora via facciamolo».
(MSCC_F2_6065)

Un'adeguata ed efficiente organizzazione sanitaria e l'efficacia dei suoi interventi tuttavia si correlano – come precedentemente già accennato – a molti e svariati elementi: dal clima culturale alla rete di relazioni propri degli ambienti nei quali si va a intervenire, dalla capacità da parte delle istituzioni stesse di promuovere la diffusione di informazioni e di favorire universalmente l'accesso ai servizi alle risorse di solidarietà e coesione sociale disponibili.

Condizioni, situazioni, configurazioni di vita dei cittadini, e nel caso specifico degli intervistati, sono dunque in grado di sorreggere e rendere più scorrevole e semplice, o, al contrario, di ostacolare pesantemente la realizzazione delle politiche pubbliche e sanitarie:

Assolutamente, ben venga e cerco anche di far partecipe... insomma che sia una cosa recepita nel modo giusto, perché mi sembra un aspetto di civiltà vera, su questo non c'è dubbio. Che posso dire, mi è capitato di avere a che fare con delle badanti per mia suocera, ed è una cosa che ho fatto sempre presente anche a loro, e ho detto che ne potevano usufruire. Sì per quello che riguarda la vita delle donne... l'obbligo della mammografia. Ripeto: mi sembra che sia stato un buon passo avanti. [...] La Regione Toscana, con tutti i problemi nella sanità... però insomma siamo in un'isola abbastanza felice per alcune cose. E ho sempre cercato di tenerne conto di questo, quando mi arrivava qualche avviso di questo tipo ho sempre risposto. Penso che anche dal punto di vista dell'economia la prevenzione... ben venga! (MSCC_F7_7075)

Ho fatto parte per due volte di uno screening [...] Loro mi sorteggiavano se volevo, e l'ho fatto. Anche quella [la seconda esperienza di screening], sempre sullo stile di vita, sulle malattie familiari ecc. E anche lì poi mi hanno richiamato, mi sembra due anni fa per vedere qual era la situazione attuale... Io ho rimandato indietro il questionario e poi non so altro.

Le ha fatto piacere fare queste cose?

Sì sì!

Le ha creato qualche difficoltà, fastidio...

Per niente, no no! (MSCC_F3_6065)

Poi sì faccio la mammografia, il pap test. [...] Mi hanno sempre chiamato loro. Il medico di base mi ha dato *omissis* [altro esame di controllo preventivo], poi per l'altro mi avevano già chiamato loro altre volte [...] E le faccio volentieri perché d'altronde... sono utili. (SRG_F10_6065)

Screening, controlli medici particolari ne ha mai fatti, ne ha mai seguiti?

No. No, perché non ne ho mai avuto bisogno. Io dal medico se ci vo ci vo una volta all'anno.

È una figura di cui comunque si fida, su cui farebbe affidamento nel caso avesse...

Ma mica tanto. No, io dei medici ne fo a meno per quello, non mi fido tanto. (SRG_M10_6065)

La minore disponibilità di risorse e la revisione degli investimenti sia in termini di infrastrutture e dotazioni che di personale, unito a un comunque costante aumento di prescrizioni e richieste, hanno poi contribuito a dilatare o a mantenere comunque molto ampi i tempi di attesa per almeno alcune prestazioni mediche¹⁷. Problema noto, per esperienza diretta ma anche per sentito dire, molto visibile e quindi al centro di critiche e rimostanze, e di fatto grave nella misura in cui o rappresenta un reale disservizio e dunque un rischio per le condizioni di salute o diventa disincentivo e motivo di frustrazione tale da tradursi in un abbandono del percorso terapeutico e/o di prevenzione intrapreso:

Uh! Mamma mia! Prima era una cosa bellissima! [il riferimento è al sistema mutualistico soppresso con la legge 23 dicembre 1978, n. 833, e sostituito dal Servizio sanitario nazionale, istituito con la stessa legge] Hanno levato tutto. Però, nonostante quello, quando ho fatto queste altre operazioni non c'è mai stato dei tempi... Si andava dal professore e lui ci fissava dei giorni. Tutt'al più si aspettava una settimana... (SRG_F4_7075)

Si va al pronto soccorso e si passa delle ore. C'è da mettere i capelli bianchi. Ora in confronto a tempo fa...

MOGLIE: Comunque io volevo dire, prima di prendere gli appuntamenti passano i mesi e i mesi. Che non ti puoi curare se... bisogna che tu paghi. (SRG_M6_7075)

E quindi sono ancora in cura da loro mi sono operato quattro anni fa... per cinque anni, o sei, devo fare i controlli e poi anche per le altre cose... ho dovuto ricorrere al privato anche... [...] per una questione di tempi perché delle volte è impossibile di cercare nella struttura pubblica... più che altro di andare da quella persona è difficile no? Cioè... devi fare questa cosa, c'è questo che secondo me è il meglio... però ci si arriva anche con l'ASL, ma i tempi dell'ASL per arrivare a quel soggetto lì vuol dire aspettare dei mesi... primo passo privatamente poi rientri nella norma. (SRG_M2_6065)

La reale riduzione di disponibilità economiche da parte delle famiglie, combinandosi con il clima di sfiducia e allerta e con i comunque inevitabili tagli programmati delle risorse (tanto a livello di sistema sanitario nazionale che regionale), ha già reso evidente come sia drammaticamente attuale e sempre meno marginale il problema del potersi permettere le cure prescritte. In altre parole, la disponibilità a seguire certi percorsi terapeutici o di cura della

17. Relativamente all'azienda sanitaria di Firenze i tempi massimi di attesa previsti per raggi ed ecografie non dovrebbero superare i trenta giorni. Per ulteriori dettagli e la lista completa di prestazioni e relativi tempi di attesa cfr. il sito <http://www.asf.toscana.it>.

salute si va sempre più subordinando a una certa disponibilità economica. Nonostante un sistema sanitario nazionale ancora ufficialmente incardinato sul principio di universalità del suo servizio, di fatto si incontrano casi di cortocircuito tra capitali: come quando, pur avendo consapevolezza e informazioni riguardo alla necessità di seguire certe cure e sapendo come e dove rivolgersi, l'aspetto economico dei costi da sostenere e l'impossibilità di farvi fronte rende impraticabile il completamento del percorso di terapia:

Poi ecco dai medici sono andata finché me lo sono potuto permettere dal dentista, perché è importante, poi io soffro ancora di *omissis*. Però poi dopo cominci, e dovresti fare questo lavoro... e anche lì ci vogliono soldi, oggi giorno. Infatti stanno pensando di dare un aiuto a queste persone che hanno meno ma pensano poco. Perché per ora vedo che si discute di tutto ma non trovano una soluzione. E speriamo. Perché [...] non è facile vivere con 500 euro; con 500 euro non vivi tanto bene. (MSCC_F10_7075)

Anche se con ben precisi limiti, la disponibilità dei diversi tipi di capitale – economico, relazionale, culturale – ha un riconosciuto effetto di protezione della salute¹⁸; e il loro combinarsi insieme rende più ricettivi a certi messaggi riguardanti la sfera della salute e disponibili a seguire gli iter di analisi preventiva e di cura. Inoltre, l'intrecciarsi di tali risorse ad altri elementi più direttamente riconducibili all'ambiente e alle strutture e infrastrutture – come tempi e distanze adeguati, disponibilità di mezzi di trasporto privati e/o pubblici, familiarità con i luoghi di cura e relative regole di accesso – rappresenta un incentivo al richiedere, definire e seguire percorsi di cura. Specularmente la carenza o l'assenza di capitali personali e familiari, che già da sole costituiscono un disincentivo e un ostacolo forte al prendersi cura della salute innanzitutto propria, risultano ulteriormente potenziate da eventuali “povertà” dell'ambiente sociale e urbano circostante. E nuova conferma sembra trovare la *inverse care law*, la regola da tempo nota (Hart, 1971) secondo cui le risorse assistenziali si distribuirebbero in maggiore quantità e in migliore qualità in modo inversamente proporzionale ai bisogni della popolazione, paradossalmente andando ad alimentare le disuguaglianze sociali che dovrebbero invece fronteggiare.

18. In particolare da quelle malattie croniche e invalidanti che, proprio per questo, vanno a colpire con minore frequenza gli individui socialmente più avvantaggiati. Come già ricordato in altra sede (Mascagni, 2010), se da un lato è giusto ribadire il peso delle risorse innanzitutto culturali nel preservare da quelle patologie la cui insorgenza è più chiaramente riconducibile ad abitudini e stili di vita insalubri, dall'altro lato bisogna riconoscere l'impossibilità (almeno attuale) di incidere su alcune dinamiche più specificamente biologiche. Ne sono un esempio le sempre più diffuse patologie di tipo degenerativo (morbo di Alzheimer, parkinsonismo, sclerosi ecc.), che colpiscono la popolazione con modalità influenzate da altre variabili, di chiara natura non sociale.

Conclusioni

Variabili in gioco e risorse da giocare

Sappiamo bene qual è l'ideale di un organismo malato: il suo ideale è un organismo sano della stessa specie. [...] Si può magari esitare sulla diagnosi e la terapia di un disturbo al fegato o agli occhi, ma nessuno ha dubbi su ciò che ci attendiamo dalla terapia. [...] Insomma, per quanto riguarda l'organismo, tutti discutono della natura del male, se così possiamo dire, ma nessuno pone in dubbio l'idea del bene. Mentre le società, con i loro disordini e malanni, ci pongono sotto gli occhi una idea diversa tra i mali e le riforme, poiché ciò che è in discussione in questo caso è appunto lo stato ideale o la norma di società. È a questo punto che sorgono i problemi.

Canguilhem (2002, p. 56)

L'intento di questo libro, tappa finale di una ricerca che nel suo percorso si è lasciata ispirare e ha cercato di dare spazio e coltivare gli spunti provenienti da numerose altre discipline più o meno vicine (dalla storia alla demografia, dalla medicina all'architettura), è stato quello di confrontarsi con il tema della disuguaglianza sociale e ricercarne le relazioni con lo stato di salute.

La tesi presentata può essere sintetizzata in un percorso che si sviluppa intorno ai due in larga parte insolubili problemi delle disuguaglianze e della salute e che – non limitandosi a osservare le differenze di stato di salute fra gruppi socio-economici, registrandone la regolare distribuzione nella scala sociale – si pone piuttosto l'obiettivo di indicare quali particolari disuguaglianze sociali, e con quali specifiche geometrie, siano in grado di esercitare influenze sullo stato di salute, e come questo a sua volta eserciti i suoi effetti su risorse, *chances* e percorsi di vita dell'individuo.

Due puntualizzazioni accompagnano, precedendole, verso le conclusioni finali.

Una prima riflessione riguarda il *problema*: quale salute si è andati a guardare e perché. Il tema della salute è risultato di particolare crucialità – oltre che per la sua centralità e potenza nei percorsi umani individuali e collettivi – perché il suo essere punto di congiunzione tra dimensioni fisiche e materiali e dimensioni sociali e relazionali ha reso più dense di significati le storie di vita raccolte e ha permesso di chiarire meglio gli effetti di dinamiche

apparentemente distanti riguardanti altre sfere di azione: quella economica, quella culturale e quella relazionale e territoriale. Salute dunque come condizione umana e sociale, obiettivo di e stimolo per le azioni dei singoli individui e dei gruppi, non (o non solo) tema da affrontare in termini di istituzioni dedicate, di prestazioni mirate, di soddisfazione delle utenze. Salute non come oggetto e merce di scambio, ma come stato e risorsa, e pertanto dimensione non facilmente riconducibile alle semplici logiche del mercato e alle regole che lo governano.

Una seconda riflessione riguarda strumenti e tempi che si sono fatti propri in questo percorso.

La metodologia scelta – uno studio di caso di inevitabile complessità tecnica, costantemente riletto attingendo alle quaranta narrazioni raccolte – ha presentato tempi di rilevazione inevitabilmente lunghi e incompressibili; modalità non standard; una fase di sistematizzazione, rilettura e interpretazione articolata costruita a partire dall'analisi (sociologica) del testo. Almeno nell'immediato non si offrono dati sintetici. E comunque, anche estrapolandoli in un secondo momento, non sono questi i risultati più ricchi di indicazioni realmente interessanti, né tanto meno i più affidabili. Ciò che è forse nuovamente e più esplicitamente da chiarire – anche sulla scorta dell'avvertimento eliasiano – è che l'intento non era quello di contribuire alla costruzione di un modello esplicativo unitario, a partire da un segmento di esseri umani necessariamente limitato e da una base empirica inevitabilmente circoscritta¹.

Per quanto riguarda i tempi², molta (troppa) velocità nella riflessione e nella divulgazione dei risultati così come una comunicazione molto (troppo) agile nei suoi contenuti prima ancora che nelle sue forme non sono state le modalità prescelte (Sennett, 2008). Con ciò non si vuole fare un elogio dell'inaccessibilità, ma riaffermare la necessità (e il diritto) di avere il tempo – almeno quello strettamente utile – per *tenere insieme le prospettive* (Elias, 1998, trad. it. p. 112). In altre parole, si difende l'idea che al fine di condividere in modo il più possibile chiaro, lineare e realmente aperto alla dialettica i risultati di un percorso di ricerca – soprattutto quando si affrontano certi temi e con gli strumenti di una certa sociologia – risultino forse essere più idonee non poche frasi, più pagine e tempi di riflessione e non di provocazione.

A partire dunque dall'ipotesi privilegiata che sosteneva un'esplicita e reciproca relazione di influenza tra disuguaglianza sociale e stato di salute,

1. Come la povertà risulta non essere un fenomeno universale (Paugam, 2005), così anche le disuguaglianze – e in particolare le disuguaglianze che agiscono sullo stato di salute – presentano dinamiche differenti a seconda delle società, della loro storia, del loro sviluppo.

2. Non è intento di chi scrive fare elogi o proporre particolari "ricette di vita". Per una riflessione sui temi della velocità e della lentezza cfr. Maffei (2014).

le variabili chiave intorno alle quali si è costruito il percorso di indagine sono state il genere, l'età e il quartiere di residenza. Ciascuna variabile ha confermato la sua importanza.

Riguardo al *genere*, e in particolare in rapporto alla sfera lavorativa, è innanzitutto emerso come oggi – anche se con passaggi non del tutto lineari e spediti – si stia via via indebolendo lo stereotipo di una figura femminile scarsamente attaccata ai valori e ai ritmi del lavoro, confinata in posizioni gerarchicamente subalterne e con potere contrattuale ineluttabilmente modesto.

Anche se dati nazionali e regionali (e le stesse interviste) rimarcano importanti mutamenti nel mercato del lavoro e la figura di una donna lavoratrice debole e marginale risulta oggi sicuramente inadeguata, le storie di vita raccolte restituiscono uno scenario in cui la componente femminile più di quella maschile si è andata a collocare nelle posizioni più deboli e le flessibilità più povere ed è stata più incline a scivolare nel lavoro sommerso e privo di protezioni sociali. Effetti e correlazioni di tale mutamento sono ampi. Ne richiamiamo due soli, perché di rilievo per questo lavoro. Il primo è che rende meno carico di senso il momento della pensione e ne stempera la portata di evento portatore di una socializzazione anticipata alla vecchiaia. Proprio perché per le donne il lavoro difficilmente rappresenta il principale impegno di vita, riti e ritmi della quotidianità femminile, solitamente scanditi da più attività e strutturati su più ambiti, risentono meno della definitiva uscita dall'ambiente lavorativo. Il secondo va a riconsiderare come il posizionamento delle donne nelle configurazioni della vita attiva – e per estensione pubblica e più aperta alle interrelazioni esterne – si va a sommare a un *ménage* familiare i cui vincoli spaziali e temporali sono ancora forti e segnano pesantemente le opportunità di autodeterminazione e non di rado di realizzazione.

Guardando oltre le attività e gli oneri della cura e della gestione della quotidianità della sfera familiare, per gli uomini come per le donne la famiglia, e ancor prima di essa lo spazio coniugale, svolgono un ruolo rilevante: in qualità di dimensione dalla quale desumere risorse, sostegno, rifugio, ma anche in qualità di campo di interferenze, di controllo, di pressioni.

Riguardo all'*età*, uno degli elementi originali più interessanti è quello relativo a come viene percepita la propria fase di vita e – per molti – l'uscita dal mercato del lavoro. I sessantenni e i settantenni di oggi non si percepiscono paragonabili con i coetanei delle generazioni precedenti. Da un lato le più ampie aspettative di vita presentano una forte valenza di stimolo e di risorsa per l'intera società, così come per il singolo segnano una possibilità concreta di rimanere attivo più a lungo e su più fronti. Dall'altro lato – elemento che dalle stesse interviste emerge a volte solo come un'intuizione, a volte come vera e propria consapevolezza – la conquistata aspettativa di vita

può apparire ed essere trasformata in un problema, e ancora lontano appare il reale superamento del più tradizionale “paradigma delle età” con le sue cadenze omogenee e inesorabili, valide per tutti e per sempre. La maggiore longevità ha infatti reso in molti casi inadeguati e fuorvianti i riferimenti all’età cronologica statistica. Un percorso di “allentamento”, superamento o – in alcune circostanze – rimozione delle più tradizionali classificazioni potrebbe portare non pochi benefici, a cominciare da una maggiore libertà di autodefinizione per i singoli individui. Inoltre, come già sostenuto da molte voci in campo demografico (Gee, Gutman, 2000; Bernardini, 2003; Walker, 2005; Rosina, 2013a), la diffusione di nuovi e adeguati strumenti concettuali e operativi potrebbe rendere più facilmente accessibile – e in modo più equo – un percorso di “preparazione” individuale e un “equipaggiamento” sociale finalizzato alla predisposizione di condizioni che consentano di allontanare definitivamente la prospettiva del “mettersi da parte”, godendo al meglio delle opportunità offerte da stagioni della vita non prive di rischi ma non necessariamente povere di prospettive.

Riguardo alla *dimensione spaziale*, è anche qui necessaria una puntualizzazione, forse ormai superflua, ma comunque doverosa. Quello che questa ricerca non ha cercato è la correlazione tra l’essere residenti in un quartiere e una relativa aspettativa di vita. Il dato è sicuramente suggestivo e non privo di significato. Ma – per questo specifico percorso – ha rappresentato un ottimo spunto di riflessione preliminare, non un risultato da ottenere o da (ri-)testare. Premeva di più cercare di capire come la condizione abitativa e il contesto di residenza, andandosi a intrecciare con le altre caratteristiche ascritte e acquisite, potessero avere ricadute su abitudini e pratiche di salute e benessere, in particolare in specifiche fasi di vita e in determinati momenti di passaggio.

Tornando sul punto, la città di Firenze si delinea chiaramente come una galassia di realtà nonostante tutto ancora ben distinte. Quartieri come Sorgane e come la zona tra piazza Donatello e via Masaccio continuano a presentare tratti peculiari ben diversi, a partire da quelli indicati dall’indice di deprivazione (già richiamati nel PAR. 2.2) e, pur appartenendo entrambi alla variegata realtà cittadina, sembrano non incontrarsi mai per profili sociali espressi, rappresentazioni sociali, istanze. Eppure, scendendo dentro il quartiere, si fa chiaro come importanti, profondi e, in alcuni casi, di segno sensibilmente diverso siano i mutamenti intercorsi negli ultimi decenni³.

Il profilo più recente di Sorgane appare come l’esito di un graduale processo di miglioramento che ha visto fattori esogeni e fattori endogeni combinarsi via via nel corso degli anni in modo tale da delineare un percorso

3. L’aver adottato una prospettiva di medio-lungo periodo si è rivelato di particolare utilità anche nel limitare gli effetti di una retorica della crisi dal marcato “potere immaginifico”.

alternativo alla segregazione e al degrado. Il quartiere può oggi contare su nuove e più solide dotazioni infrastrutturali e relazionali. Al completamento o all'incremento di aree verdi e spazi comuni, collegamenti viari, servizi di trasporto pubblico, presenza di attività commerciali si affianca infatti quel *legame di comunità* – soprattutto tra gli abitanti appartenenti alla fascia di età matura – base per rapporti improntati alla reciprocità e alla lealtà e promotore di un senso di appartenenza ai luoghi che si esprime in un attento e talvolta vigoroso controllo interno al quartiere. Ancora, i miglioramenti delle posizioni relative degli abitanti e i loro percorsi di mobilità in senso ascendente hanno portato a una diminuzione – in media – della concentrazione della povertà nel quartiere. Tuttavia, per molti degli intervistati si segnala fatica di configurazioni familiari da reinventare (nei loro *ménage*, nella loro redistribuzione di risorse e nei loro carichi di attività di lavoro formale e informale e di cura) per esigenze di età e perché messe duramente alla prova dalle più recenti tendenze economiche.

In via Masaccio, in un quartiere fortemente svuotato di presenze e di attività per l'effetto combinato di noti processi demografici cui si sovrappongono gli effetti di una ormai avanzata terziarizzazione, le cadute, i percorsi di mobilità discendente, gli insuccessi economici (pur se relativi) e/o di carriera lavorativa, anche senza arrivare a livelli di vera e propria deprivazione economica, spesso implicano rinunce importanti, talvolta assolute, non solo in ambito economico ma anche in termini di autonomia, controllo, prestigio, e hanno un grande peso simbolico. Tra i membri del ceto medio, sono proprio quelli che si ritrovano a disporre di un reddito e di uno stile di vita non più adeguati alle aspettative individuali e/o del gruppo di riferimento, e pertanto si scoprono e si avvertono impoveriti, a correre i maggiori rischi. In termini relazionali sotto forma di libera e piena partecipazione alla vita di comunità, in termini di salute perché è appunto nel momento in cui non è più possibile raggiungere efficacemente risultati e vantaggi desiderati e condivisi con la comunità d'appartenenza che, secondo la teoria della *status syndrome* (Marmot, 2004), si configurano situazioni di forte pressione in grado di produrre effetti profondi sull'intero assetto psicofisico dell'individuo.

Ma, come si direbbe colloquialmente, c'è un ma.

Considerata singolarmente, nessuna delle variabili risulta essere sufficiente per spiegare in modo convincente l'attuarsi di dinamiche di disuguaglianza. Ciò che piuttosto emerge è l'importanza della loro combinazione, sullo sfondo non trascurabile della situazione economica generale. Ciò che si è rivelato strategico è la combinazione tra le cosiddette caratteristiche ascritte e/o di *status* e le risorse in gioco considerate.

Il quadro analitico di riferimento – come qui rapidamente richiamato e come più ampiamente presentato nei primi capitoli del libro – ha condotto all’elaborazione di una tipologia di “struttura sedimentaria” graduale. Oltre a un primo, più tradizionale e noto *continuum* (I) riconducibile all’ambito economico, che mediante misurazioni statistiche e parametri monetari va a definire una soglia⁴ al di là della quale si è convenzionalmente considerati nella fascia di povertà, altre due sono le “scale di intensità” delineabili: il *continuum* (II) riferibile alla dimensione del capitale culturale, che si ricomprende tra una situazione di dotazione minima corrispondente alla delega, o squalificazione della scelta, e una situazione di autonomia e potere decisionale; il *continuum* (III) riguardante la dotazione di risorse relazionali nelle sue diverse declinazioni (familiari, amicali e di vicinato), che si sviluppa da un estremo negativo di marginalità a un estremo positivo di integrazione.

Un primo esempio. L’attenzione alle cure non è prerogativa dell’uno o dell’altro genere, non lo è dei più giovani piuttosto che dei più anziani o degli abitanti di una particolare area urbana, così come non è riconducibile al solo elemento economico, ma anche a sensibilità e a conoscenze individuali (capitale culturale), alle reti corte o lunghe su cui poter contare (capitale sociale) e insieme – inscindibilmente – agli orientamenti culturali e sociali diffusi, in particolare nell’area di appartenenza.

Un secondo esempio è quello che riguarda la nuova stratificazione sociale all’interno degli stessi quartieri. Anche se la disponibilità economica per molti nuclei familiari negli ultimi anni si è andata riducendo per effetto della più recente e negativa congiuntura, che si è combinata al passaggio di *status* da lavoratori attivi a pensionati e alla riduzione dei benefit e dei servizi erogati da un welfare meno ricco e generoso di un tempo, è riduttivo pensare a un’omogeneità tra gli strati economici bassi delle due aree. Il punto in comune principale rimane la fragilità economica, che può sicuramente far approdare a medesime richieste, esigenze, difficoltà individui con origini diverse e dalle traiettorie dissimili. Tuttavia, le disuguaglianze sociali che nascono da un percorso individuale rimangono ben diverse da quelle ereditarie, così come ben diverse rimangono le appartenenze, elettive e/o effettive. E, a seconda dei percorsi di vita che si celano dietro alle posizioni osservate nella scala sociale, differenti e distanti restano le dotazioni di capitali immateriali, come le reti di conoscenze, la proprietà di linguaggio e le capacità di muoversi nel proprio ambiente e in quelli meno conosciuti.

Terzo e ultimo esempio: interrogando sulle rappresentazioni sociali e le esperienze vissute si è trovata ancora una volta la conferma – che si aggiunge

4. Soglia certo utile ma non esaustiva e, come ricordato da Paugam (2005), comunque arbitraria.

a risultanze nazionali e internazionali – di come le risorse culturali e relazionali – *in primis* calore e supporto di familiari e amici – rendano più recettivi alle politiche di prevenzione. Tutto ciò sta a indicare come gli interventi di prevenzione e cura della salute debbano prestare particolare attenzione alla diversità delle configurazioni sociali che prendono forma sul territorio. Perché è attraverso queste che transitano informazioni e relazioni, possibilità e limiti, regole e risorse⁵. Come già affermato da due dei più autorevoli studiosi di questi processi (Marmot e Wilkinson), la strategia vincente – e particolarmente valida nei paesi a livello di benessere diffuso come l'Italia – è ancora quella di lavorare per una riduzione della disuguaglianza sociale operando là dove essa si produce e dove si vive quotidianamente la condizione umana e sociale responsabile dello stato di salute di una popolazione. Occorre lasciare spazio alle dinamiche virtuose, ma implementare le misure sociali dinnanzi ai cortocircuiti tra capitali.

La prospettiva sociologica adottata⁶ – facendo emergere come tanto i processi interni al singolo corpo umano quanto quelli interni al “corpo” sociale siano riconducibili al più vasto ambiente in cui si inseriscono – ha permesso di individuare la continua e mutevole trama di legami e richiami tra il singolo e gli altri ordita dalla rete di relazioni, dalle comunicazioni, dagli scambi materiali e immateriali. Si è dunque confermata chiave di lettura preziosa per ricucire le cesure tra interno ed esterno, tra individuale e sociale, oggi più che mai opportuna per rivisitare l'idea stessa di autonomia tra le sfere di vita e i nuovi significati che vi si accompagnano.

5. Le dinamiche cui si fa riferimento, innescandosi in senso positivo e di crescita o negativo e di depauperamento, rappresentano un condizionamento potente anche in merito alla condivisione di comportamenti insalubri e insicuri; all'esposizione a rischi fisici, chimici, meccanici nell'ambiente di vita e/o di lavoro; infine, all'esposizione a dinamiche psicosociali di impatto negativo. Una politica che abbia perso di vista il suo epicentro, ovvero l'individuo calato nella sua realtà e con il suo vissuto, e si sia “dimenticata” che esistono anche situazioni meno fortunate, debolezze e diversità, diviene essa stessa elemento di rafforzamento della disuguaglianza sociale e di inasprimento dei suoi effetti, per le vecchie così come per le giovani generazioni.

6. In merito a questo aspetto, fonte di ispirazione e riferimento principale rimane il pensiero di Norbert Elias, in particolare i lavori dell'autore sul rapporto tra discipline psicoanalitiche e sociologia, e su teorie normative e modelli di struttura (cfr. Elias, 1998). Quel pensiero – con le sue angolazioni e le sue potenzialità – è stato l'idea-guida di questa tappa del percorso, e potrà segnare ancora importanti indicazioni di rotta.

Bibliografia

- AA.VV. (2004), *SLTo (Studio Longitudinale Toscano). Condizione socio-economica e ricovero ospedaliero a Firenze*, in “Informazioni statistiche della Regione Toscana”, VI, suppl. 1 (<http://ius.regione.toscana.it/cif/infbreve/infbreve0106.pdf>).
- AA.VV. (2006), *A caro prezzo. Le diseguaglianze nella salute. 2° Rapporto dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale*, ETS, Pisa.
- ABRAMS P. (1982), *Historical Sociology*, Cornell University Press, Ithaca (trad. it. *Sociologia storica*, il Mulino, Bologna 1983).
- AGENZIA REGIONALE DI SANITÀ (2013), *Crisi economica, stato di salute e ricorso ai servizi in Toscana*, Agenzia regionale di sanità, Firenze.
- ALACEVICH F., BURRONI L. (2001), *Collective Bargaining, Social Pacts and Employment Policies in Italy: Towards a New Model of Industrial Relations?*, in M. Alalouf, C. Prieto (eds.), *Collective Bargaining and the Social Construction of Employment*, ETUI, Bruxelles, pp. 77-102.
- ALACEVICH F., LIVI BACCI M., PETRETTO A. (a cura di) (2008), *Povert  ed esclusione sociale in Toscana: le risposte del sistema*, Giappichelli, Torino.
- AMIN A., THRIFT N. (2001), *Cities: Reimagining the Urban*, Polity Press, Cambridge (trad. it. *Citt . Ripensare la dimensione urbana*, il Mulino, Bologna 2005).
- ATKINSON R. (1998), *The Life Story Interview*, Sage, London (trad. it. *L'intervista narrativa. Raccontare la storia di s  nella ricerca formativa, organizzativa e sociale*, Raffaello Cortina, Milano 2002).
- ATTIAS-DONFUT C. (1991), *Transmissions entre générations et fa onnement mutuel des parcours de vie*, in Id., *G n rations et  ges de la vie*, PUF, Paris, pp. 96-108 (trad. it. *Trasmissioni tra generazioni e reciproco modellarsi dei percorsi di vita*, in Saraceno, 2001, pp. 269-78).
- BACCETTI C., MESSINA P. (a cura di) (2009), *L'eredit . Le subculture politiche della Toscana e del Veneto*, Liviana, Padova.
- BAGNASCO A. (1999), *Tracce di comunit *, il Mulino, Bologna.
- ID. (2008), *Ceto medio. Perch  e come occuparsene*, il Mulino, Bologna.
- BAGNASCO A., PISELLI F., PIZZORNO A., TRIGILIA C. (2001), *Il capitale sociale. Istruzioni per l'uso*, il Mulino, Bologna.
- BAUMAN Z. (1993), *Postmodern Ethics*, Blackwell, Oxford (trad. it. *Le sfide dell'etica*, Feltrinelli, Milano 1996).

- BERLINGUER G. (1994), *Salute e (mala)sanità. Un paradosso italiano*, in P. Ginsborg (a cura di), *Stato dell'Italia*, il Saggiatore, Milano, pp. 306-10.
- ID. (2006), *L'origine sociale delle malattie*, in AA.VV. (2006), pp. 17-35.
- BERNARDINI S. (2003), *La società anziana*, FrancoAngeli, Milano.
- BERTAUX D. (ed.) (1981), *Biography and Society: The Life History Approach in the Social Science*, Sage, London.
- ID. (1998), *Les récits de vie*, Nathan, Paris (trad. it. *Racconti di vita. La prospettiva etnosociologica*, FrancoAngeli, Milano 2003).
- BIANCO M. L. (a cura di) (2001), *L'Italia delle disuguaglianze*, Carocci, Roma.
- BICHI R. (2003), *Il campo biografico: lo sviluppo, le articolazioni, gli approcci e la tipologia. Prefazione all'edizione italiana*, in Bertaux (1998), trad. it. pp. 9-30.
- BONICA L., CARDANO M. (a cura di) (2008), *Punti di svolta. Analisi del mutamento biografico*, il Mulino, Bologna.
- BOURDIEU P. (1977), *Outline of a Theory of Practice*, Cambridge University Press, Cambridge (trad. ingl. modificata e ampliata di *Esquisse d'une théorie de la pratique*, Droz, Genève 1972).
- ID. (1979), *La distinction. Critique sociale du jugement*, Minuit, Paris (trad. it. *La distinzione*, il Mulino, Bologna 1983).
- BOURDIEU P., PASSERON J.-C. (1970), *La reproduction. Éléments pour une théorie du système d'enseignement*, Minuit, Paris (trad. it. *La riproduzione. Per una teoria dei sistemi di insegnamento*, Guaraldi, Rimini 2006).
- BRANDOLINI A., SARACENO C., SCHIZZEROTTO A. (a cura di) (2009), *Dimensioni della disuguaglianza in Italia: povertà, salute, abitazione*, il Mulino, Bologna.
- BRESSAN M. (2011), *Nelle zone di transizione*, in Bressan, Tosi Cambini (2011), pp. 39-60.
- BRESSAN M., TOSI CAMBINI S. (a cura di) (2011), *Zone di transizione. Etnografia urbana nei quartieri e nello spazio pubblico*, il Mulino, Bologna.
- BUCCARELLI F., MASCAGNI G. (2010), *Antiche e nuove solidarietà. Trasformazioni e persistenze nelle famiglie in Toscana*, FrancoAngeli, Milano.
- BUIATTI E., VOLLER F. (2006), *Le diseguaglianze negli stili di vita*, in AA.VV. (2006), pp. 279-91.
- CACIAGLI M. (1988), *Quante Italie? Persistenza e trasformazione delle culture politiche subnazionali*, in "Polis", 2, pp. 429-57.
- ID. (2009), *Che resta?*, in Baccetti, Messina (2009), pp. 212-22.
- ID. (2012), *Il declino della subcultura politica rossa*, in L. Falossi, P. Giovannini (a cura di), *Per una nuova cultura politica. Incontri di discussione e di formazione al futuro*, Ediesse, Roma, pp. 43-56.
- CAMMEO P. (1998), *Florence Capitale, les étrangers et la Société Artistique Donatello*, in M. Ménard, A. Duprat (éds.), *Histoire, Images, Imaginaires, fin XV^e siècle-début XX^e siècle. Actes du Colloque international*, Université du Maine, Le Main, pp. 81-91.
- CAMPOS VENUTI G. (1987), *La terza generazione dell'urbanistica*, FrancoAngeli, Milano.

- CANGUILHEM G. (2002), *Écrits sur la médecine*, Seuil, Paris (trad. it. *Sulla medicina. Scritti 1955-1989*, Einaudi, Torino 2007).
- CARANCI N., BIGGERI A., GRISOTTO L., PACELLI B., SPADEA T., COSTA G. (2010), *L'indice di deprivazione italiano a livello di sezione di censimento: definizione, descrizione e associazione con la mortalità*, in "Epidemiologia e Prevenzione", 34, 4, pp. 167-76.
- CARBONE C. (1992), *Operatori immobiliari e nuova urbanistica: gli accordi per il 2000*, in F. Indovina (a cura di), *La città occasionale. Firenze, Napoli, Torino, Venezia*, FrancoAngeli, Milano, pp. 45-78.
- CARDANO M. (2008), *Disuguaglianze sociali di salute. Differenze biografiche incise nei corpi*, in "Polis", 12, 1, pp. 119-46.
- CARDANO M., COSTA G. (1998), *Classi sociali e salute. Le disuguaglianze di mortalità a Torino*, in "Quaderni di Sociologia", 17, pp. 86-121.
- CARDANO M., MARINACCI C. (2004), *La rilevazione della posizione sociale*, in G. Costa, T. Spadea, M. Cardano (a cura di), *Disuguaglianze di salute in Italia*, in "Epidemiologia e Prevenzione", 28, 3, pp. 124-42.
- CASTEL R. (2003), *L'insécurité sociale. Qu'est-ce qu'être protégé?*, Seuil, Paris (trad. it. *L'insicurezza sociale. Che significa essere protetti*, Einaudi, Torino 2004).
- CATTEL V. (2001), *Poor People, Poor Places, and Poor Health: The Mediating Role of Social Networks and Social Capital*, in "Social Science and Medicine", 52, pp. 1501-16.
- CAUSARANO P. (1998), *Identità e funzione nei sistemi metropolitani: problemi interpretativi e ipotesi di lavoro sul governo locale*, in "Sviluppo locale", 5, 9, pp. 99-120.
- ID. (2000), *La professionalità contesa. Cultura del lavoro e conflitto industriale al Nuovo Pignone di Firenze*, FrancoAngeli, Milano.
- CAVALLI L. (1957), *Inchiesta sugli abituri*, Ufficio studi sociali e del lavoro, Genova.
- ID. (1965), *La città divisa. Sociologia del consenso e del conflitto in ambiente urbano*, Giuffrè, Milano.
- CENSIS (2012), *Vivere insieme, vivere meglio. Rapporto Coldiretti/CENSIS*, http://www.censis.it/14?shadow_ricerca=117652.
- CIONI E. (1997), *Il sistema di parentela*, in M. Barbagli, C. Saraceno (a cura di), *Lo stato delle famiglie in Italia*, il Mulino, Bologna, pp. 214-23.
- COCKERHAM W., ABEL T., LÜSCHEN G. (1993), *Max Weber, Formal Rationality, and Health Lifestyles*, in "The Sociological Quarterly", 3, pp. 413-28.
- COMUNE DI FIRENZE (2003), *Statistiche demografiche a Firenze dopo il censimento*, a cura di A. Conte, Ufficio di statistica associato dell'area fiorentina, Firenze.
- ID. (2013), *Annuario statistico del Comune di Firenze*, a cura di F. Monaco, Ufficio di statistica associato dell'area fiorentina, Firenze.
- COSMACINI G. (2009), *Prima lezione di medicina*, Laterza, Roma-Bari.
- COSTA G. (2009), *Le disuguaglianze di salute: una sfida per le discipline che si occupano di valutazione delle politiche*, in Brandolini, Saraceno, Schizzerotto (2009), pp. 210-50.
- COSTA G., CARDANO M., DEMARIA M. (1998), *Torino, storie di salute in una grande città*, Osservatorio socioeconomico torinese, Torino.

- COSTA G., CISLAGHI C., CARANCI N. (2009), *Le disuguaglianze sociali di salute. Problemi di definizione e di misura*, FrancoAngeli, Milano.
- COSTA G., FAGGIANO F. (a cura di) (1994), *L'equità nella salute in Italia. Rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*, FrancoAngeli, Milano.
- CRAWFORD C. (1977), *You Are Dangerous to Your Health: The Ideology and Politics of Victim Blaming*, in "International Journal of Health Services", 7, 4, pp. 663-80.
- ID. (1984), *A Cultural Account of Health: Control, Release, and the Social Body*, in J. McKinley (ed.), *Issues in the Political Economy of Health Care*, Tavistock, New York, pp. 60-103.
- CROMPTON R. (1993), *Class and Stratification: An Introduction to Current Debates*, Polity Press, Cambridge (trad. it. *Classi sociali e stratificazione*, il Mulino, Bologna 1996).
- DAGOGNET F. (2002), *Georges Canguilhem. Filosofo della vita*, in G. Canguilhem, *Écrits sur la médecine*, Seuil, Paris, pp. 67-101 (trad. it. *Sulla medicina. Scritti 1955-1989*, Einaudi, Torino 2007, pp. 67-101).
- DAHRENDORF R. (1957), *Soziale Klassen und Klassenkonflikt in der industriellen Gesellschaft*, Ferdinand Enke, Stuttgart (trad. it. *Classi e conflitto di classe nella società industriale*, Laterza, Bari 1963).
- ID. (1967), *Pfäde aus Utopia. Arbeiten zur Theorie und Methode der Sociologie*, Piper, München (trad. it. *Uscire dall'utopia*, il Mulino, Bologna 1971).
- DAL LAGO A., DE BIASI R. (a cura di) (2002), *Un certo sguardo. Introduzione all'etnografia sociale*, Laterza, Roma-Bari.
- DELLA PORTA D. (2010), *L'intervista qualitativa*, Laterza, Roma-Bari.
- DE SIO L. (a cura di) (2011), *La politica cambia, i valori restano? Una ricerca sulla cultura politica dei cittadini toscani*, FUP, Firenze.
- DIAMANTI I. (2009), *Mappe dell'Italia politica. Bianco, rosso, verde, azzurro... e tri-colore*, il Mulino, Bologna.
- DI BENEDETTI G. (2009), *Intercettare la città*, Polistampa, Firenze.
- ELIAS N. (1974), *Towards a Theory of Communities*, in C. Bell, H. Newby (eds.), *The Sociology of Community: A Selection of Readings*, Frank Cass, London, pp. IX-XLI.
- ID. (1982), *Über die Einsamkeit der Sterbenden in unseren Tagen*, Suhrkamp, Frankfurt am Main (trad. it. *La solitudine del morente*, il Mulino, Bologna 1985, 2011).
- ID. (1998), *The Norbert Elias Reader: A Biographical Selection*, ed. by J. Goudsblom, S. Mennell, Blackwell, Oxford (trad. it. *Tappe di una ricerca*, il Mulino, Bologna 2001).
- ID. (2007), *The Genesis of the Naval Profession*, UCD Press, Dublin (trad. it. *Mari-naio e gentiluomo. La genesi della professione navale*, il Mulino, Bologna 2010).
- ELIAS N., SCOTSON J. L. (1994), *The Established and the Outsiders*, Sage, London (trad. it. *Strategie dell'esclusione*, il Mulino, Bologna 2004).
- EVE M., FAVRETTO R., MERAVIGLIA C. (2003), *Le disuguaglianze sociali*, Carocci, Roma.
- FALOSSO L., GIOVANNINI P. (a cura di) (2012), *Per una nuova cultura politica. Incontri di discussione e di formazione al futuro*, Ediesse, Roma.
- FERRAROTTI F. (1981), *Storia e storie di vita*, Laterza, Roma-Bari.

- FREIDSON E. (1970), *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*, Atherton Press, New York (trad. it. *La dominanza medica. Le basi sociali della malattia e delle istituzioni sanitarie*, FrancoAngeli, Milano 2002).
- FROHLICH K. L., CORIN E., POTVIN L. (2001), *A Theoretical Proposal for the Relationship between Context and Disease*, in "Sociology of Health and Illness", 23, pp. 776-97.
- FROHLICH K. L., POTVIN L., CHABOT P., CORIN E. (2002), *A Theoretical and Empirical Analysis of Context: Neighbourhoods, Smoking and Youth*, in "Social Science and Medicine", 54, 9, pp. 1401-17.
- FUCHS V. R. (2004), *Reflections on the Socio-economic Correlates of Health*, in "Journal of Health Economics", 23, pp. 653-61.
- GEE E., GUTMAN G. (eds.) (2000), *The Overselling of Population Aging: Apocalyptic Demography, Intergenerational Challenges, and Social Policy*, Oxford University Press, Oxford-Toronto.
- GENOVA A. (2008), *Le disuguaglianze nella salute. Politiche e governance in Italia e in Europa*, Carocci, Roma.
- GIARELLI G. (2003), *Il malessere della medicina. Un confronto internazionale*, FrancoAngeli, Milano.
- GIDDENS A. (1990), *The Consequences of Modernity*, Polity Press, Cambridge (trad. it. *Le conseguenze della modernità*, il Mulino, Bologna 1994).
- GILLICK M. (1984), *Health Promotion, Jogging, and the Pursuit of Moral Life*, in "Journal of Health Politics, Policy and Law", 9, pp. 369-87.
- GIOVANNINI P. (2002), *La centralità "metalmecanica" tra realtà e archetipo sindacale*, in L. Falossi (a cura di), *Metalmecanici fiorentini del dopoguerra*, Ediesse, Roma, pp. 39-44.
- GIOVANNINI PA. (1990), *La città risorsa da salvare*, Alinea, Firenze.
- GOLINI A., ROSINA A. (a cura di) (2011), *Il secolo degli anziani*, il Mulino, Bologna.
- GORRIERI E. (2002), *Parti uguali fra disuguali. Povertà, disuguaglianza e politiche redistributive nell'Italia di oggi*, il Mulino, Bologna.
- GRANOVETTER M. (1973), *The Strength of Weak Ties*, in "American Journal of Sociology", 78, 6, pp. 1360-80.
- HART J. T. (1971), *The Inverse Care Law*, in "Lancet", 1, pp. 404-12.
- HARVEY D. (1989), *The Urban Experience*, Basil Blackwell, Oxford (trad. it. *L'esperienza urbana. Metropoli e trasformazioni sociali*, il Saggiatore, Milano 1998).
- ID. (1990), *The Condition of Modernity*, Basil Blackwell, Oxford (trad. it. *La crisi della modernità. Riflessioni sulle origini del presente*, Net, Milano 2002).
- HEINZ W. R. (2001), *Lavoro e corso della vita: prospettive di ricerca comparativa*, in C. Saraceno (a cura di), *Età e corso della vita*, il Mulino, Bologna, pp. 335-52.
- HENRARD J.-C. (2002), *Les défis du vieillissement*, La Découverte, Paris.
- HOCHSCHILD A. R. (2003), *The Commercialization of Intimate Life: Notes from Home and Work*, University of California Press, Berkeley-Los Angeles (trad. it. *Per amore o per denaro. La commercializzazione della vita intima*, il Mulino, Bologna 2006).
- ILLICH I. (1976), *Limits to Medicine – Medical Nemesis: The Expropriation of Health*, Marion Boyars, London (trad. it. *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Mondadori, Milano 1977).

- INGROSSO M. (2013), *La salute fra media e relazioni di cura*, in Vicarelli (2013), pp. III-43.
- INNOCENTI P. (1979), *L'industria nell'area fiorentina. Processo evolutivo, struttura territoriale, rapporti con l'ambiente, prospettive di sviluppo*, Assindustria, Firenze.
- IRPET (2002), *Firenze e le sue popolazioni*, a cura di S. Iommi, Regione Toscana, Firenze.
- ID. (2009), *La Toscana fra cambiamenti demografici, mercato del lavoro e welfare*, Regione Toscana, Firenze.
- ID. (2010), *Coesione sociale, ambiente, territorio: vincoli e risorse per la crescita*, Regione Toscana, Firenze.
- ID. (2011), *L'istruzione in Toscana. Rapporto 2010*, Regione Toscana, Firenze.
- ID. (2012), *Rapporto sul mercato del lavoro in Toscana. Anno 2011*, Regione Toscana, Firenze.
- ISFOL (2013), *Le competenze per vivere e lavorare oggi. Principali evidenze dall'Indagine PLAAC*, a cura di G. Di Francesco, ISFOL Research Paper n. 9.
- ISTAT (2005), *Popolazione residente e abitazioni nei grandi comuni italiani. Firenze. 14° Censimento generale della popolazione e delle abitazioni*, ISTAT, Roma.
- ID. (2013a), *L'Italia del censimento. Struttura demografica e processo di rilevazione. Toscana*, ISTAT, Roma.
- ID. (2013b), *La popolazione straniera residente in Italia. Bilancio demografico. Anno 2012*, ISTAT, Roma.
- ID. (2014), *Rapporto annuale 2014. La situazione del paese*, ISTAT, Roma.
- JACOBS J. (1961), *The Death and Life of Great American Cities*, Vintage Books, New York.
- JOHNSON P. (ed.) (1998), *Old Age in History: From Antiquity to Postmodernity*, Routledge, London-New York.
- KARASEK R. A., THEÖRELL T. (1990), *Healthy Work: Stress Productivity, and the Reconstruction of Working Life*, Basic Books, New York.
- KAUFMANN J. C. (2007), *L'entretien compréhensif*, Armand Colin, Paris (trad. it. *L'intervista*, il Mulino, Bologna 2009).
- KOOLHAAS R. (2006), *Junkspace*, Quodlibet, Macerata.
- LAGER A. et al. (2011), *Social Origin, Schooling and Individual Change in Intelligence during Childhood Influence Long-term Mortality: A 68-year Follow-up Study*, in "International Journal of Epidemiology", 41, 2, pp. 398-404.
- LEFEBVRE H. (1974), *La production de l'espace*, Anthropos, Paris.
- LIVI BACCI M. (2010), *Introduzione*, in Id. (a cura di), *Demografia del capitale umano*, il Mulino, Bologna, pp. 9-27.
- LUCCHINI M., SARTI S. (2009), *Il peso dei fattori ascrivibili e acquisitivi nelle disuguaglianze di salute: un modello di health attainment*, in "Polis", 23, 1, pp. 57-81.
- LYNCH D. (1960), *The Image of the City*, MIT Press, Cambridge (MA) (trad. it. *L'immagine della città*, a cura di P. Ceccarelli, Marsilio, Venezia 2006).
- MACCHERONI C. (2009), *Una stima della speranza di vita per grado di istruzione in Italia all'inizio degli anni 2000*, in "Polis", 23, 1, pp. 127-42.

- MACIOCCO G., DEI S. (2011), *Sanità d'iniziativa. La vera sfida per la sanità distrettuale. L'esperienza della Regione Toscana*, in "Monitor", 10, 27, pp. 189-98.
- MAFFEI L. (2014), *Elogio della lentezza*, il Mulino, Bologna.
- MARMOT M. (2004), *The Status Syndrome: How Social Standing Affects Our Health and Longevity*, Holt, New York.
- ID. (ed.) (2013), *Review of Social Determinants and the Health Divide in the WHO European Region: Executive Summary*, <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/the-evidence/review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-who-european-region-executive-summary>.
- MARMOT M., THEÖRELL T. (1988), *Social Class and Cardiovascular Disease: The Contribution of Work*, in "International Journal of Health Service", 18, pp. 659-74.
- MARMOT M., WILKINSON R. (eds.) (2001), *Social Determinants of Health: The Solid Facts*, WHO Regional Office for Europe, København.
- MARX K., ENGELS F. (1932), *Die deutsche Ideologie 1845-1846*, Dietz, Berlin (trad. it. *L'ideologia tedesca*, in Id., *Opere*, vol. v, Editori Riuniti, Roma 1972).
- MARZANO M., ROMANO V. (2007), «Io voglio essere come prima...». *Cronicità e normalità nei racconti dei malati di cancro*, in "Rassegna italiana di Sociologia", 48, 1, pp. 57-89.
- MASCAGNI G. (2010), *Salute e disuguaglianze in Europa. Processi sociali e meccanismi individuali in azione*, FUP, Firenze.
- MERTON R. K. (1949), *Social Theory and Social Structure*, The Free Press, New York (1968; trad. it. *Teoria e struttura sociale*, 2 voll., il Mulino, Bologna 2000).
- ID. (1957), *Some Preliminaries to a Sociology of Medical Education*, in R. K. Merton, G. G. Reader, P. L. Kendall (eds.), *The Student-Physician: Introductory Studies in the Sociology of Medical Education*, Harvard University Press, Cambridge (MA), pp. 73-9 (trad. it. *Sociologia e medicina*, a cura di G. Cersosimo, Armando, Roma 2006).
- MORI G. (a cura di) (1986), *Storia d'Italia. Le regioni dall'Unità ad oggi. La Toscana*, Einaudi, Torino.
- NALDINI M., SARACENO C. (2011), *Conciliare famiglia e lavoro. Vecchi e nuovi patti tra sessi e generazioni*, il Mulino, Bologna.
- NERI S. (2013), *Le politiche sanitarie nell'era della riforma permanente*, in Vicarelli (2013), pp. 227-52.
- NUVOLATI G. (2006), *Lo sguardo vagabondo. Il Flâneur e la città da Baudelaire ai postmoderni*, il Mulino, Bologna.
- ID. (2008), *Dalla casa all'abitare. Nuove pratiche e ricadute simboliche*, in "Meridiana. Rivista di Storia e Scienze sociali", 62, pp. 159-76.
- NUVOLATI G., TOGNETTI BORDOGNA M. (a cura di) (2008), *Salute, ambiente e qualità della vita nel contesto urbano*, FrancoAngeli, Milano.
- OECD (2011a), *Divided We Stand: Why Inequality Keeps Rising*, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264119536-en>.
- ID. (2011b), *Divided We Stand: Why Inequality Keeps Rising. Nota sul Paese: Italia*, <http://www.oecd.org/italy/49177743.pdf>.

- OLAGNERO M., SARACENO C. (1993), *Che vita è. L'uso dei materiali biografici nell'analisi sociologica*, Carocci, Roma.
- OSSERVATORIO SDS DI FIRENZE (2010), *Relazione sullo stato di salute di Firenze. Profilo di salute e dei servizi socio-sanitari. Anno 2008*, Comune di Firenze, Firenze.
- ID. (2013), *Profilo di salute e dei servizi socio-sanitari. Relazione sullo stato di salute di Firenze. Anno 2011*, Comune di Firenze, Firenze.
- ID. (2014), *Profilo di salute e dei servizi socio-sanitari. Relazione sullo stato di salute di Firenze*, <http://www.sds.firenze.it/Relazione/profilodisalute.htm>.
- PACI M. (1989), *Pubblico e privato nei moderni sistemi di welfare*, Liguori, Napoli.
- ID. (1996), *I mutamenti della stratificazione sociale*, in F. Barbagallo (a cura di), *Storia dell'Italia repubblicana*, vol. III, Einaudi, Torino, pp. 699-764.
- PAUGAM S. (2005), *Les formes élémentaires de la pauvreté*, PUF, Paris (trad. it. *Le forme elementari della povertà*, il Mulino, Bologna 2013).
- PAVOLINI E. (2013), *Valutazione e monitoraggio delle performance nei sistemi sanitari*, in Vicarelli (2013), pp. 199-225.
- PAVOLINI E., VICARELLI G. (2012), *Is Decentralization Good for Your Health? Transformations in the Italian NHS*, in "Current Sociology", 60, 4, pp. 472-88.
- PELLEGRINO A. (2010), *Culture del mestiere e del lavoro artigiano a Firenze*, in P. Causarano, L. Falossi, P. Giovannini (a cura di), *Mondi operai, culture del lavoro e identità sindacali. Il Novecento italiano*, Ediesse, Roma, pp. 273-90.
- PERULLI A. (2012), *Norbert Elias. Processi e parole della sociologia*, Carocci, Roma.
- PESCAROLO A. (a cura di) (2004), *Intrappolate nella precarietà? Madri con lavori deboli nel territorio provinciale di Firenze*, Commissione Pari opportunità della Provincia di Firenze, Firenze.
- PIEPOLI N., BALDASSARRI R. (a cura di) (2009), *65+. Analisi sulla condizione di vita dopo i 65 anni*, Istituto Piepoli, Milano-Roma.
- PISELLI F. (1999), *Capitale sociale: un concetto situazionale e dinamico*, in "Stato e Mercato", 57, pp. 395-418.
- PROCACCI G. (1997), *Studiare la disuguaglianza oggi*, in "Rassegna italiana di Sociologia", 38, 1, pp. 5-17.
- PUGLIESE E. (2011), *Terza età. Anziani e società in Italia*, il Mulino, Bologna.
- PUTNAM R. (2000), *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*, Touchstone-Simon & Schuster, New York (trad. it. *Capitale sociale e individualismo. Crisi e rinascita della cultura civica americana*, il Mulino, Bologna 2004).
- RANCI C. (2002), *Le nuove disuguaglianze sociali in Italia*, il Mulino, Bologna.
- REYNERI E. (1996), *Sociologia del mercato del lavoro*, il Mulino, Bologna.
- RICHARDS H., REID M., WATT G. (2003), *Victim-blaming Revisited: A Qualitative Study of Beliefs about Illness Causation, and Responses to Chest Pain*, in "Family Practice", 20, 6, pp. 711-6.
- ROSINA A. (2013a), *L'Italia che non cresce. Gli alibi di un paese immobile*, Laterza, Roma-Bari.
- ID. (2013b), *"Anziano a chi?". Le nuove età della vita*, in "Italianieuropei", 5-6, <http://www.italianieuropei.it/it/italianieuropei-5-6-2013/item/3060-anziano-a-chi?-le-nuove-et%C3%A0-della-vita.html>.

- ROSINA A., MIGLIAVACCA M. (2010), *Strutture familiari e condizioni lavorative in Italia*, in M. Livi Bacci (a cura di), *Demografia del capitale umano*, il Mulino, Bologna, pp. 45-69.
- SARACENO C. (a cura di) (2001), *Età e corso della vita*, il Mulino, Bologna.
- SCHUMPETER A. (1927), *Le classi sociali in ambiente etnicamente omogeneo*, in "Archiv für Sozialwissenschaft und Sozialpolitik", 57, pp. 1-67.
- SECCHI B. (2013), *La città dei ricchi e la città dei poveri*, Laterza, Roma-Bari.
- SEN A. (1992), *Inequality Reexamined*, Harvard University Press, Cambridge (MA) (trad. it. *La disuguaglianza. Un riesame critico*, il Mulino, Bologna 2000).
- ID. (1999), *Development as Freedom*, Oxford University Press, Oxford (trad. it. *Libertà e sviluppo. Perché non c'è crescita senza democrazia*, Mondadori, Milano 2000).
- SENNETT R. (1998), *The Corrosion of Character: The Personal Consequences of Work in the New Capitalism*, Norton, New York-London (trad. it. *L'uomo flessibile. Le conseguenze del nuovo capitalismo sulla vita personale*, Feltrinelli, Milano 2001).
- ID. (2008), *The Craftsman*, Yale University Press, New Haven-London (trad. it. *L'uomo artigiano*, Feltrinelli, Milano 2008).
- SIEGRIST J. (1996), *Adverse Health Effects of High-effort/Low-reward Conditions*, in "Journal of Occupational and Health Psychology", 1, pp. 27-41.
- ID. (2000), *Place, Social Exchange and Health: Proposed Sociological Framework*, in "Social Science and Medicine", 22, 2, pp. 247-56.
- SOLIMINE G. (2014), *Senza sapere. Il costo dell'ignoranza in Italia*, Laterza, Roma-Bari.
- SPERANZA L., TOUSIJN W., VICARELLI G. (a cura di) (2008), *I medici in Italia: motivazioni, autonomia, appartenenza*, il Mulino, Bologna.
- SPINA E. (2014), *La professione ostetrica: mutamenti e nuove prospettive*, in "Cambio. Rivista sulle Trasformazioni sociali", 7, pp. 53-74.
- TAROZZI M. (2007), *Forty Years after Discovery: Grounded Theory Worldwide. Barney Glaser in Conversation with Massimiliano Tarozzi*, in "The Grounded Theory Review", 6, pp. 21-41.
- TITMUS R. (1958), *Essays on the Welfare State*, Allen & Unwin, London (trad. it. *Saggi sul welfare state*, Edizioni Lavoro, Roma 1986).
- TOGNETTI BORDOGNA M. (a cura di) (2007), *I grandi anziani tra definizione sociale e salute*, FrancoAngeli, Milano.
- TÖNNIES F. (1887), *Gemeinschaft und Gesellschaft*, Reisslad, Leipzig (trad. it. *Comunità e società*, Edizioni di Comunità, Milano 1963).
- TOUSIJN W. (2000), *Il sistema delle occupazioni sanitarie*, il Mulino, Bologna.
- ID. (2008), *L'autonomia professionale di fronte alla sfida consumerista e alla sfida manageriale*, in Speranza, Tousijn, Vicarelli (2008), pp. 73-92.
- TRIFILETTI R., BETTIN G., GIOVANNINI P. (1975), *La società fiorentina*, in "Città e Regione", 1, 2, pp. 5-17.
- TRIGILIA C. (1981), *Le subculture politiche territoriali*, Fondazione Giangiacomo Feltrinelli, Milano.
- ID. (1986), *Grandi partiti e piccole imprese: comunisti e democristiani nelle regioni a economia diffusa*, il Mulino, Bologna.

- ID. (a cura di) (2003), *Piano strategico dell'area metropolitana fiorentina*, Comune Network, Firenze.
- UNIONCAMERE (2012), *Il patrimonio delle famiglie italiane nel 2011*, <http://www.unioncamere.gov.it/P42A1286C621S148/Il-patrimonio-delle-famiglie-italiane-nel-2011.htm>.
- VANNONI F. (2009), *Disuguaglianze socio-economiche e condizioni di salute attraverso l'indagine multiscopo ISTAT sulla salute*, in Brandolini, Saraceno, Schizzerotto (2009), pp. 139-64.
- VEZZUTO D. (2013), *Ageing e disuguaglianze: tappe di transizione all'età anziana*, in "Neodemos.it. Popolazione, Società e Politiche", http://www.neodemos.it/index.php?file=onenews&form_id_notizia=744.
- VICARELLI G. (1997), *Alle radici della politica sanitaria in Italia. Società e salute da Crispi al fascismo*, il Mulino, Bologna.
- ID. (2007), *Il punto di vista sociologico sulla salute e sui sistemi sanitari*, in "Rassegna italiana di Sociologia", 1, pp. 135-40.
- ID. (2010), *Per una analisi storico-comparata della professione medica*, in "Stato e Mercato", 90, pp. 395-424.
- ID. (a cura di) (2013), *Cura e salute. Prospettive sociologiche*, Carocci, Roma.
- WALKER A. (2005), *Impatto sociale ed economico dell'invecchiamento. Le politiche per un nuovo patto intergenerazionale*, relazione al convegno SPI-CGIL, Roma, 20-21 giugno.
- WEBER M. (1922), *Wirtschaft und Gesellschaft*, Mohr, Tübingen (trad. it. *Economia e società*, Edizioni di Comunità, Milano 1986).
- WHITEHEAD M., DAHLGREN G. (2006), *Concepts and Principles for Tackling Social Inequities in Health*, WHO Regional Office for Europe, København.
- WHO (1948), *Constitution of the World Health Organization*, 7 April, <http://www.who.int/governance/eb/constitution/en>.
- ID. (2004), *Highlights on Health in Italy*, WHO Regional Office for Europe, København.
- WILKINSON R. (1996), *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*, Routledge, London.
- ID. (2001), *Mind the Gap: Hierarchies, Health and Human Evolution*, Yale University Press, New Haven-London.
- WILKINSON R., PICKETT E. (2009), *The Spirit Level: Why More Equal Societies Almost Always Do Better*, Penguin Books, London (trad. it. *La misura dell'anima. Perché le disuguaglianze rendono le città più infelici*, Feltrinelli, Milano 2009).
- WIRTH L. (1938), *Urbanism as a Way of Life*, in "The American Journal of Sociology", 44, 1, pp. 1-24 (trad. it. *L'urbanesimo come modo di vita*, in G. Martinotti, a cura di, *Città e analisi sociologica: i classici della sociologia urbana*, Marsilio, Padova 1968, pp. 514-36).
- ZOPPI M. (1992), *Firenze, l'Europa e la trasparenza del piano*, in F. Indovina (a cura di), *La città occasionale. Firenze, Napoli, Torino, Venezia*, FrancoAngeli, Milano, pp. 97-101.

Siti web di riferimento*

Agenzia regionale di sanità della Toscana (ARS): <https://www.ars.toscana.it/it>
 Banca dati di ARS Toscana (PARSIS): <https://www.ars.toscana.it/marsupio/parsis>
 Centro studi investimenti sociali (CENSIS): <http://www.censis.it>
 Eurostat: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>
 Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (FNOMCEO): <http://www.fnomceo.it>
 Fondazione Giovanni Michelucci: <http://www.michelucci.it>
 Istituto nazionale di statistica (ISTAT): <http://dati.istat.it>
 Istituto nazionale di urbanistica, Associazione di protezione ambientale (INU): <http://www.inu.it>
 Istituto per lo sviluppo della formazione professionale dei lavoratori (ISFOL): <http://www.isfol.it>
 Istituto superiore di sanità: <http://www.iss.it/site/mortalita>
 Ministero della Salute: <http://www.salute.gov.it>
 Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD): <http://www.oecd.org>; www.oecd.org/els/social/inequality
 Osservatorio sociale Regione Toscana: <http://servizi.regione.toscana.it/osservatorio-sociale>
 Regione Toscana: <http://ius.regione.toscana.it>
 Società della salute di Firenze (SDS): <http://www.sds.firenze.it>
 Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE): <http://www.shareproject.org>
 Toscana in cifre, Regione Toscana: <http://ius.regione.toscana.it/cif/indicato/dem/censimento>
 Ufficio di statistica associato dell'area fiorentina: <http://statistica.fi.it>
 Unioncamere, Centro studi Camere di commercio d'Italia: <http://www.unioncamere.gov.it>
 World Health Organization, Italy (WHO): <http://www.euro.who.int/en/where-we-work/member-states/italy>

* Data di ultima consultazione: 6 settembre 2014.

