



HAL
open science

Comprendere le disuguaglianze sociali di salute : Donne in gravidanza in condizioni di precarietà

Béatrice Jacques

► **To cite this version:**

Béatrice Jacques. Comprendre le disuguaglianze sociali di salute : Donne in gravidanza in condizioni di precarietà. *Cambio. Rivista sulle Trasformazioni Sociali*, 2013, 3 (6), pp.249-260. halshs-00964997

HAL Id: halshs-00964997

<https://shs.hal.science/halshs-00964997>

Submitted on 31 Aug 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

[Comprendere le disuguaglianze sociali di salute] Donne in gravidanza in condizioni di precarietà

Title: Understanding Social Inequalities in Health: Pregnant Women in Precarious Conditions

Abstract: European countries, including France, have experienced a strong gain in life expectancy due to advances in science and health policy implemented in last 60 years. However, even if several devices have main role to reduce social inequalities in health care provision trying to diversify to meet different kinds of people, we still found strong disparities in terms of: use of care, medical consumption, and between social groups. This raises wider issues of social justice. Therefore, our study focuses on access to reproductive health care and reproductive health in a territory of Aquitaine (France).

Keywords: Social inequalities, Health policy, Access to care, Women in precarious situations, Reproductive health.

Sebbene la questione delle disuguaglianze sia oggi molto presente sulla scena pubblica francese e sia esplicitamente trattata mediante un certo numero di misure e di provvedimenti riguardanti i professionisti e i cittadini interessati (ad esempio: le consulenze nel quadro degli *Accessi Permanenti alle Cure Sanitarie*, creati nel 1992 con la Legge contro l'esclusione [article 76]; la CMU, o *Copertura Sanitaria Universale*¹, e l'AME, *Assistenza Medica di Stato*², istituiti entrambi nel 1999), essa si è affermata in forte ritardo come problema di salute pubblica. Molti studiosi (Aiach 2010; Leclerc *et alii* 2000) hanno ben evidenziato come sia stato necessario attendere la fine degli anni Ottanta perché i ricercatori si concentrassero su questa tematica e perché alcune équipes di ricerca (di epidemiologi, sociologi ecc.) si costituissero al riguardo in Francia. Altri Paesi, in particolare quelli anglosassoni, sono in questo campo più esperti. In Gran Bretagna, com'è noto, già nel 1980 la pubblicazione del celebre Rapporto Black fornisce la prova di un aumento delle differenze fra le classi sociali dal punto di vista della mortalità, proprio nel momento in cui - così come nella gran parte delle Nazioni europee - le condizioni di vita erano migliorate e lo Stato stava ripensando i regimi di protezione sociale. E tuttavia, in Francia, alcuni lavori pionieristici realizzati sin dal XIX secolo mostrano l'esistenza di disuguaglianze sociali di salute. Si pensi ad esempio agli studi dell'igenista Villermé (1840), che scoprono un nesso di causalità fra le condizioni abitative e ed i tassi di mortalità degli operai manifatturieri della regione parigina.

In questo articolo vogliamo innanzitutto interrogarci sulle ragioni per le quali la Francia ha impiegato così tanto tempo a fare ricerca sulle cause sociali che consentono la comprensione delle malattie e della morte. E ci domanderemo come le disuguaglianze sociali di salute mettano in discussione il principio di giustizia. In secondo luogo, ci interesseremo, più specificamente, delle disparità di accesso alle cure, esaminando in prima battuta come

1 La CMU di base consiste nella presa in carico delle spese sanitarie nel caso in cui la persona non sia in grado di versare i contributi per l'assistenza sociale. Il paziente paga visite sanitarie, medicine, esami medici, e l'assicurazione sanitaria gli rimborsa la quota obbligatoria, mentre quella complementare rimane a suo carico (partecipazione forfettaria, diaria, franchige mediche).

2 L'AME consente agli stranieri di beneficiare di un accesso alle cure se risiedono in Francia ininterrottamente da almeno tre mesi. Questa misura dà diritto alla presa in carico al 100% delle cure mediche e dell'ospedalizzazione in caso di malattia o di maternità, senza dover sostenere in anticipo alcun costo.

il sistema sanitario incida nella riduzione (o intensificazione) delle disuguaglianze e riflettendo poi, in maniera più approfondita, su come conoscere e misurare le condotte di non ricorso e di rinuncia alle cure. In terzo luogo, presenteremo i risultati di uno studio focalizzato sull'accesso alle cure sanitarie per gravidanza e parto da parte di donne così dette «precarie» nel territorio di Aquitania (Francia), insistendo più in particolare su come gli operatori sanitari impiegano, nel loro lavoro quotidiano, i concetti di precarietà e di disuguaglianze sociali di salute.

Sulle disuguaglianze «sociali» di salute

Perché la questione delle disuguaglianze sociali di salute ha impiegato tanto ad imporsi in Francia?

La risposta è complessa. Innanzitutto, si scorge un effetto della concentrazione del mondo della ricerca, in particolare di quella dei sociologi, sui problemi della precarizzazione occupazionale e della disaffezione da lavoro (Castel 1995). Questi lavori – che riguardano principalmente gli «sprovvisi», i lavoratori precari, le logiche di esclusione ed i fenomeni di dequalificazione (Paugam 1991) di cui costoro sono vittime – vanno acquisendo un forte effetto di orientamento delle politiche sociali e sanitarie. Come notano Leclerc *et alii* (2000), se la questione delle disuguaglianze sociali emerge con tanta forza, traducendosi in particolare nel 1999 nella legge sulla CMU, essa si concentra, in materia sanitaria, su un'utenza molto precisa – i precari, gli esclusi e le problematiche che li caratterizzano (principalmente l'accesso alle cure) – dimenticando così tutta una parte del fenomeno delle disuguaglianze sociali e di salute.

Un'altra possibile spiegazione riguarda la difficoltà – che si ha ancora nel fissare i confini fra «sociale» e «natura» – a mettere in luce ciò che attiene agli effetti della socializzazione, dell'appartenenza di classe, e ciò che invece rileva delle disuguaglianze biologiche. I progressi della Genetica – o, ancora più recentemente, la nascita dell'Epigenetica (la quale cerca di misurare come l'ambiente e le storia di vita possono avere un peso sul funzionamento genetico) – o la Psicogenesi tendono a rafforzare l'idea che le malattie hanno cause quasi esclusivamente fisiologiche, psicologiche, o che i fattori sociali hanno un effetto marginale sulla loro insorgenza. Studi recenti (si vedano Grignon *et alii* 2004) fanno in effetti intervenire determinanti psico-biologiche per rendere conto delle disuguaglianze di salute nelle modalità in cui le malattie insorgono e si manifestano. L'ipotesi principale è che numerosi fattori di tipo sociale – ad esempio la rottura dei legami o il rischio collegato alla perdita dell'impiego – producono «stress», il quale determinerebbe una reazione biologica (modificazione dei meccanismi neuroendocrini e dei processi psichici) che può tradursi nell'individuo in un aumento del suo tasso di colesterolo (obesità), in ipertensione o ancora in un'alterazione del suo stato di salute nel lungo periodo. Questi lavori – che associano fattori psicologici e biologici – presentano due aspetti che limitano la comprensione delle disuguaglianze sociali di salute. In primo luogo non consentono di render conto dell'insieme quanto mai complesso delle cause e, soprattutto, tendono a far dimenticare o ad annullare il ruolo dei fattori sociali. Seconda cosa – la più pericolosa – è che la riduzione dello sviluppo della patologia ad un certo tipo di personalità psichica costituisce una nuova forma di individualizzazione della storia patologica di ciascun soggetto. Il *best seller* «Anticancro» di Servant-Schreiber, pubblicato in Francia nel 2007, basa su questa visione. L'autore presenta ciò che egli ha definito una nuova «biologia anticancro», spiegando come il singolo possa prevenire o controllare la malattia agendo personalmente in particolare sulle «sue ferite psicologiche». Si tratta di un tipo di approccio da considerare con cautela e che non deve in alcun modo essere pensato come esaustivo. Coloro che fanno ricerca sulla salute pubblica sono spesso combattuti fra questi differenti orientamenti esplicativi. L'epidemiologia sociale ha consentito, in questi ultimi anni, di articolare il tutto indistinto biologico ma non è completamente riuscita a consolidare la legittimità del suo campo disciplinare, forse perché troppo vicino alle posizioni teoriche e metodologiche delle scienze umane e sociali.

Le disuguaglianze di salute sono ingiuste?

Da qualche anno, e dopo i lavori di John Rawls dei primi anni '70³, ci si interroga sul modo in cui il principio di giustizia si declina nel campo delle disuguaglianze di salute. Tocqueville ha mostrato che la Francia ha scelto di essere una società fondata sul principio morale dell'uguaglianza. La giustizia è dunque uguaglianza. Per Rawls (1987), le istituzioni creano giustizia nella misura in cui garantiscono gli stessi diritti e costringono l'insieme degli individui al rispetto degli stessi doveri. Ma sappiamo anche che – se questo è il caso della Francia, con lo Stato Sociale – gli individui tendono nel corso della loro vita ad essere soggetti ad *habitus* di classe, a fronteggiare dunque esperienze personali che producono situazioni di ingiustizia. E tuttavia, cos'è che è ingiusto in modo particolare o, per essere più precisi, quale situazione di disuguaglianza è più ingiusta di altre che si giocano nelle restanti sfere della vita sociale? Le disuguaglianze di salute sono spesso presentate come le più indegne, perché sarebbero la conseguenza di ogni altra disuguaglianza (di classe, di genere, di razza ecc.) e perché costituirebbero quelle che conducono potenzialmente sino alla morte.

Il sistema sanitario francese influenza fortemente il modo di considerare le disuguaglianze sociali di salute. Dopo un inizio di tipo bismarckiano, esso è diventato beveridgeiano ed è stato caratterizzato più recentemente dall'adozione di una logica di mercato. Quest'ultima si basa su una concezione liberale della giustizia. Ciò che ha valore non è più l'uguaglianza ma la libertà. Non c'è ingiustizia se – pur nel constatare che i poveri muoiono più precocemente dei ricchi – si assume che chiunque possa accedere liberamente al sistema sanitario. Ogni individuo è considerato responsabile del suo stato di salute. Nel sistema bismarckiano – il modello scelto dalla Francia nel 1945 – ciò che è prioritario è il principio di solidarietà redistributiva. Qui si parte dal presupposto che ciascun individuo ha bisogni differenti, e – poiché gli operai fanno registrare una mortalità ed una morbilità più elevate di quelle dei funzionari – questi ultimi devono accettare il principio di «redistribuzione verticale» in nome dell'uguaglianza. Perciò questo modello pone un problema ancora più grande: sino a che punto la società può spingersi nel rispondere a bisogni di salute sempre più importanti? Il sistema sanitario francese è misto, è anche beveridgeiano, nel senso che al bisogno individuale si sovrappone ugualmente il benessere collettivo. In nome della salute pubblica, lo Stato è pronto a sacrificare ciò che potrebbe essere utile ad una minoranza al fine di favorire un'azione ed una tecnica sanitarie che vadano a vantaggio del più gran numero di persone (Rameix 2011).

C'è un ultimo modello teorico che può permetterci di ampliare la riflessione sull'ingiustizia delle disuguaglianze di salute. Secondo Dubet (2009), la giustizia sociale si basa da una parte su individui che desiderano una riduzione delle disparità sociali e dall'altra sull'idea che ciascuno occupa, nella gerarchia sociale, una posizione che deve essere riconosciuta. Se si traspone questo ragionamento al caso della salute, vediamo bene come, nella nostra società, l'idea di una sanità uguale per tutti si scontra talvolta con misure che consentono in particolare a chi è al di fuori del sistema produttivo di avere gli stessi diritti di accesso alle cure. Tutto ciò è accettabile – e dunque giusto – se non rimette in discussione il principio di uguaglianza. Ma forse ciò che è specifico delle disuguaglianze di salute è proprio il fatto che esse oltrepassano le gerarchie sociali. Il sentimento di ingiustizia è presente anche nel caso di «gerarchie giuste», perché la salute fa parte di quei diritti umani che trascendono il sociale. Solo le differenze iscritte sin dalla nascita nei corpi sono «accettabili», perché esse possono essere spiegate con l'ereditarietà, o con la sfortuna.

*Disparità nell'accesso alle cure: di chi è la colpa?**Del sistema sanitario?...*

In che modo il sistema sanitario tratta le disuguaglianze sociali con cui ha a che fare? Riesce a correggerle, e quindi ad accogliere ed a prestare le cure a tutti nello stesso modo? O non è che le riproduce o che non ne produce esso stesso? Nel 1978, Chauvenet pubblica *Medicine a scelta, medicina di classe*, opera in cui mostra

³ Il testo *A Theory of Justice* di Rawls, pubblicato per la prima volta nel 1971, è qui consultato e citato nella sua versione in lingua francese del 1987.

come l'iperspecializzazione della medicina abbia avuto l'effetto di gerarchizzare fortemente i campi medici e di segmentare gli utenti. Nei servizi di eccellenza, i pazienti sono «interessanti» in termini economici ma anche di esercizio dell'arte medica e di impiego delle tecnologie più innovative. L'Autore rileva un vero effetto di selezione sociale. Agli stadi più bassi della gerarchia, ci sono i servizi di medicina interna, le urgenze (che hanno la funzione di distinguere, nella massa dei pazienti, i malati «veri»), i servizi psichiatrici, gli ospedali rurali che accolgono soprattutto la popolazione sfavorita, la cui domanda di cure è complicata dalla presenza di problematiche sociali. Quest'ultimo tipo di utenza è stato studiato in maniera particolarmente approfondita nei lavori di Parizot (2003). Osservando nello specifico l'utenza e i professionisti dei PASS (Accesso Permanente alle Cure di Salute), la studiosa cerca di capire da un lato in che misura questo provvedimento di accesso alle cure rivolto solo alle persone che non potrebbero ricorrere al sistema sanitario classico finisce con lo stigmatizzarle e con l'obbligarle a percorsi socio-medici di «assistiti» e, dall'altra parte, come lo stesso individuo può gestire l'immagine che vuol dare di se stesso e partecipare anche al senso delle cure che gli vengono somministrate. L'obiettivo dei PASS è duplice: devono consentire all'utenza di accedere gratuitamente alle cure, ai farmaci, e di beneficiare della presenza di assistenti sociali che hanno il compito di aiutarli a godere dei propri diritti. Come nota l'Autrice, la logica di razionalizzazione economica dell'ospedale non è estranea a questo tipo di meccanismo che si basa allo stesso tempo sull'idea che tanto più le persone fanno prevenzione, tanto meno svilupperanno patologie che comportano costi elevati, e sull'idea che i pazienti tendono velocemente a divenire solvibili grazie all'azione sociale proposta. Parizot individua tre modalità di ricorso alle misure, alle quali associa tre tipi di esperienza. Il *ricorso puntuale* – che oscilla fra il sentimento di umiliazione («essere in condizione di chiedere») e il pragmatismo (fare appello all'intervento proposto in maniera transitoria) – impegna debolmente i pazienti nella relazione con coloro che li assistono, relazione caratterizzata dalla presa di distanza. Nel *ricorso regolare* si osserva una tendenza opposta, nel senso che gli utenti arrivano ad annullare gli obiettivi sociali del PASS vivendolo come un servizio di cura qualisiasi, uguale a qualunque altro. Essi tendono progressivamente ad apprendere le regole di funzionamento della struttura per poi affidarsi ad una presa in carico routinaria grazie ad un lavoro di reciproca conoscenza con il personale. Questo tipo di ricorso produce un terzo tipo di esperienza: la rivendicazione. Qui i singoli sono spesso in conflitto con il personale e possono arrivare a commettere anche atti di violenza. L'approccio socio-medico proposto non solo è preteso come un diritto universale alle cure ma anche come la possibilità per l'individuo di dare il suo parere, di orientare nella direzione che desidera. E' qui che appaiono le tensioni, e tanto più frequentemente quanto più questo tipo di pazienti sono spesso spinti a pensare che il personale (proprio perché lavora in questo genere di struttura) sia quello meno competente. L'ultimo modo di ricorso al PASS è definito dall'Autrice *instabile*. Per coloro che sono socialmente più deboli (coloro che più spesso hanno molteplici difficoltà sociali: i senza casa, i tossicodipendenti, i disagiati psichiatrici) mantenere un legame con una istituzione è molto difficile. Il rapporto col corpo e con le cure è – per questo genere di pazienti – quanto mai distante da quello ipotizzato nel modello bio-medico. I pazienti ricorrono ai consulti il più delle volte in maniera strumentale, nel senso che ricorrono ai servizi nella misura in cui essi permettano loro di persistere nella loro condizione di vita marginale. Infine, per altri, ciò che spinge a ricorrere alle misure è la situazione di «crisi», ma questa impedisce loro di essere pienamente consapevoli del complesso di problematiche mediche e sociali che li caratterizzano, e sono dunque spesso incapaci di beneficiare di tutti i servizi resi loro disponibili. Questo lavoro mostra in parte che le azioni statali per ridurre le disuguaglianze sociali di salute talvolta falliscono, perché le utenze interessate non possono rispondere alle aspettative sottese.

...o dei pazienti? La mancanza di ricorso e la rinuncia: comportamenti difficili da capire

Si tratta di comprendere perché le persone non fanno ricorso ai diritti ed ai servizi ai quali potrebbero aver accesso. Per Warin (2010) una prima spiegazione è la mancanza di conoscenza della prestazione. L'individuo ne ignora l'esistenza o non gli se ne è mai fatta menzione. Questo primo tipo di mancanza di ricorso consente di valutare la capacità o meno dell'Ente erogatore di raggiungere il suo target di riferimento e di informarlo. Il secondo tipo di assenza di ricorso riguarda coloro che sanno dei loro diritti di beneficiare di una prestazione ma che non ne fanno richiesta. Essi possono aver deciso di fare questa scelta per diverse ragioni: perché manifestano

una forma di rifiuto dell'offerta pubblica e delle istituzioni che la incarnano, o ancora perché sono convinti di non meritare quel tipo di aiuto. Ma questa situazione di mancanza di ricorso può soprattutto essere «obbligata». Anche in questo caso, gli ostacoli sono numerosi: la paura della stigmatizzazione, dei problemi di accesso, di spiazzamento, l'incapacità di esprimere i propri bisogni, ecc.. Infine – ultima forma di assenza di ricorso – il beneficiario ha fatto domanda di prestazione ma non la riceve a causa di fenomeni di discriminazione, di problemi di funzionamento dell'Ente erogatore oppure del blocco o del mancato rispetto della procedura da parte dell'utente. Warin sottolinea soprattutto che, per capire i comportamenti di coloro che non accedono, bisogna occuparsi dei conflitti di valore. Le istituzioni impongono norme e pratiche incompatibili con la situazione psicologica e sociale della persona in un dato momento. Il rapporto di fiducia fra l'erogatore e l'utente è determinante. Un'aspettativa troppo elevata da parte della istituzione o quando il ricorso ad essa può comportare rischi per se stessi e per la propria famiglia, possono escludere definitivamente l'individuo da ogni forma di ricorso.

La rinuncia dipende da logiche diverse. Nel 2008, poco più di quindici adulti su cento dichiarano di aver dovuto rinunciare nel corso dell'anno alle cure per ragioni economiche (Desprée *et alii* 2011a e 2011b). Questa constatazione mantiene da tempo la sua validità perché già nel 2002 il tasso era del 16,5% (Auvray *et alii* 2003). Sono i problemi odontoiatrici ad essere citati per primi (10%), poi quelli ottici (4,1%) e i consulti medici (3,4%). Sono le persone più povere, quelle prive di copertura di malattia, quelle che hanno almeno una patologia cronica, i disoccupati (Bazin *et alii* 2006) e le donne coloro che rinunciano di più. La popolazione in condizione di precarietà è soggetta a numerose patologie, e quindi a scelte da fare in termini di cure prioritarie. Poiché sono le donne le più grandi consumatrici di cure, si spiega in parte perché sono loro che si stima rinuncino più di quanto non facciano gli uomini. Deprès *et alii* hanno evidenziato due tipi di mancato accesso e di rinuncia: quella cosiddetta *barriera*, che rimanda all'inefficacia del sistema sanitario nel rispondere alle persone che hanno difficoltà finanziarie temporanee o durature. Ogni categoria sociale può in un determinato momento rifiutare le cure, ma ciò di solito non avviene per ogni tipo. Il quadro o funzionario si priveranno o diminuiranno i propri consulti dallo psicologo, il disoccupato non farà la sua visita di controllo dallo specialista di diabete. L'altro tipo, la *rinuncia rifiuto*, deriva da una scelta che risponde a tre criteri di giustificazione. Innanzitutto il paziente può – sulla base della propria esperienza del sistema sanitario – decidere di non farvi più ricorso. In secondo luogo – e talvolta di conseguenza – può orientarsi verso un'altra concezione della cura (le medicine non convenzionali), che risponde al contempo al suo desiderio di essere riconosciuto come chi conosce meglio il proprio corpo così come alla sua capacità di agire personalmente sul proprio stato di salute. Infine, molti individui – in particolare quelli che si trovano in una situazione di grande vulnerabilità – possono aver abbandonato completamente l'idea di doversi prendere cura di se stessi. Quest'ultimo elemento consente di comprendere meglio la sottostima della rinuncia. E' un comportamento che per alcuni chiama in causa l'«habitus», la «cultura della privazione». Interrogati sulle loro condotte, questi soggetti non si rendono spesso conto di essersi privati delle cure.

Misure di monitoraggio di donne in gravidanza in situazione di precarietà, ovvero moralizzare la salute dei poveri

Per illustrare il nostro obiettivo, presentiamo i risultati di uno studio⁴ sull'accesso alle cure sanitarie per gravidanza e parto di donne così dette precarie/o migranti in un territorio dell'Aquitania⁵.

Per quanto già indagata, questo tipo di sanità è stata raramente oggetto di studio in riferimento alla popolazione in condizione di vulnerabilità. Esistono lavori sull'interruzione volontaria di gravidanza (IVG), sulla contraccezione, sulla gestazione, ecc., ma sono pochi quelli che l'affrontano nella sua globalità, con un'attenzione al contempo

4 Finanziamento da parte dell'Istituto di Ricerca in Sanità Pubblica-Inserm (2010-2013).

5 Abbiamo somministrato delle interviste semidirettive a 23 medici professionisti e operatori sociali, ed a 30 donne in condizione di precarietà. Abbiamo inoltre realizzato numerose osservazioni (170) su operatori delle strutture socio-sanitarie del territorio: ostetriche, ginecologi, assistenti sociali, pediatri del Reparto Maternità dell'unica struttura ospedaliera del territorio ma anche impegnati all'interno dei servizi delle Case Dipartimentali per la Solidarietà e l'Integrazione (MDSI), della Salute Materna e Infantile (PMI), del Centro di Pianificazione e di Educazione Familiare (CPEF). Abbiamo potuto assistere con regolarità ai consulti, alle riunioni d'équipe, agli incontri a domicilio fatti presso la residenza dei pazienti.

sui percorsi di vita e sugli itinerari terapeutici. Scegliendo di considerarla a partire dalle situazioni di precarietà o di migrazione vissute dalle donne, abbiamo voluto capire come i contesti di povertà possano rappresentare dei fattori esplicativi delle scelte di ricorso, di non ricorso, di rinuncia alle cure durante la fase riproduttiva delle persone. Lo scopo dell'indagine era duplice. In un primo momento, si trattava di capire e di valutare come le misure esistenti nel campo della sanità procreativa e riproduttiva intervenissero nell'esperienza delle donne. Secondariamente, abbiamo voluto comprendere come i professionisti del settore che lavorano con questo tipo di utenza rispondessero ai loro bisogni e considerassero, nella loro presa in carico, aspetti di ordine sociale e culturale caratteristici delle popolazioni con cui hanno a che fare.

Il territorio che abbiamo studiato è situato in un ambiente rurale, è molto vasto ed è segnato da una duplice questione sanitaria e sociale. E' abitato da una popolazione che vive in condizioni di estrema precarietà ed è contraddistinto da servizi medici – in termini di strutture e di operatori – molto deboli. Si aggiungano a questo una forte disaffezione nelle aree rurali per la pratica medica, in Francia in generale e specificamente in questo territorio, perché quel tipo di intervento, nell'area dipartimentale di cui stiamo parlando, diventa fonte di una relativa stigmatizzazione della popolazione dovuta in particolare alla diffusione di fenomeni come l'abuso di alcol, violenza coniugale, tassi di analfabetismo, situazioni di precarizzazione della vita, ecc.

I risultati presentati sono il prodotto di osservazioni e interviste che abbiamo condotto nei Centri di Salute Materna e Infantile di tre comuni, e presso il Reparto Maternità della clinica del territorio indagato. Si tratterà qui di interrogarsi più approfonditamente sul modo in cui gli operatori sanitari maneggiano – nell'esercizio quotidiano del loro lavoro – i concetti di precarietà e di disuguaglianze sociali, e di capire come li applicano concretamente intervenendo nelle sfere sociali che travalicano in larga misura quella sanitaria.

Indicatori soggettivi di precarietà

Occorre precisare che, per questo studio, abbiamo scelto di non assumere una definizione di precarietà – per esempio, non abbiamo individuato la popolazione da indagare partendo da criteri di selezione prestabiliti come la soglia di reddito equivalente, se non inferiore, a quella di povertà, o dal fatto di beneficiare di minimi sociali, ecc. – ma abbiamo deciso di partire dal modo in cui i professionisti sanitari stessi identificano gli individui come in condizione precaria.

I primi risultati della ricerca mostrano che gli operatori della PMI effettuano una selezione delle partorienti alle quali proporre poi un trattamento, e questo in base ad una definizione che essi hanno maturato di precarietà. Le osservazioni, le interviste e poi un focus group realizzato al riguardo con delle ostetriche della PMI ci hanno consentito di renderci conto di come questa nozione rimandi per loro ad una pluralità di aspetti. In primo luogo, se una tale situazione è reversibile, può comportare delle privazioni in termini di sicurezza che impedirebbero alle persone di assumersi pienamente le proprie «responsabilità elementari e di godere dei loro diritti fondamentali». Inoltre, bisogna sottolineare che il loro discorso si fonda sull'idea di fondo avanzata da Paugam, secondo la quale la precarietà consiste in un insieme di sovrapposizioni di situazioni difficili. «Il concetto di precarietà rinvia ad un accumulo di condizioni instabili di vita, suscettibili di generare diversi tipi di ostacoli, accomunati dal rischio di una rottura progressiva di quei legami sociali che sono in grado di garantire sostegno e riconoscimento nelle differenti sfere di socializzazione: la famiglia, il lavoro, la rete amicale, ecc.» (Paugam 2008). Infine – l'ultimo elemento messo in evidenza – gli operatori si rifiutano di collegare questo stato alla sola presenza di una misura di aiuto, nel senso che il soggetto così detto vulnerabile non può essere affatto definito come tale perché beneficia, in un dato momento, di una qualche assistenza. Questo punto sembra per loro essere di particolare importanza, quand'anche siano loro i promotori di una tale misura.

E' in funzione di questa definizione dello stato di vulnerabilità di una donna in gravidanza che viene proposto un trattamento alle partorienti del territorio che corrispondono a quelle caratteristiche prestabilite. Di fatto, i modi di selezione e di ingresso delle donne nella PMI sono lasciati alla sola discrezione degli operatori. Sono loro che identificano il target, e lo fanno in due maniere. Innanzitutto sono altri professionisti (assistenti sociali, ginecologi ecc.) che possono segnalare il caso di donne incinte visitate su appuntamento o conosciute durante le visite a domicilio. Lo «staff» dell'unico servizio di maternità della zona può così essere l'occasione, per le

ostetriche della PMI, di venire a conoscenza delle cartelle di quelle pazienti che escono dal servizio postparto e che sono considerate dal personale come in una situazione di difficoltà. La presenza dell'ostetrica di PMI è tanto più importante quanto più il lavoro di assistenza sociale delle persone in condizioni di precarietà sembra poco presente nel periodo della maternità. Nel corso delle osservazioni è emerso che il personale aveva la tendenza a mettere da parte le problematiche sociali, per delegarle all'esterno (specificamente alla PMI). Questi risultati richiamano al contempo sia le distinte funzioni delle due strutture che la loro complementarietà, secondo una precisa divisione del lavoro di trattamento della gravidanza. Mentre la clinica risponde ad esigenze ed aspettative mediche, la PMI si occupa di più dell'aspetto psico-sociale del trattamento stesso.

L'individuazione delle donne così dette precarie viene fatta anche a partire dai referti di gravidanza che il Fondo per gli Assegni Familiari invia al Consiglio Generale territoriale. Il trattamento di tali referti è fatto sulla base di criteri di selezione lasciati alla discrezionalità delle ostetriche. Le cartelle che testimoniano un certo numero di elementi considerati come «fattori di rischio» saranno oggetto di attenzione particolare. Per esempio, se il referto di gravidanza di una donna è stato firmato da un medico generico, ciò è considerato dall'ostetrica come un segnale negativo, di mancanza di un trattamento ginecologico specializzato. Ci sono poi altri criteri che vengono considerati, come l'età della donna: tanto che sia troppo matura (più di 40 anni) che, al contrario, troppo giovane (minorenne o una giovane maggiorenne). Nel primo caso il trattamento della gestazione dev'essere medicalmente intensificato, e si tratta soprattutto, per l'ostetrica di PMI, di garantire – specie nel caso di famiglie numerose – che l'arrivo del nuovo bambino sia compatibile con le risorse socio-economiche della famiglia e con le sue condizioni di vita. Nel secondo, invece, la gravidanza potrebbe non essere desiderata e/oppure la fragilità della relazione coniugale potrebbe costituire un rischio per il feto. Anche l'età del coniuge può essere questione cui dedicare particolare attenzione. Una differenza di età troppo grande fra il futuro padre e la futura madre è giudicata come segno di una unione potenzialmente instabile. Ci sono infine altri criteri che sono impiegati, ad esempio la certificazione o meno di una copertura sociale. L'ortografia o la grafia delle informazioni scritte possono significare, per l'ostetrica, la presenza di difficoltà cognitive. A partire da tutti questi elementi di riferimento, l'operatrice individua un certo numero di pazienti alle quali propone un appuntamento a domicilio. Di fatto, le diversità nella presa in carico sono elevate perché ciascuna professionista tende a stabilire una lista di indicatori che rimandano ad una situazione di precarietà.

Essere incinta: è già la dimostrazione di capacità di una buona genitorialità

Si possono rintracciare – nei discorsi dei professionisti che abbiamo sentito – degli indicatori di qualità del ruolo genitoriale. Ricordiamo che la presa in carico proposta dalle ostetriche presenta un carattere strettamente medico ma rimanda più in generale ad una «vigilanza» sulla capacità della donna (della coppia) di accudire un bambino. Questo intervento di tipo morale è legittimato dallo Stato, perché si basa sul lavoro di prevenzione che ogni operatore ha il dovere di fare.

Le numerose osservazioni hanno consentito di individuare i criteri di giudizio usati dagli specialisti per definire in anticipo la donna incinta in condizioni di precarietà e per valutarne la capacità di diventare una buona genitrice. Il primo indicatore rimanda ad una categoria assai ampia: il rapporto col proprio corpo, in termini bourdieueani la *hexis* corporea. Molteplici elementi dovranno essere rilevati dal professionista: l'igiene, che – benché fatta oggetto di non troppi consigli in occasione del consulto – richiama sistematicamente l'attenzione del sociologo («a casa sua è abbastanza pulito, c'è di peggio»; o ancora «i bambini non erano troppo puliti oggi, la cosa va peggiorando»); l'alimentazione, nel senso che – oltre ai classici consigli sui rischi legati al modo di mangiare durante la gravidanza (listeriosi, toxoplasmosi) – l'operatore insiste ricorrentemente sull'importanza di una dieta equilibrata in nome del corretto sviluppo fisiologico del bambino. Il mangiare disordinatamente fuori pasto, l'accumulo eccessivo di peso, un problema di sovrappeso precedente la stessa gravidanza, sono rappresentati come comportamenti a rischio e proiettati sulla situazione di genitorialità. Le cattive abitudini saranno irrimediabilmente adottate dai bambini; la conoscenza del corpo, nella convinzione, da parte degli specialisti, che la popolazione interessata non saprebbe molto sull'anatomia femminile, il che è spesso presentato come un ostacolo ad un parto «facile» ma più in generale come una difficoltà a comprendere le trasformazioni organiche o a percepire e segnalare un

eventuale sintomo. Le consulenze sono l'occasione – con l'aiuto di diversi supporti (mappe anatomiche, CD Rom) – per illustrare il funzionamento del corpo femminile in gestazione. La presentazione – fatta spesso in forma di conferenza – richiama queste donne alla loro difficoltà a ricevere consigli o a maturare saperi, sul modello di un apprendimento scolastico che ha già peraltro mostrato di aver fallito con loro.

Il secondo indicatore ha a che fare con la dimensione più soggettiva della relazione con il figlio che sta per nascere. In questo caso, gli operatori cercano di capire il tipo di «rapporto di gestazione» che la futura madre ha precocemente stabilito con il proprio bambino. Perciò, si orientano ad osservare e ad interpretare la maniera in cui la gestante parla di lui, del modo in cui vi si relaziona, di come si proietta nel suo ruolo di genitrice. Il che è come dire che la buona genitorialità è anche valutata sulla base della disposizione della donna ad interrogarsi sulle proprie capacità di madre, a raccontarsi, a porre domande, a condividere i suoi dubbi, a mostrare in fondo di essere pronta a svolgere il ruolo di genitrice e di saper riflettere sulle sue competenze materne. Le donne coinvolte possono essere in difficoltà di fronte a tali aspettative. Per loro, la comunicazione verbale può essere un ostacolo ma, soprattutto, la possibilità di parlare delle proprie paure al rappresentante di un'istituzione è limitata, perché potenzialmente «pericolosa». Per le partorienti in trattamento non c'è alcuna ambiguità circa l'azione di assistenza (dei figli) che può svolgere la PMI. Confidare difficoltà di tipo coniugale (separazione della coppia, violenze), familiare (situazione di abbandono scolastico da parte degli anziani, problemi educativi), comportamentale (abuso di alcol, di sostanze stupefacenti, ecc.) o ancora economico, tutto ciò significa, in un certo qual modo, esporsi ad una tale minaccia. Si comprende – da questo punto di vista – la perversione di un modello di valutazione circa il grado di maturità nell'affrontare il ruolo di madre: bisogna adottarlo ma cercando tuttavia di non fornire quelle informazioni che potrebbero compromettere la sua applicazione. Si fa perciò allo stesso modo ricorso ad elementi più oggettivi, come il fatto che la futura madre abbia o meno cominciato a fare acquisti, che abbia o meno iniziato a organizzare l'ambiente domestico in maniera che il bambino disponga di un proprio spazio personale, che la madre abbia o meno già pensato ad una nuova organizzazione dei compiti familiari nel caso abbia già altri figli, che abbia o no previsto un tipo di cura per il nascituro e per i suoi altri fratelli, ecc..

Ci sono poi altri indicatori secondari che sono considerati nel corso dei colloqui e che funzionano anch'essi come criteri di una buona genitorialità. Uno è la gestione del budget. Se – come si è detto prima – occorre che la madre dia prova di un suo coinvolgimento nell'accoglienza del nuovo figlio mediante acquisti, bisogna contemporaneamente che essi rispondano a determinate regole. I futuri genitori devono dimostrare di essere capaci di «gestire il loro budget in maniera razionale e oculata». Presso gli operatori intervistati, c'è tutto un discorso sull'uso distorto del denaro da parte di famiglie in situazione di precarietà. L'acquisto di gadgets, l'esagerazione nella compra di indumenti e di accessori, sono considerati come la mancanza di previdenza circa possibili future difficoltà economiche, e quei comportamenti lasciano pensare che i genitori riprodurranno tali errori educativi durante la socializzazione del bambino. Benché si possa vedere in tutto ciò un «adattamento necessario ai vincoli» (come dice Serre 1998) – l'evento della nascita è apprezzato nella sua immediatezza ma le sue conseguenze o gli aggiustamenti che esso comporta non possono essere previsti – tali spese per il nascituro possono anche essere considerate come una prova data alla famiglia, alla istituzione, circa la capacità dei genitori di provvedere alla sua vita futura. L'abbondanza di attrezzature si baserebbe sull'idea che più si fanno acquisti, più si dimostrerebbe la propria condizione di poter accogliere un bambino proprio nel momento in cui il modello familiare o la storia della specifica famiglia, la sua particolare situazione socio-economica, avrebbero potuto generare dubbi da parte degli specialisti⁶. Il controllo delle nascite è un altro indicatore importante. Una tale questione è sistematicamente presente nelle consulenze, e questo sin dalla prima occasione, nel momento in cui la donna viene sentita in quanto in stato di gravidanza. Tale controllo, sul ricorso alla contraccezione, è un obiettivo forte della PMI, precisamente

6 Nel corso delle osservazioni del lavoro delle ostetriche o delle interviste fatte alle donne, tutte le future madri hanno manifestato da subito il bisogno di dimostrare alla professionista o al sociologo che la camera del bambino era già pronta, e che tutti gli accessori per l'infanzia erano stati acquistati. La testimonianza di una giovane (nata in Benin, 34 anni, al suo terzo figlio, partner in una coppia di fatto, senza lavoro) è al riguardo molto interessante. Ci dice: «quando è venuta l'ostetrica, le ho mostrato che avevamo finito la camera. Avevo paura. Mi avevano detto che se non fosse stata terminata prima del suo arrivo, avrebbe potuto portarmi via il bambino». Una tale rappresentazione dell'operatrice PMI che «sottrae» il figlio è dunque allo stesso modo parte integrante di questa pratica di acquisto compulsivo, una pratica che – tenuto conto della situazione economica della famiglia seguita – è interpretata come poco razionale.

perché l'arrivo di un nuovo bambino potrebbe mettere in difficoltà una famiglia già fragile dal punto di vista economico e/o educativo. Il controllo del numero dei figli, l'adattamento dei comportamenti riproduttivi alla regola procreativa, rimangono scopi verso i quali ogni famiglia deve tendere.

Nel campo del trattamento delle gravidanze, così come in quello della puericultura, lo schema di riferimento delle pratiche dei professionisti si scontra con le difficoltà che le famiglie hanno ad adeguarvisi. Gli ostacoli sono di ordine economico (angustia e salubrità degli alloggi, possibilità di alimentarsi secondo le raccomandazioni, di potersi muovere), sono legati alla opportunità di mobilitare una rete di sostegno familiare, amicale, alla possibilità di contare su una cultura di classe. Si possono fare due considerazioni. La prima è che il fattore culturale è spesso anteposto dai professionisti nella spiegazione del mancato rispetto di comportamenti corretti, e questo tende a far dimenticare l'importanza del fattore economico. La seconda è che – come hanno mostrato Gojard (2010) o Serre (1998) – l'apparato dei saperi messo in pratica dai professionisti si rifà ad un modello di classe che alla fine collide con le pratiche di cura o di educazione e con i saperi profani, talvolta lontani, addirittura in contraddizione, dal modo di pensare esperto e specializzato (Farnarier 2009). Ora, gli specialisti hanno spesso la tendenza a «personalizzare le cause delle devianze», ad interpretarle in termini psicologici. A seguito di una visita ad una paziente, l'ostetrica Mme J., 52 anni, da un anno in servizio nella PMI, afferma: «*ciò che abbiamo visto stamattina (allude ad una giovane donna in attesa del suo quinto figlio, uno dei quali è in trattamento per un handicap neurologico, lei viva sola ed è senza lavoro), l'hai visto, non va affatto bene. Lei è persa con questi quattro ragazzi, più quello che è in arrivo. Gli assistenti sociali hanno voluto aiutarla diverse volte ma lei rifiuta. Che vuoi fare? C'è qualcosa che non va nella sua testa perché ci potrebbe arrivare*». Questo esempio mostra come, nel caso di questa paziente, gli ostacoli che lei incontra sono imputati non tanto a una posizione sociale quanto piuttosto a difficoltà di natura personale che di fatto la renderebbero personalmente responsabile della sua situazione. Da più di trenta anni, l'influenza delle teorie psicologiche nella formazione degli operatori sociali e dei medici è stata molto forte, e dunque ha influito sul loro modo specifico di concepire la famiglia, i ruoli genitoriali. Se queste regole consentono di classificare gli individui secondo livelli di rischio, di parametrare le conoscenze e le competenze genitoriali, hanno anche la conseguenza di individualizzare gli errori educativi, che – per i professionisti – sono da mettere in relazione con caratteristiche individuali, biografiche. E' la soggettività che è messa al centro della spiegazione, «la precarietà e la povertà, la devianza e la violenza, i drammi personali e le tragedie collettive reinterpretate attraverso il prisma dell'interiorità» (Fassin, Memmi 2004: 35).

Questa messa alla prova dei ruoli familiari è spesso ben identificata dall'utenza, la quale può ricorrere a diverse strategie per ignorare il consiglio "istituzionale" e per meglio proiettare un'immagine di normalità (di acculturamento). Così, molte osservazioni ci permettono di mostrare come – in base alle loro origini sociali e alle esperienze già acquisite nella cura dei bambini – le future madri, e quelle oggetto dell'indagine, ricevano le norme da «differenti intermediari della loro diffusione» (PMI, ospedali, ma anche altre madri, sorelle, amiche ecc.), e il tutto in maniera molto differenziata. Questo modello – quanto mai presente fra le classi popolari – si basa essenzialmente su bagagli di conoscenze familiari, che consentono alle madri di prendere le distanze dal discorso esperto. Qui, la riuscita di un tale approccio passa attraverso l'espressione di un padroneggiamento empirico delle regole dei pari. E' soprattutto l'esperienza con le donne più mature che costituisce una base di saperi che rendono al contempo possibile affrancarsi dai consigli medici o di cambiare i prescrittori (Gojard 2010). D'altra parte, abbiamo potuto constatare che le famiglie intervistate hanno spesso saputo ben comprendere di non corrispondere perfettamente al modello istituzionale. Alcune di esse possono scegliere in modo strategico di conformarsi a certe pratiche della puericultura – nel momento della visita da parte dei professionisti – per sfuggire al controllo. Da questo punto di vista, la relazione di fiducia si fonda su una certa forma di doppiezza da parte di entrambi gli interlocutori.

Partendo da una riflessione più generale sulle disuguaglianze sociali di salute, sul modo in cui sono prodotte e analizzate, e tentando di comprendere come esse possano produrre atteggiamenti di non ricorso e di rinuncia, questo articolo ha voluto mostrare – attraverso il caso di donne incinte in condizioni di precarietà – come certe modalità di presa in carico da parte del sistema sanitario e dei professionisti della salute producano una definizione

dello stato di vulnerabilità degli individui che orienta le loro pratiche.

Questo scritto mette anche in evidenza il lavoro delle istituzioni mediche e socio-sanitarie nella presa in carico degli individui o delle famiglie classificate come portatrici di «fattori di rischio». La crescente partecipazione di attori medico-sociali incaricati di intervenire sulle situazioni di precarietà rivela come la portata del meccanismo di osservazione e di normalizzazione superi largamente i confini della sanità. Intervenedo nello spazio del privato, i professionisti adottano una relazione di fiducia, di vicinanza, che si basa su competenze di tipo empatico. Il lavoro «dolce e invisibile» della cura appare dunque a tal punto efficace che talvolta può anche trasformarsi in controllo sociale.

Il trattamento delle donne è rivelatore dei rapporti sociali di classe. La dequalificazione dei futuri genitori si fonda su un principio di non conformità che non ha alcunché di individuale ma che rimanda assai di più a condizioni di vita che hanno a che fare con l'instabilità economica, matrimoniale o anche con una situazione di isolamento. I moderni parametri di buona genitorialità – la disponibilità, il favorire l'autonomia, la negoziazione, la parola – agiscono come altrettanti principi morali che riconducono la popolazione studiata alle sue difficoltà quotidiane.

(Traduzione a cura di Filippo Buccarelli)

Riferimenti bibliografici

- Aiach P. (2010), *Les inégalités sociales de santé. Écrits*, Paris: Anthropos/Economica.
- Auvray L. et alii (2003), *Le renoncement aux soins en 2002*, in L. Auvray, A. Doussin, P. Le Fur (2003, sous la direction de), *Santé, soins et protection sociale en 2002*, Paris: CREDES: 147-153.
- Bazin F. et alii (2006), *Déterminants psychosociaux du renoncement aux soins pour raisons financières dans cinq zones urbaines sensibles de la Région parisienne en 2001*, in «Sciences sociales et santé», vol. 2, n. 3, Septembre 2006:12-31.
- Berton O., Mormede P. (2000), *Modèles animaux d'étude*, in A. Leclerc et alii (2000, sous la direction de), *Les inégalités sociales de santé*, INSERM, Paris: La Découverte.
- Castel R. (1995), *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*, Paris: Fayard.
- Chauvenet A. (1978), *Médecines au choix, médecine de classes*, Paris: PUF.
- Desprès C. et alii (2011a), *Le renoncement aux soins: une approche socio-anthropologique*, in «Questions d'économie de la santé», n.169:1-7.
- Desprès C. et alii (2011b), *Le renoncement aux soins pour raisons financières: une approche économétrique*, in «Questions d'économie de la santé», n. 170: 1-5.
- Dubet F. (2009), *Le travail des sociétés*, Paris: Seuil.
- Farnarier C. (2009), *Les dimensions sociales d'une politique de santé publique. Le cas des consultations de protection infantile*, Thèse de doctorat EHESS, Marseille.
- Fassin D., Memmi D. (2004), *Le gouvernement des corps*, Paris: Éd. de l'EHESS.
- Gojard S. (2010), *Le métier de mère*, Paris: La dispute.
- Leclerc A. et alii (2000), *Les inégalités sociales de santé*, Paris: La Découverte/Inserm: 53-68.
- Marmot M., Brunner E. (2005), *Cohort Profile: The Whitehall II Study*, in «International Journal of Epidemiology», vol.34-2: 251-256.
- Parizot I. (2003), *Soigner les exclus*, Paris: PUF.
- Paugam S. (1991), *La disqualification sociale. Essai sur la nouvelle pauvreté*, Paris: PUF.
- Paugam S. (2008), *Le lien social*, Paris: PUF.
- Phillips D. I.W. et alii (1998), *Elevated Plasma Cortisol Concentrations: A Link between Low Birth Weight and Insuline Resistance Syndrome?*, in «Journal of Clinical Endocrinology Metabolism», 83: 757-760.
- Rameix S. (2011), *Théories de la justice et systèmes de santé*, in «Médecine, Santé et Sciences humaines», Paris: Les Belles Lettres: 472-484.
- Rawls J. (1987), *Théorie de la justice*, Paris: Seuil.
- Serre D. (1998), *Le "bébé superbe". La construction de la déviance corporelle par les professionnel(le)s de la petite enfance*, in «Sociétés contemporaines», n. 31: 107-127.
- Warin P. (2010), *Le non recours: définition et typologies*, Working paper, Odenore.

