

A caro prezzo

Le diseguaglianze nella salute

*2° Rapporto
dell'Osservatorio Italiano
sulla Salute Globale*



Edizioni ETS



www.edizioniets.com

© Copyright 2006

EDIZIONI ETS

Piazza Carrara, 16-19, I-56126 Pisa

info@edizioniets.com

www.edizioniets.com

Distribuzione

PDE, Via Tevere 54, I-50019 Sesto Fiorentino [Firenze]

ISBN 88-467-1649-3

INDICE

<i>Prefazione</i> di Gavino Maciocco	5
<i>Lista delle abbreviazioni</i>	13
PARTE PRIMA	
Capitolo introduttivo	
1.1. L'origine sociale delle malattie <i>di Giovanni Berlinguer</i>	17
1.2. Le diseguaglianze nella salute: definizioni, principi, concetti <i>di Angelo Stefanini, Marco Albonico e Gavino Maciocco</i>	36
PARTE SECONDA	
Le diseguaglianze nella salute tra nazioni	
2.1. Il profilo globale delle diseguaglianze nella salute <i>di Adriano Cattaneo e Giorgio Tamburlini</i>	53
2.2. La salute materno infantile <i>di Maurizio Bonati e Rita Campi</i>	71
2.3. Diseguali alla guerra <i>di Pirous Fateh-Moghadam</i>	85
2.4. Diseguali nelle catastrofi <i>di Enrico Pavignani</i>	101
2.5. Produzione globalizzata: condizioni di lavoro ed effetti sulla salute dei lavoratori <i>di Fabio Capacci e Francesco Carnevale</i>	117
2.6. Patologie della diseguaglianza e ricerca scientifica <i>di Nicoletta Dentico</i>	134
2.7. Le politiche delle organizzazioni internazionali e gli obiettivi di sviluppo del millennio <i>di Eduardo Missoni e Guglielmo Pacileo</i>	150
2.8. Organizzazioni della società civile e politiche sanitarie. Il movimento dei popoli per la salute <i>di Sunil Deepak</i>	164

PARTE TERZA

Le diseguaglianze nella salute all'interno di una nazione

- 3.1. Le diseguaglianze nella salute in Europa 177
di Giuseppe Costa, Silvia Bellini e Teresa Spadea
- 3.2. Introduzione ai Case-Studies 192
di Gavino Maciocco
- 3.2.1. Cina 197
di Paola Agnelli e Gavino Maciocco
- 3.2.2. India 210
di Mira Shiva e Sunil Deepak
- 3.2.3. USA 220
di Gavino Maciocco e Fabrizio Tediosi
- 3.2.4. Brasile 233
di Gilliatt H. Falbo, Paulo G. Frias e Pricila M. Pereira
- 3.2.5. Uganda 245
di Maurizio Murru e Sam A. Okuonzi
- 3.2.6. Kazakhstan e Moldova 258
di Octavian Bivol
- 3.3. Le diseguaglianze nell'assistenza sanitaria 266
di Marco Geddes da Filicaia
- 3.4. Le diseguaglianze negli stili di vita 279
di Eva Buiatti e Fabio Voller
- 3.5. La salute delle donne 292
di Sofia Quintero Romero e Mercedes Juarez
- 3.6. Esperienza migratoria, salute e diseguaglianze 304
di Maurizio Marceca, Salvatore Geraci e Ardigò Martino

Postfazione 319

Salute e Diritto. Pensieri per una progettualità di ricerca
di Gianni Tognoni, Marta Valerio e Marilena Romero

Appendice 337

Il ruolo dell'Italia nella cooperazione sanitaria internazionale
Lettera aperta dell'OISG al Governo Italiano

Prefazione

Il concetto di libertà individuale comprende, da un lato, tutte quelle caratteristiche positive e funzionali che ci mettono in grado di vivere da individui responsabili e attivi, dall'assistenza sanitaria all'istruzione, alla liberazione dalla fame e dalla miseria e così via. Dall'altro lato, comprende anche nostre libertà e autonomie fondamentali quali la possibilità di partecipare ai processi politici e sociali che influenzano le nostre vite.

La libertà in questo contesto viene valutata sia nel suo senso positivo (libertà di) che nel suo senso negativo (libertà da).

Amartya Sen – La libertà individuale come impegno sociale, Laterza, 1997.

Il secondo rapporto dell'Osservatorio italiano sulla salute globale è dedicato alle diseguaglianze nella salute.

Diseguaglianze nella salute e nell'assistenza sanitaria che si sono terribilmente dilatate in questi ultimi 20 anni, rappresentando uno dei più gravi scandali del nostro tempo.

“Io – scrive Ralf Dahrendorf – penso che la diseguaglianza sia un elemento della libertà. Una società libera lascia molto spazio alle differenze tra gli uomini, e non solo a quelle di carattere, ma anche a quelle di grado. La diseguaglianza però non è più compatibile con la libertà quando i privilegiati possono negare i diritti di partecipazione degli svantaggiati, ovvero quando gli svantaggiati restano nei fatti del tutto esclusi dalla partecipazione al processo sociale, economico e politico. A ciò esiste un solo rimedio, la dotazione elementare garantita a tutti. In essa rientrano i diritti fondamentali di tutti i cittadini, ma anche un livello di base delle condizioni di vita, forse un reddito minimo garantito, e comunque la prestazione di certi servizi

pubblici accessibili a tutti”¹.

Su questi concetti si sono costruiti – a partire dagli anni 40 del secolo scorso – i sistemi di welfare universalistico nella maggior parte dei paesi industrializzati.

Con argomenti opposti – quaranta anni dopo – si è negato che tali principi potessero essere applicati universalmente, anche nei paesi più poveri, come solennemente richiedeva la Dichiarazione di Alma-Ata, frutto dell’Assemblea generale dell’Organizzazione Mondiale della Sanità, tenutasi nella capitale del Kazakhstan nel settembre del 1978. Gli argomenti del neo-liberismo, diventato il pensiero egemone a partire dagli anni 1979/1980 (anni delle vittorie elettorali di M. Thatcher in Gran Bretagna e di R. Reagan in USA), sono: 1. i mercati sono i migliori e più efficienti allocatori delle risorse, sia nella produzione che nella distribuzione della ricchezza; 2. le società sono composte di individui autonomi (produttori e consumatori), motivati principalmente o esclusivamente da considerazioni economiche e materiali; 3. l’*welfare state* – di stampo liberaldemocratico o socialdemocratico, tendente a mitigare le diseguaglianze nella società – interferisce con il normale funzionamento del mercato e deve essere, dove esiste, eliminato. Secondo l’ideologia liberista infatti le diseguaglianze sono il necessario sotto-prodotto del buon funzionamento dell’economia e sono anche “giuste” perchè rispondono al principio che se qualcuno entra nel mercato, qualcun altro ne deve uscire. Quindi le azioni del governo per correggere le “distorsioni” del mercato sono non solo inefficienti, ma anche ingiuste; ed infatti il motto di R. Reagan era: “il governo non è mai la soluzione, il governo è il problema”.

C’è una relazione stretta e diretta tra l’affermazione di questa ideologia e il dilatarsi delle diseguaglianze. Nel reddito, nell’istruzione, nella salute. Diseguaglianze tra nazioni, tra paesi del nord e del sud del mondo; diseguaglianze all’interno delle nazioni, tra gruppi di popolazione appartenenti a differenti classi sociali.

L’epidemiologia ci consente di leggere con sempre maggiore precisione la dimensione quantitativa delle diseguaglianze nella salute ed insieme il grado di correlazione tra indicatori sanitari (speranza di vita alla nascita, mortalità generale e specifica per patologia e per

età, etc.) e determinanti della salute (reddito, istruzione, accesso ai servizi sanitari, etc.). L'enorme mole di dati a disposizione svela scenari impressionanti. La morte, ogni anno, di 10,8 milioni di bambini di età inferiore ai 5 anni che – nel 90% dei casi – si verifica nei paesi più poveri del pianeta; 10,8 milioni di decessi che potrebbero essere in larga parte (63%) evitati garantendo l'accesso a servizi sanitari di primo livello, tanto efficaci quanto economici (terapia della diarrea con reidratazione orale – solo con questo intervento si eviterebbero oltre 1,4 milioni di morti –, allattamento al seno, parti effettuati in ambiente pulito, somministrazione di vitamina A, vaccinazioni, etc.)². La morte ogni anno di circa tre milioni di persone a causa di Hiv/Aids, soprattutto in Africa sub-Sahariana, anche per la mancanza di farmaci (troppo costosi) e di attrezzature e di personale adeguato (sistemi sanitari allo sfascio). Potremmo continuare a citare dati analoghi per tubercolosi, malaria, mortalità materna, etc. Le correlazioni sono quanto mai evidenti: alla base di questo terribile eccesso di mortalità ci sono la deprivazione materiale, i bassi livelli d'istruzione, la pressochè totale impossibilità di accedere liberamente a servizi sanitari di base, essenziali e qualificati.

Gianni Tognoni, Marta Valerio e Marilena Romero nella Postfazione di questo Rapporto affermano: “Constatate, prevedete, osservate, tollerate, documentate, anno dopo anno, la morte (per milioni, o migliaia, o centinaia, o...) di minoranze e maggioranze, non è un dato epidemiologico: è un genocidio, con le conseguenze di responsabilità che questo comporta. Qualsiasi adattamento-addolcimento-distinguo è una manipolazione programmata, che coinvolge le responsabilità della comunità scientifica, e di tutti coloro che prendono decisioni ‘come se’ si trattasse di qualcosa d'altro”.

È vero: questa mole di dati epidemiologici non serve – come sarebbe, anche eticamente, necessario – per prendere decisioni politiche e se ciò avviene – gli Obiettivi del Millennio – queste vengono sistematicamente disattese. E il termine genocidio, non è un'iperbole.

“Lo sviluppo – sostiene Amartya Sen – può essere visto come un processo di espansione delle libertà reali godute dagli esseri umani. Questa concezione, che mette al centro le libertà umane, si contrappone ad altre visioni più ristrette dello sviluppo, come quelle che lo

identificano con la crescita del prodotto nazionale lordo (PNL) o con l'aumento dei redditi individuali, o con l'industrializzazione, o con il progresso tecnologico, o con la modernizzazione della società. Naturalmente la crescita del PNL o dei redditi individuali può essere un importantissimo *mezzo* per espandere la libertà di cui godono i membri della società: ma queste libertà dipendono anche da altri fattori, come gli assetti sociali ed economici (per esempio il sistema scolastico o quello sanitario) o i diritti politici e civili (per esempio la possibilità di partecipare a discussioni e deliberazioni pubbliche)”³.

La visione ristretta dello sviluppo di cui parla A. Sen – quella che si identifica con la crescita del PNL e dei redditi individuali – è quella oggi dominante. È la visione che accetta – senza avvertire alcun senso di colpa – i terribili scenari che abbiamo prima citato.

Sia pur minoritarie si stanno facendo strada presso le istituzioni internazionali voci e posizioni diverse, come quella della Commissione sui determinanti sociali della salute – costituita presso l'Organizzazione Mondiale della Sanità e presieduta dall'epidemiologo Michael Marmot – il cui scopo dichiarato è proprio quello di trasformare le conoscenze di sanità pubblica in azione politica.

“L'azione sui determinanti sociali della salute – scrive M. Marmot – è necessaria non solo per migliorare la salute ma anche perchè quei miglioramenti indicheranno che la società si è mossa per andare incontro ai bisogni delle persone. Oggi si discute molto – spesso dogmaticamente – su cosa è giusto o sbagliato nelle politiche economiche e sociali. La Commissione avrà un solo dogma: le politiche che danneggiano la salute umana vanno identificate e, dove possibile, cambiate. In questa prospettiva la globalizzazione e il mercato sono buoni o cattivi nella misura in cui – nel bene o nel male – influenzano la salute. Le diseguaglianze nella salute tra e all'interno dei paesi sono evitabili. Non esiste alcuna ragione biologica perchè la speranza di vita debba essere di 48 anni più lunga in Giappone rispetto alla Sierra Leone o 20 anni più corta tra gli aborigeni rispetto agli altri australiani. Ridurre queste diseguaglianze sociali nella salute, venendo così incontro ai bisogni delle persone, è un problema di giustizia sociale”⁴.

Il contenuto di questo Rapporto ruota intorno agli argomenti sopra menzionati, affrontando temi di carattere generale e questioni

specifiche, documentando situazioni di dimensione planetaria o trattando casi nazionali. Ci siamo posti l'obiettivo di leggere i temi della sanità e della salute globale attraverso la lente delle diseguaglianze, offrendo al lettore i riferimenti informativi più aggiornati.

Si è trattato di un lavoro collettivo molto impegnativo e insieme appassionante. Gli autori hanno discusso e condiviso la linea generale della pubblicazione e ognuno ha portato il proprio prezioso contributo. Non si è trattato quindi del passivo assemblaggio di pur pregevoli saggi. Sono stati necessari un intenso lavoro di coordinamento, la lettura attenta e critica dei testi, il continuo feedback con gli autori. Tutto ciò sarebbe stato per me impossibile senza il contributo di Giovanni Berlinguer, Adriano Cattaneo e Angelo Stefanini, autori essi stessi di importanti capitoli, a cui va tutta la mia riconoscenza.

Gioco di squadra anche nella predisposizione della copertina del libro, con un ringraziamento particolare a Nicoletta Denticò.

Un grande grazie a Loretta, compagna di una vita, che ha curato la revisione finale del manoscritto.

Gavino Maciocco

Presidente dell'Osservatorio Italiano
sulla Salute Globale
gavino.maciocco@unifi.it
www.saluteglobale.it

Note bibliografiche

¹ R. Dahrendorf, *Libertà attiva. Sei lezioni su un mondo instabile*, Laterza, 2003, pp. 19-20.

² G. Jones, R.W. Steketee, R.E. Black, Z.A. Bhutta, S.S. Morris, and the Bellagio Child Survival Study Group, *How many child deaths can we prevent this year?*, "Lancet", 2003; 362: 67-71.

³ A. Sen, *Lo sviluppo è libertà*, Mondadori, Milano 2000, p. 9.

⁴ M. Marmot, *Social determinants of health inequalities*, "Lancet", 2005; 365: 1099-104.

Lista delle abbreviazioni

Adl: Activity Daily Living	Gavi: Global Alliance for Vaccines and Immunisation
Aids: Acquired Immune Deficiency Syndrome	Gcp: Good Clinical Practice
Aped: Action Program on Essential Drugs and Vaccines	Gbd: Global Burden of Disease
Aps: Aiuto pubblico allo sviluppo	Gdp: (Gross Domestic Product) vedi Pil
Ari: Acute Respiratory Infections	Gfatm: Global Fund to Fight Aids, Tuberculosis and Malaria
Bm: Banca Mondiale	Gha: Global Hunger Alliance
Ccm: Country Coordination Mechanism	Ghi: Global Health Initiatives
Cesr: Centre for Economic and Social Rights	Gpg: Global Public Goods
Cmh: Commission on Macroeconomics and Health	Gppp: Global Public-Private Partnership
Cipih: Commission on Intellectual Property Rights and Public Health	Hfa: Health for All
Cpt: Centri di Permanenza Temporanea	Hipc: Highly Indebted Poor Countries
Csdh: Commission on Social Determinants of Health	Hiv: Human Immunodeficiency Virus
Dac: Development Assistance Committee	Hmo: Health Maintenance Organization
Dale: Disability Adjusted Life Expectancy	Hr: Human Rights
Dalys: Disability Adjusted Life Years	Hrp: Human Reproduction Program
Dfid: Department for International Development	Hsa: Health Savings Account
Dgcs: Direzione Generale Cooperazione allo Sviluppo	Iadl: Instrumental Activity Daily Living
Dots: Directed Observed Treatment Strategy	Iarc: International Agency for Research on Cancer
Edl: Essential Drugs List	Iavi: International Aids Vaccine Initiative
Fao: Food and Agriculture Organization	Icc: International Criminal Court
Fmi: Fondo Monetario Internazionale	Icoh: International Commission on Occupational Health
Gatb: Global Alliance for TB Drug Development	Ifpma: International Federation of Pharmaceutical Manufacturers Association
Gats: General Agreement on Trade in Services	Ilo: International Labour Organization
Gatt: General Agreement on Tariffs and Trade	Imc: Indice di Massa Corporea
	Imf (International Monetary Fund): vedi Fmi
	Ipr: Intellectual Property Rights
	Isu: Indice di Sviluppo Umano
	Ivg: Interruzione Volontaria di Gravidanza

- Mai: Multilateral Agreement on Investment
 Mdg_s: Millennium Development Goals
 Mi5: Mortalità Infantile dei bambini di età inferiore ai 5 anni
 Mps: Movimento dei Popoli per la Salute
 Nafta: North American Free Trade Agreement
 Nepad: New Partnership for Africa's Development
 Nhs: National Health Service
 Ocha: United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs
 Ocse: Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico
 Oda: Official Development Assistance
 Oecd (Organization for Economic Cooperation and Development): vedi Ocse
 Ogm: Organismi Geneticamente Modificati
 Ogs: Osservatorio Globale sulla Salute
 Oisg: Osservatorio Italiano sulla Salute Globale
 Oms: Organizzazione Mondiale della Sanità
 Ong: Organizzazioni non Governative
 Osc: Organizzazioni della Società Civile
 Peap: Poverty Eradication Action Plan
 Pfp: Private for-Profit
 Pha: People's Health Assembly
 Phc: Primary Health Care
 Phm: (People's Health Movement) vedi Mps
 Pil: Prodotto Interno Lordo
 Pnl: Prodotto Nazionale Lordo
 Pnp: Private non-Profit
 Ppp: Public Private Partnership
 Prgf: Poverty Reduction and Growth Facility
 Prs: Poverty Reduction Strategies
 Psa: Paesi a Sviluppo Avanzato
 Pvs: Paesi in Via di Sviluppo
 Rbm: Roll Back Malaria
 Sap: Structural Adjustment Programs
 Sars: Severe Acute Respiratory Syndrome
 Sdh: Social Determinants of Health
 Sip: Sector Investment Programs
 Ssn: Servizio Sanitario Nazionale
 Swap: Sector Wide Approach
 Tac: Treatment Action Campaign
 Tba: Traditional Birth Attendant
 Tdr: Tropical Disease Research
 Trips: Trade Related Aspects of Intellectual Property Rights
 Twg: Transitional Working Group
 Ue: Unione Europea
 Unaids: United Nations Program on HIV-Aids
 Unctc: United Nations Centre on Transnational Corporations
 Undp: United Nations Development Program
 Unep: United Nations Environment Program
 Unfpa: United Nations Fund for Population Activities
 Unicef: United Nations International Children's Emergency Fund
 Unhcr: United Nations High Commissioner for Refugees
 Unido: United Nations Industrial Development Program
 Unita: Unione Nazionale per l'Indipendenza Totale dell'Angola
 Unrwa: United Nations Relief and Work Agency
 Usaid: United States Agency for International Development
 Wb (World Bank): vedi Bm
 Wfp: World Food Program
 Who (World Health Organization): vedi Oms
 Wssd: World Summit on Sustainable Development
 Wto: World Trade Organization

Parte Prima

Capitolo introduttivo

1.1. L'origine sociale delle malattie di Giovanni Berlinguer*

Un problema antichissimo

Nel classico libro *Civilization and Health* Henry E. Sigerist ha scritto che “in ogni società esistente l’incidenza della malattia è ampiamente determinata da fattori economici...Un basso livello di vita, la carenza di cibo, di abiti e di combustibile, misere condizioni delle abitazioni e altri sintomi di povertà sono sempre stati cause maggiori di malattia”¹. In ogni società esistente. A sottolineare questa verità egli cita perfino, in riferimento alle condizioni di lavoro, un antichissimo papiro egiziano che Sigerist giudica come *a voice of rebellion*:

“Io non ho mai visto un fabbro in veste di ambasciatore o un fonditore inviato in missione, ma ciò che ho visto è il fabbro al lavoro: egli è arrostito all’imboccatura della fornace. Il muratore, esposto a tutti i tempi e a tutti i rischi, costruisce senza portare indumenti. Le sue mani sono logorate dal lavoro, il suo cibo è mescolato alla sporcizia e ai rifiuti: si rode le unghie, non avendo altro alimento. Il barbiere rompe le sue braccia per riempire il suo stomaco. Il tessitore che lavora in casa sta peggio della donna: piegato in due, le ginocchia contro lo stomaco, senza poter respirare. Il lavandaio sulla riva sta vicino ai coccodrilli. Il tintore puzza di uova di pesce: i suoi occhi sono stanchi, la sua mano lavora senza pause, e poiché spende il suo tempo nel trattare cenci ha orrore degli abiti”².

Un’analisi, e uno sdegno, che anticipano di qualche millennio il *De morbis artificum* di Bernardino Ramazzini. Soltanto nel XIX secolo, tuttavia, i temi del lavoro e delle condizioni di vita, e la loro influenza sulla salute e sulla vita stessa fu posto all’ordine del giorno e fu ampiamente dibattuto. L’intreccio fra una medicina che aspirava ad essere riconosciuta come scienza e una società che aspirava al

* Eurodeputato. Componente della *Commission on Social Determinants of Health* dell’OMS.

progresso aprì la strada a una considerazione più attenta verso il rapporto fra malattie e società.

La dimostrazione delle inequità

Dopo le guerre napoleoniche L.R. Villermé, già medico militare, cominciò in Francia ad analizzare la mortalità differenziale nei diversi *Arrondissements* di Parigi. Esaminò all'inizio i fattori ambientali quali l'altitudine, i venti, le condizioni meteorologiche, senza riscontrare alcuna coincidenza con le differenze nei livelli di mortalità. Studiò quindi il reddito, e poi le condizioni di vita degli abitanti, con accurate indagini svolte strada per strada. Risultò per esempio che in rue de la Mortellerie, dove risiedevano i più poveri tra i parigini, vi era una mortalità del 30,6 per mille mentre a breve distanza, nell'Ile-Saint Louis, zona più spaziosa e confortevole abitata da ricchi, il quoziente era del 19,1 per mille³.

A volte, però, chi scopre una verità la interpreta in modo distorto. Secondo Dorothy Porter, infatti, Villermé riteneva che l'origine sociale delle malattie e delle morti stava "nei poveri come razza a parte, una moltitudine barbara e incivile, che si riproduceva in eccesso e che pure moriva in eccesso"; proponeva, come soluzione, di civilizzarli attraverso il rigore morale e la cittadinanza responsabile, con l'aiuto della religione; e affermava, in consonanza con gli economisti igienisti, che "non c'era alcun ruolo per lo stato o per le riforme legislative, perché ciò avrebbe minato la libertà e l'iniziativa degli individui"⁴. Un'eco, questa, che veniva probabilmente dagli orientamenti diffusi e duraturi, sostenuti da T.R. Malthus nel suo *Essay on the Principle of Population* (1798). Egli infatti, paventando un'espansione demografica incontrollata e foriera di miseria collettiva, si opponeva su questa base al mantenimento delle leggi inglesi in favore dei poveri. Si deve anche ricordare, tuttavia, che la Gran Bretagna nell'Ottocento fu anche promotrice della sanità pubblica, diede vita al *Registrar General's Office*, che fu il primo e il migliore strumento delle statistiche vitali europee, e avviò con Edwin Chadwick la costruzione della sanità pubblica.

In Germania, nella seconda metà dell'Ottocento, le cause sociali delle malattie emersero con ancora maggiore chiarezza. Per iniziati-

va di Virchow (il fondatore della biologia cellulare) si affrontarono direttamente, in maniera organica, le connessioni tra la salute e la politica. Il suo impegno cominciò quando fu inviato dal governo prussiano in Alta Slesia per un'epidemia di tifo, e constatò che la vera causa del male stava nelle pessime condizioni di vita, nella cattiva igiene, nella povertà, e tutto ciò era dovuto all'esistenza di uno stato autoritario e repressivo. Parlò poi dell'esigenza di una "epidemiologia sociologica"; suggerì come ricetta per la prevenzione "l'istruzione accompagnata dalle sue figlie: la libertà e la prosperità"; formulò infine l'espressione più chiara e incisiva dei rapporti fra la medicina e la politica: "Se la medicina vuole raggiungere completamente i propri fini, essa deve entrare nella più ampia vita politica del suo tempo, e deve indicare tutti gli ostacoli che impediscono il normale completamento del ciclo vitale"⁵.

Nello stesso periodo, tuttavia, gli sconvolgimenti della rivoluzione industriale nata in Inghilterra (la quale fu certamente una pietra miliare della crescita economica e dello sviluppo umano) moltiplicarono le minacce ambientali, anche a causa dell'esodo massivo dalle campagne verso città inospitali e invivibili⁶. Il primo impatto sulla salute e sulla sicurezza dei lavoratori fu devastante. L'eccesso di ore lavorative, la mancanza di cibo sufficiente e appropriato, lo sfruttamento feroce delle donne e dei bambini, le abitazioni malsane, la carenza di ogni istruzione furono ignobili fenomeni che durarono per decenni, senza regole né limiti. Le conseguenze furono atroci, e vennero definite come "massacro industriale" o come "genocidio pacifico".

Solo negli ultimi decenni del secolo le inchieste sociali e le ispezioni pubbliche, i movimenti umanitari e gli scioperi dei lavoratori, i contratti collettivi e le leggi sul lavoro delle donne e dei minori frenarono questa tendenza. Fu così aperta la via verso benefici importanti a favore dei lavoratori e verso il risanamento urbano. Si crearono in quel periodo forme associative diffuse e possenti, a partire dalle società di mutuo soccorso che ne furono l'embrione, come i sindacati, i partiti socialisti e diverse aggregazioni di lavoratori con uno sfondo rivendicativo e religioso. La Gran Bretagna, e poi la Francia, la Germania, l'Italia furono antesignane di queste trasformazioni, che si diffusero anche in altre parti del mondo. Come risultato si ebbero maggiori diritti, rappresentanze riconosciute, condizioni lavo-

rative e sociali che frenarono i fattori determinanti delle malattie, una dignità e un'autostima dei lavoratori superiore al passato, qualche tipo di partecipazione al potere e di parziale correzione delle forme del capitalismo. La riduzione degli indici di mortalità (infantile e generale), e il calo sensibile di molte malattie prima ancora che si conoscessero farmaci o vaccini efficaci (come è accaduto per l'andamento della tubercolosi nel XIX secolo⁷), mostrano quanto abbia influito sullo stato di salute il miglioramento delle condizioni ambientali, sociali, educative.

Due volti della biopolitica

Queste tendenze sono proseguite nella prima metà del Novecento, soprattutto nei paesi più democratici, e la salute ha acquisito maggiore rilievo: sia nei desideri raggiungibili dalle persone, sia negli impegni della politica. I molti progressi ottenuti sono stati però frenati, oltre che dal perdurare di profonde ingiustizie, da due tragedie che hanno caratterizzato quell'epoca: il rapido susseguirsi della prima e della seconda guerra mondiale, nate ambedue in Europa e poi combattute in quasi tutti i continenti; e la barbara distorsione, che ha prodotto un connubio letale, dei rapporti fra scienza e politica.

Mi riferisco all'idea, nata nel clima delle conquiste coloniali, dell'assoluta superiorità di alcune razze umane sulle altre. Essa era coerente col tentativo di legittimare con le leggi di natura l'eccellenza di una stirpe e quindi col diritto/dovere di esercitare il suo dominio sulle altre; e dal sogno regressivo di guidare per via biologica il perfezionamento della nostra specie. Il fondatore di questa disciplina, Francis Galton, le diede anche un nome: *eugenics*. Le sue opere, da *Hereditary genius* (1869) a *Essays on eugenics* (1909) ebbero ampia eco e molte conseguenze sulla vita di milioni di persone e sulle decisioni politiche: per esempio, con le discriminazioni introdotte nelle leggi riguardanti le immigrazioni.

All'idea della superiorità razziale si aggiunse, per stringere il cerchio, l'aberrante parallelismo tra i metodi della medicina e quelli della politica. Fu affermato che, se la domanda è: "Che cosa fa il medico se una parte del corpo è irrimediabilmente corrotta, e rischia di portare a morte il malato?", la risposta deve essere: "La asporta, per sal-

varlo”; e si sostenne per analogia che altrettanto si deve fare se una parte della popolazione rischia di infettare l’armoniosa collettività.

In base al principio che “la politica non è che medicina applicata su scala più larga”, alla fine dell’Ottocento si cominciò a individuare quali erano nella società gli organi (persone) irrimediabilmente bacati. Col consenso della legge, con l’appoggio di scienze che pretendevano di riconoscere le mele marce, e con la partecipazione di medici iperattivi, si tentò di individuare i soggetti da scartare o da rendere innocui. Il primo passo fu la sterilizzazione dei malati di mente, per evitare che trasmettessero alle generazioni future le loro pecche⁸; il secondo fu l’eliminazione degli handicappati gravi, peso insopportabile per la società e incapaci di “una vita degna di essere vissuta”; il terzo, infine, lo sterminio sistematico di coloro che venivano considerati appartenenti a “razze” inferiori e ostili rispetto alla maggioranza di sangue puro.

Questa dottrina fu chiamata biopolitica, e i suoi principi furono convalidati dall’autorità di F.W. Nietzsche: “La vita non riconosce né solidarietà né parità di diritti fra le parti sane e le parti malate di un organismo: queste ultime bisogna reciderle, o l’organismo perisce”⁹. Può anche esistere, fortunatamente, un’altra biopolitica: una politica per la vita, che risponda al principio fondamentale secondo cui “ogni persona nasce uguale in diritti” e che agisca perciò verso il bene di tutti.

Un grande esempio, e uno minore

Molte analisi potrebbero dimostrare come e perché, durante il XX secolo, le politiche abbiano avuto “un’impressionante oscillazione tra prospettive di vita e prospettive di morte”¹⁰. Una singolare coincidenza di tempi, e insieme a questa una totale discordanza di scopi, riesce forse a rappresentare, meglio di innumerevoli testimonianze, la totale polarità delle decisioni politiche nel contrasto tra vita e morte¹¹.

Mi riferisco a quanto accadde nei primi mesi dell’anno terribile 1942, all’acme della seconda guerra mondiale. Nel mese di gennaio Adolph Hitler, che alla guida del Terzo Reich aveva esteso la sterilizzazione dei malati di mente, intensificato l’eutanasia coatta degli

handicappati e promosso lo sterminio degli oppositori, degli ebrei e della altre “razze impure”, riunì nella conferenza del Wannsee lo stato maggiore del nazismo. Fu in quella conferenza che si rese definitiva ed esecutiva la decisione politica del genocidio sistematico, di avviare nei forni crematori quella operazione che fu chiamata “la soluzione finale” della questione ebraica.

Nell’aprile dello stesso anno William Henry Beveridge presentò a nome del Governo inglese, nella Londra flagellata dalle bombe, il progetto del *Welfare State* che affermava il diritto alla vita, alla salute e alla sicurezza per tutti i cittadini *from the cradle to the grave* (“dalla culla alla tomba”), indipendentemente da classe, censo, genere e istruzione. Gli strumenti principali di questo disegno furono indicati nel sistema delle pensioni, nell’assistenza sociale e nell’istruzione diffusa. Da questo progetto, e poi da Franklin Delano Roosevelt che aggiunse all’elenco delle libertà liberali la libertà sociale, da lui definita *freedom from want* – “libertà dal bisogno” – (la quale implica, oltre al riconoscimento che si nasce con eguali diritti, l’impegno ad affrontare il bisogno promuovendo la sicurezza e l’equità), assunsero nuovo valore la salute e la vita, milioni di persone migliorarono la loro condizione, e furono poste le basi di ulteriori progressi.

Sono un po’ restio a parlare dell’altro esempio, assai minore rispetto alle dimensioni dell’impatto del *Welfare State* nel mondo, perché esso si riferisce a un’esperienza personale, di cui sono stato partecipe. Ma mi sembra significativo. Ho svolto all’Università “La Sapienza” la mia tesi di laurea, nel 1952, con una ricerca svolta sulle differenze nella mortalità (infantile, generale e per cause) nei diversi rioni, quartieri e suburbi di Roma nel periodo, che fu cruciale per la Capitale, fra il 1935 e il 1950. Mi aveva colpito la lettura della relazione svolta da Jacques Bertillon all’inizio del Novecento, sulle profonde differenze di mortalità in rapporto al censo nelle città di Parigi, Berlino e Vienna¹², e più ancora la polemica (agli atti anch’essa) di Cauderlier, secondo cui “quando un medico visita un malato, non gli chiede se è ricco o povero”, ma se ha seguito o no le regole dell’igiene, che sono “semplicissime e alla portata dei meno ricchi; basta respirare aria pura e non fare eccessi di alcun genere”.

Dalla mia tesi ¹³ risultò confermato un notevole gap di equità nella salute secondo il reddito, il lavoro, l’abitazione, il livello di istru-

zione. Risultò inoltre, dividendo i dati dei quindici anni in tre periodi (prima, durante e dopo la guerra), che i dislivelli di mortalità infantile erano cresciuti sostanzialmente durante la guerra. Dopo qualche anno lessi una ricerca analoga alla mia, compiuta per il medesimo periodo sulla mortalità infantile nella città di Londra, e apparve una situazione diversa, anzi opposta: durante la guerra, il gap sociale era stato considerevolmente ridotto.

Quali fattori agirono nel rendere così diversi i due casi? Nella capitale italiana, che era sovraffollata di rifugiati i quali pensavano di essere più sicuri all'ombra della Città Aperta, vi era trascuratezza diffusa verso i bambini, e assenza di ogni aiuto per le famiglie. A Londra, che subiva ogni giorno la crudeltà di pesanti bombardamenti, le istituzioni provvedevano assistenza e cure, distribuivano il latte, privilegiavano nell'alimentazione donne e bambini, e i legami nel popolo contribuivano ad affrontare le maggiori difficoltà. La differenza fra le due situazioni è stata cioè tra la presenza e l'assenza di politiche specifiche e di solidarietà organizzata. Diremmo oggi: nell'impegno sui determinanti sociali delle malattie.

La Commissione sui Determinanti Sociali delle Malattie e l'OMS

Un contributo fra molti altri nell'affrontare questo tema può venire dalla decisione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), promossa dal direttore generale Jong-Wook Lee nel 2005, di nominare una *Commission on Social Determinants of Health* (CSDH), costituita da venti esperti e presieduta dall'epidemiologo inglese Michael Marmot, che ha il compito di studiare, di promuovere azioni, di sollecitare i governi e le istituzioni locali, di coinvolgere ampiamente la società civile; e ha il mandato di completare il suo lavoro entro il 2008 avendo contribuito, possibilmente, a creare le basi scientifiche e le premesse politiche – questo è l'arduo compito – per sollecitare esperienze da diffondere e per affrontare in modo permanente le profonde inequità nella salute, che esistono tra paesi e tra i gruppi sociali dello stesso paese.

L'idea centrale è che la medicina e l'assistenza sanitaria costituiscono *soltanto uno dei fattori* che influiscono sulla salute della popo-

lazione. In realtà, i fattori principali consistono nell'ampio spettro di condizioni sociali ed economiche in cui vivono le persone: la povertà nelle sue diverse manifestazioni, le ingiustizie, il deficit di istruzione, l'insicurezza dell'alimentazione, l'esclusione e la discriminazione sociale, l'insufficiente tutela della prima infanzia, le discriminazioni verso le donne, le abitazioni malsane, il degrado urbano, la mancanza di acqua potabile, la violenza diffusa, le lacune e l'inadeguata qualità dei sistemi assistenziali.

Le conseguenze di queste situazioni possono essere riassunte in poche cifre, innegabili e crude nella loro essenzialità:

- la speranza di vita alla nascita varia da 34 anni nella Sierra Leone a 81,9 in Giappone;
- la probabilità di morire di una persona tra le età di 15 e 60 anni è dell'8,3% in Svezia, 46,4% in Russia, 90,2% nel Lesotho;
- la speranza di vita nei paesi sviluppati varia di 5-10 anni secondo le differenze di reddito, di istruzione e di condizioni di lavoro;
- in Australia c'è una differenza di 20 anni nella speranza di vita tra gli aborigeni e la media degli abitanti;
- i paesi a basso e medio reddito contribuiscono per l'85% al totale dei morti per incidenti stradali in tutto il mondo;
- una persona su sei, cioè circa il 15% della popolazione mondiale, vive nei paesi ricchi (soprattutto negli USA, in Europa e in Giappone), ma in questi paesi l'aliquota dei decessi rappresenta solo il 7% della popolazione;
- circa 11 milioni di bambini sotto i cinque anni sono morti nell'anno 2002, e il 98% di questi erano nati in paesi a scarso sviluppo;
- le disuguaglianze nel reddito crescono continuamente nei paesi che costituiscono l'80% della popolazione del mondo (rapporto UNDP, 2005);
- nel 1996, 358 miliardari disponevano di una rete di 760 miliardi di dollari, pari alle risorse disponibili per il 45% dell'intera popolazione mondiale.

Di fronte a queste situazioni, pochissimi governi del mondo hanno un programma adeguato, tendente ad affrontare con qualche organicità i determinanti sociali della salute. Le premesse di ogni lavoro della CSDH stanno perciò nell'apprendere dalle precedenti espe-

rienze¹⁴, e nel valutare gli ostacoli e le opportunità che potrebbero forse consentire un sostanziale mutamento.

Apprendere dalle esperienze

Nella Costituzione dell'OMS, redatta nel 1946, vi sono due concetti chiarissimi. Uno è l'indicazione dello scopo: "raggiungere per tutti i popoli il più alto livello possibile di salute"; l'altro è lo strumento per ottenerlo: "promuovere, in connessione con gli Stati membri e con le agenzie internazionali il miglioramento delle nutrizione, delle abitazioni, delle condizioni economiche e lavorative e di ogni altro aspetto dell'ambiente necessario". La Costituzione dell'OMS prevede quindi "un'integrazione e un sostegno ravvicinato tra la prospettiva biomedico/tecnologica e quella sociale verso la salute: ma questa unità non è stata perseguita durante la storia successiva dell'organizzazione"¹⁵.

Dopo la fondazione dell'OMS, i successi nella lotta contro le malattie si sono moltiplicati anche per la diffusione, ampia e talora universale, di prodotti come gli antibiotici e i vaccini; ma presto predominò l'idea, tra gli specialisti, tra i governanti e anche nell'opinione pubblica, che attraverso la biomedicina si sarebbero risolti tutti i problemi. L'efficacia delle campagne di eradicazione del vaiolo e la sconfitta dei tentativi di eradicare nel mondo la malaria, dimostratasi impossibile senza profondi mutamenti ambientali, sociali e culturali, misero presto in palese evidenza il lato positivo e quello negativo dell'esperienza. In quel periodo, e anche dopo, molti governi, compresi quelli di paesi poveri, orientarono i loro bilanci, anziché verso programmi di salute pubblica e verso le zone agricole in cui viveva la grande maggioranza della popolazione, alla costruzione di grandi "palazzi della salute", attrezzati con le ultime tecnologie e destinati alla cura delle élites urbane.

La svolta verso le urgenti necessità delle persone povere e svantaggiate, e verso i determinanti sociali delle malattie, fu avviata negli anni sessanta e settanta: con la scelta di programmi sanitari di tipo comunitario, con le forme partecipative di assistenza e con l'enfasi sulla prevenzione e sulle cure di base raggiungibili da tutti. A confermare questa linea stavano le esperienze di buona salute a basso costo,

quelle compiute nello stato indiano del Kerala, nello Sri Lanka, nel Costa Rica e a Cuba. Esse dimostravano che la salute può progredire anche dove il reddito pro-capite non è alto, purché vi sia un impegno dello Stato e della comunità e un'adesione delle professioni sanitarie alla creazione di servizi diffusi, qualificati e accessibili, a diffondere l'istruzione di base, ad affrontare le radici sociali delle malattie.

Nel 1976 Hafdan Mahler, allora direttore generale, propose all'Assemblea generale dell'OMS un'idea utopica, ma assai mobilitante: *la salute per tutti nell'anno duemila*. La priorità dell'assistenza di base (*primary health care*) era accompagnata da un esplicito riferimento alle *causae causarum*: "L'obiettivo implica la rimozione degli ostacoli alla salute, cioè l'eliminazione di malnutrizione, ignoranza, acqua contaminata, abitazioni malsane, che sono importanti quanto la soluzione dei problemi medici".

L'anno 1978 segnò al tempo stesso il trionfo e il declino di questi orientamenti. La Conferenza di Alma Ata (Kazakhstan), con la presenza di oltre tremila partecipanti e di 67 organizzazioni internazionali, rilanciò al mondo la proposta di Mahler. Al tempo stesso, però, il mondo diveniva un altro. Cambiava, e cominciava l'era del neoliberismo: una corrente di pensiero e d'azione propensa a considerare la salute come fonte di investimenti economici, a criticare la sanità pubblica come un ostacolo all'iniziativa privata, a trascurare il valore dei beni comuni, a spostare il quadro di comando dall'OMS ad altre Agenzie internazionali: la Banca Mondiale¹⁶, il Fondo Monetario Internazionale, l'Organizzazione Mondiale del Commercio. A partire dagli anni Ottanta, l'obiettivo della salute per tutti gli esseri umani scomparve quasi dall'orizzonte politico. All'idea che essa può essere un fine dello sviluppo, un moltiplicatore delle risorse umane e una priorità dell'impegno pubblico, si è opposta quasi ovunque un'altra: che i sistemi universali di salute sono un peso per le finanze degli Stati e un ostacolo per la crescita della ricchezza.

La giustificazione morale di questi orientamenti è stata, nel migliore dei casi, la certezza che la congiunzione virtuosa tra il progresso scientifico e il libero mercato avrebbe gradualmente esteso i propri benefici verso tutti. Purtroppo, questa profezia non si è avverata. Il suo fallimento non può farci dimenticare i progressi in atto, non deve farci nascondere i difetti di molti sistemi sanitari pubblici, non

può indurci a negare che la scienza e il mercato siano, usate con ocultezza, fra le creazioni più positive dell'ingegno umano. La congiunzione, però, non è stata virtuosa: al contrario. La diagnosi più evidente del fallimento, e l'impulso più urgente al cambiamento, sta nella crescita esponenziale delle disuguaglianze: sia tra paesi che in ogni paese, sia nella salute che nella speranza di vita.

Un crimine contro l'umanità

In un'epoca nella quale abbiamo gran parte delle conoscenze e dei mezzi necessari per contrastare gran parte delle malattie, si può accettare che vi siano persone, gruppi, paesi nei quali "è rischio di morte il nascimento", come scriveva Giacomo Leopardi, nei quali superato questo rischio se ne incontrano altri, e si vive perciò un terzo o la metà degli anni di cui beneficiano i privilegiati? Come si può definire questo fenomeno, se non come un crimine contro l'umanità?

La crescita esponenziale delle disuguaglianze può anche essere oggetto di altre interpretazioni. Ralph Dahrendorf, per esempio, ha scritto che "il mondo negli ultimi due decenni è divenuto complessivamente più ricco; ma mentre alcune nazioni hanno conseguito grandi risultati economici, altre sono rimaste indietro", anche perché "un clima egualitario non promuove la tendenza a uno sviluppo dinamico e innovativo"¹⁷. Anche Jeffrey Sachs, nel suo libro *La fine della povertà*, usa la medesima formula: "Poche generazioni fa, praticamente chiunque era un povero...ma molto del mondo è stato lasciato indietro"¹⁸. Il commento di Vandana Shiva a questa affermazione è risoluto: "Questa storia della povertà è totalmente falsa. I poveri non sono 'coloro che sono stati lasciati indietro', sono coloro che sono stati derubati. La ricchezza accumulata dall'Europa e dal Nord America è stata largamente basata sulle ricchezze sottratte all'Asia, all'Africa e all'America latina. È stata questa appropriazione violenta delle risorse e dei mercati del Terzo Mondo che ha creato ricchezza al Nord e povertà al Sud"¹⁹.

Nei primi anni del nuovo secolo, alle difficoltà dei paesi poveri (e delle persone povere, presenti in tutto il mondo) si è aggiunto lo squilibrio crescente tra le spese destinate agli armamenti e l'impegno per il benessere degli individui. Nel rapporto dell'ONU sulla situa-

zione sociale del mondo si afferma che “la riallocazione delle risorse dalla difesa allo sviluppo sociale non c’è stata”, e si documenta invece, per le armi, una tendenza opposta a quella che era prevalsa negli anni Novanta. Le spese militari “negli anni dal 1993 al 1998 sono diminuite da 762 miliardi di US\$ a 690, poi hanno cominciato a crescere. Nel 2002 sono state stimate in 784 miliardi, superando il livello del 1993. Le spese militari hanno raggiunto 956 miliardi nel 2003, rappresentando il 2,3% del prodotto lordo globale, e supereranno probabilmente un trilione di US\$ nel 2005. Questa cifra è circa 20 volte il livello degli aiuti dati allo sviluppo”²⁰.

Gli aiuti, a loro volta, non sono esenti da critiche. È stato calcolato che per ogni dollaro che ricevono i paesi poveri per la lotta contro le malattie, essi ne perdono due a causa del commercio ingiusto. Un ulteriore depauperamento delle loro capacità di una lotta organica per la salute consiste nel trasferimento di molti medici e infermieri, cresciuti sul posto ed essenziali per la salute, dai servizi di sanità pubblica, che vengono smembrati, ai progetti indirizzati dai “benefattori” verso singole malattie, e in numero ancora maggiore si trasferiscono verso i paesi ricchi, che offrono maggiori retribuzioni. Questo fatto compromette l’esistenza di “sistemi di salute”, anche se è spesso positivo l’impegno di molti soggetti, istituzioni e organizzazioni private, fondazioni benefiche e associazioni di volontari, che agiscono nei luoghi di maggiore bisogno. Purché questo non generi dipendenza.

Nuove opportunità

Molte novità promettenti sono tuttavia emerse negli ultimi anni. Una delle principali è l’accresciuta consapevolezza e capacità di reazione di fronte alle ingiustizie e ai rischi collettivi, espressa con molta efficacia del *New York Times* quando vi furono le straordinarie manifestazioni di opposizione alla guerra contro l’Iraq: “Una nuova superpotenza è apparsa sulla scena: l’opinione pubblica”. Un altro fatto positivo è l’accresciuto interesse verso la tutela e l’arricchimento dei *beni comuni globali* come l’acqua, l’ambiente e la conoscenza, che sono indivisibili, insostituibili e spesso irriproducibili e che sono fra i principali fattori determinanti della salute. Dico *comuni*, e non

statali, perché questi beni appartengono ai popoli, e oltre a noi appartengono alle future generazioni.

Su questo terreno sono stati ottenuti parziali successi. Per l'acqua, mentre l'Organizzazione Mondiale del Commercio continua a insistere sulla privatizzazione del servizio (e della risorsa stessa), c'è in molti paesi, compresa l'Italia, la tendenza opposta: verso una gestione pubblica. Un caso emblematico è successo a Cochabamba, in Bolivia, prima delle recenti elezioni. L'acqua era stata privatizzata, col concorso di società multinazionali (anche europee), erano state raddoppiate le tariffe e come risultato un terzo della popolazione era rimasta a secco. Quattro mesi di lotte, che suscitarono ampia solidarietà in America latina, portarono alla decisione di rimunicipalizzare il servizio. Le multinazionali chiesero allora 25 milioni di dollari di indennizzo, poi dovettero recedere per evitare di perdere l'immagine. Anche per i farmaci, che in caso di gravi epidemie come l'AIDS e la malaria devono essere considerati un bene comune essenziale, in molti paesi del sud si è riusciti a infrangere la rigidità dei brevetti delle multinazionali farmaceutiche e ad aprire la via a produzioni nazionali più accessibili. La nuova superpotenza si è fatta sentire più volte.

Questi esempi sono l'espressione di un fenomeno più ampio: la crescente influenza, nell'economia e nella politica internazionale, di molte nazioni del Sud del mondo, che per molti decenni erano state costrette all'afonia o avevano parlato con voci flebili e divise: erano quasi uscite di scena. A questo si associa lo sviluppo intenso della cooperazione fra Sud e Sud nei commerci, nell'energia, nella conoscenza, nella salute, e l'emergere di orientamenti e di governi progressisti in nazioni grandi e piccole, dall'India al Brasile a molti altri paesi dell'America latina.

Un'altra speranza è stata accesa dalla solenne dichiarazione, approvata nell'anno 2000 dalle Nazioni Unite, che proclama gli obiettivi di sviluppo del Millennio (*Millennium Development Goals* - MDGs), tra i quali sono posti in primo piano aspirazioni essenziali: dimezzare la fame e la povertà estrema, garantire a tutti i bambini l'istruzione primaria, eliminare nelle scuole la discriminazione di genere, ridurre di due terzi la mortalità infantile e quella fino a cinque anni, dimezzare l'AIDS e invertire l'espansione della malaria, garantire la sostenibilità ambientale.

Gli obiettivi sono riguardati al 2015, ma l'analisi compiuta dopo cinque anni dal coordinatore dei MDGs Jeffrey Sachs²¹ ha mostrato, insieme a qualche progresso, molti ritardi, che egli attribuisce a quattro fattori: fallimento della *governance*; trappole della povertà, dovute al fatto che “molti paesi ben governati sono troppo poveri per governarsi da sé”; sacche di povertà esistenti “anche in molti paesi a medio reddito, che hanno un gran numero di famiglie estremamente povere”; aree di trascuratezza, che esistono perché “molti politici sono ignari delle sfide e del da farsi, o trascurano esigenze essenziali”. Nell'Assemblea generale dell'ONU del settembre, aggiungo, si è dovuta constatare (con perdite, retrocedendo negli impegni verso i MDGs) un'azione frenante dei governi dei paesi ricchi verso i doveri collettivi. L'ambasciatore J. Bolton, in rappresentanza degli USA, ha perfino presentato la proposta (respinta) di eliminare ogni riferimento quantitativo degli obiettivi.

Già nell'impostazione del progetto peraltro, nobili scopi si sono intrecciati con omissioni e distorsioni. Non si parla di equità né di redistribuzione delle risorse. Una delle linee principali, la costruzione di sistemi di sanità pubblica, è stata trascurata, e a volte ostacolata da un'azione verticale rivolta disordinatamente verso singole malattie o gruppi di malattie, senza riferimento alle cause sociali che le influenzano o le determinano. Dopo aver analizzato gli orientamenti dei MDGs e l'attuale fase di applicazione, la Commissione OMS sui determinanti sociali della salute ha dovuto constatare che “se le cause radicali delle malattie continuano a essere sottovalutate dai politici, dai direttori dei programmi e dalla comunità dei donatori, è probabile che il raggiungimento di una maggiore equità e il progressi aggregati dei MDGs non saranno raggiunti”²².

Le scelte dell'Europa

L'Europa, e in particolare i paesi dell'Unione europea, hanno il vantaggio di un modello sociale sperimentato, più equo che in altre parti del mondo. Ma l'azione specifica svolta dall'Unione, come è percepita dai cittadini? Un'indagine svolta nel settembre 2005 dall'Agenzia *Eurobarometro* dell'UE ha posto come domanda ai cittadini: “Quali politiche vorreste attribuire all'UE piuttosto che agli Stati

nazionali?», e ha chiesto loro di pronunciarsi su tre campi d'azione: la lotta contro il terrorismo, la politica estera, le politiche sociali e sanitarie. La scelta verso la fiducia all'Unione europea ha registrato il 70% dei consensi per la lotta contro il terrorismo, il 60% per la politica estera, mentre quella per l'affidamento delle politiche sociali e sanitarie all'UE soltanto il 30%. Quando nel 2005 la maggioranza degli elettori francesi e olandesi, soprattutto quelli delle periferie urbane, votarono contro il Trattato Costituzionale europeo, essi più che la critica verso i 448 articoli del testo (un record fra le Costituzioni del mondo) intesero esprimere lo scontento verso la situazione sociale e le carenze dell'impegno dell'UE per la disoccupazione, l'erosione del modello sociale, le crescenti iniquità, il ruolo insufficiente e distorto delle istituzioni. Fra i 450 milioni di cittadini dell'Europa vi sono 60 milioni di disoccupati, e il 15% della popolazione è vicino o dentro la soglia della povertà.

Sui problemi della salute, l'UE ha prodotto buone norme tecniche sulla sicurezza e sull'igiene del lavoro, sugli standard ambientali, sulla qualità dei farmaci, sulla sicurezza degli alimenti, ma sul piano politico gli orientamenti vanno in senso divergente, e a volte opposto, rispetto alla linea dell'equità, della prevenzione, dei determinanti sociali delle malattie.

Ne ho avuto ora, dal Parlamento europeo, esperienza più diretta in vari campi. Quel che più mi ha colpito sul piano del linguaggio (che è sempre sostanza) e sul piano delle scelte culturali e morali, è che nei documenti proposti dalla Commissione europea, ma anche da molti deputati, la salute è considerata sistematicamente più come uno strumento che come un fine, cioè un bene vitale. Essa è valutata importante per raggiungere altri scopi: perché "favorisce la competitività" e perché "aiuta a vincere la competizione economica". Purtroppo anche i programmi riguardanti l'istruzione e la ricerca scientifica hanno come premessa obbligatoria quella di sottolineare che il sapere e lo scoprire sono in funzione dell'economia produttiva: non a caso la competenza in Parlamento è della Commissione ITRE, quella dell'industria, ricerca ed energia. Nei documenti europei, inoltre, vi è reticenza a sottolineare le condizioni storiche, ambientali, sociali e culturali in cui la popolazione vive, lavora e può soffrire per le malattie, è trascurata l'esistenza del 15% dei cittadini che sta

sulla o sotto la soglia della povertà, e sono obiettivi marginali i riferimenti ai determinanti sociali e l'esigenza una maggiore equità²³.

Un'altra deformazione, dovuta probabilmente alla pressione delle *lobbies* medico-farmaceutiche in cerca di clienti (professionisti) o di acquirenti (pazienti), è la corsa al rialzo delle cifre sulla diffusione di singole malattie. Facendo quasi per gioco la somma delle patologie elencate in tutte le statistiche elaborate dalle associazioni mediche specializzate, in appelli e in proposte di finanziamenti, ho scoperto con terrore (per me e per gli altri) che ogni europeo è affetto almeno da due malattie gravi e mezzo. Solo per le malattie mentali, in un documento della Commissione, che peraltro è ben orientato verso la de-istituzionalizzazione delle cure²⁴, si è scritto che il 28% degli europei "soffre di seri disturbi mentali". Quando la discutemmo in Commissione (eravamo circa cinquanta) sostenni che, se questo fosse vero, essendo noi deputati non solo rappresentanti in senso politico ma anche in senso statistico della popolazione europea, dovremmo avere tra di noi 14 di questi soggetti, e li invitai ad alzarsi; ma nessuno accolse l'invito.

Un altro aspetto delle politiche sanitarie dell'Unione consiste nel concentrare l'attenzione verso i rischi provenienti dall'esterno. Si parla spesso, perfino, di "malattie transfrontaliere", un'espressione che ci viene direttamente dall'Ottocento, quando nacque la sanità internazionale per la paura della peste e del colera che provenivano dall'Oriente. Ci fu allora un conflitto scientifico (ed economico) fra l'Inghilterra, la potenza coloniale che non voleva blocchi né quarantene delle navi che trasportavano le sue merci, e le altre nazioni, che proponevano i cordoni sanitari; e ci fu il saggio consiglio di Robert Koch: "La soluzione sta nel combattere le malattie dove hanno origine".

Per ciò che riguarda i servizi sanitari, infine, la direttiva sulla loro completa liberalizzazione, proposta dalla Commissione europea nell'aprile del 2004 per l'insieme dei servizi (compresi quelli di interesse generale), e chiamata Bolkestein dal nome di un Commissario al Mercato interno²⁵, rischia di compromettere il carattere di universalità che dovrebbero avere le funzioni pubbliche, come la sanità e l'istruzione. È di grande rilievo il fatto che, per contrastare o per correggere questa direttiva, vi siano state nei paesi europei numerose lotte e sia stata tenuta la più grande manifestazione di lavoratori mai

vista a Strasburgo, il 14 febbraio 2006. Il 16 febbraio, anche in conseguenza di questi movimenti, le votazioni del Parlamento europeo hanno introdotto nel testo modifiche sostanziali, in riferimento alla sanità e a temi simili; ma la questione rimane aperta, essendovi altri passaggi legislativi da compiere.

Rischi e possibilità

Le distorsioni che ho sommariamente analizzato fanno correre all'Europa il rischio di arretrare nella scala dei valori, di perdere il primato raggiunto già dalla fine dell'Ottocento con le scelte di sanità pubblica e consolidato poi nel Novecento, con i benefici del Welfare State e con gli orientamenti politici e legislativi tendenti verso una maggiore equità nell'accesso alle cure e nella salute. Le esperienze positive, per contro, potrebbero anche stimolare gli impegni europei nei confronti di altri paesi, allo scopo di affermare una maggiore equità nella salute, se e quando siano adeguate alle esigenze di altri popoli.

Fra queste esperienze, una delle migliori è quella della Svezia, che fin dai tempi di Olof Palme è stata in prima linea nei rapporti con le nazioni del Sud. La sua originalità sta nell'aver posto in modo esplicito, al centro delle proprie scelte per la salute, i fattori sociali che la in larga misura la determinano, promuovendo undici obiettivi: 1) partecipazione dei cittadini e loro influenza nella società; 2) sicurezza economica e sociale; 3) condizioni favorevoli durante l'infanzia e l'adolescenza; 4) vita lavorativa salubre; 5) prodotti e ambiente sani e sicuri; 6) assistenza sanitaria atta a promuovere la buona salute; 7) protezione effettiva verso le malattie infettive; 8) sesso sicuro e salute riproduttiva; 9) maggiore esercizio fisico; 10) abitudini alimentari sane e cibo sicuro; 11) uso ridotto di alcool e di tabacco e liberazione dalle droghe.

Le condizioni di partenza sono sempre diverse, e in moltissimi paesi sono assai meno favorevoli. La consapevolezza delle ingiustizie sta però creando, in paesi ricchi e poveri, le condizioni di una svolta, che è basata secondo i casi sull'impegno dei governi, sull'attività delle amministrazioni locali, sulle iniziative della società civile, sulle lotte dei lavoratori, su movimenti sociali e culturali animati da valori morali.

In sostanza la “nuova superpotenza”, oltre che farsi sentire come espressione dell’opinione pubblica, tende ad aggregarsi, a elaborare analisi, a organizzare esperienze significative, a presentare progetti alternativi come in Italia il *Manifesto per l’equità*, promosso dall’Associazione di epidemiologia, e come il rapporto alternativo *Global Health Watch 2005-2006*, elaborato col sostegno del People’s Health Movement, da Medact (Londra) e Global Equity Gauge Alliance (Durban). La pubblicazione (Zed Books, Londra 2005) documenta molte condizioni sanitarie inaccettabili, sottolinea il peso collettivo della povertà e delle ingiustizie, e propone nuovi modelli di politiche sanitarie basate sulla partecipazione, in cui la buona salute diventi parte integrante dei diritti di cittadinanza e sia garantita come “bene pubblico comune”. La prima esigenza è che gli attuali regimi globali, creati per sostenere il sistema globale della finanza e del commercio, siano bilanciati da un contratto sociale altrettanto globale a beneficio dei popoli.

Note bibliografiche

¹ Henry E. Sigerist, *Civilization and Disease*, The University of Chicago Press, Chicago 1943.

² Papyrus Sallier, 2, 4, 6 and f, *Ibidem*, p. 45.

³ L.R. Villermé, *Rapport fait par M. Villermé et lu à l’Académie de Médecine, au nom de la Commission de Statistique, sur une série de tableaux relatifs au mouvement de la population dans le douze arrondissements municipaux de la ville de Paris pendant les cinq années 1817, 1818, 1919, 1920 et 1921*, Paris 1826.

⁴ D. Porter, *Public Health*, in W.F. Bynum, Roy Porter (eds.), *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*, Routledge, London 1993, volume 2, pp. 1239-1240.

⁵ D. Porter, *Health, Civilization and the State. A History of Public Health from Ancient to Modern Times*, Routledge, London and New York 1999, pp. 106-107.

⁶ Cfr. per esempio: F. Engels, *Die Lage der arbeitenden Klassen in England*, ed. Otto Weigand, Lipsia 1845.

⁷ T. McKeown, *The Modern Rise of Population*, Academic Press, New York 1976.

⁸ Questa attività cominciò nei paesi anglosassoni alla fine dell’Ottocento, si diffuse in Germania e altrove, e in Svezia proseguì in forme e con giustificazioni diverse fino al 1975, quando venne a cessare per decisione di Olof Palme. Cfr. L. Dotti, *L’utopia eugenetica del welfare state svedese (1934-1975)*, Rubbettino, Catanzaro 2004.

⁹ Per la critica a questi orientamenti della biopolitica cfr.: G. Agamben, *Homo sacer. Il potere sovrano e la nuda vita*, Torino 1995, e R. Esposito, *Biopolitica e filosofia*, Einaudi, Torino 2004.

¹⁰ L. Paggi, *Un secolo spezzato, La politica e le guerre*, in “Parole chiave”, n. 12, pp. 71-107.

¹¹ *Ibidem*, pp. 94-97.

¹² J. Bertillon, *Mouvements de population et causes des décès selon le degré d'aisance à Paris, Berlin et Vienne*, Relazione al X Congresso internazionale di igiene e demografia, in *Atti del Congresso*, Paris 1900, pp. 961 e seguenti.

¹³ Una sintesi fu presentata l'anno dopo al Congrès mondial des médecins pour l'étude des conditions actuelles de vie, Vienna, 23-25 maggio 1953, con il titolo *La mortalité dans les différents quartiers de Rome en temps de paix et en temps de guerre*, e riproposta poi in G. Berlinguer, *Malaria urbana. Patologia delle metropoli*, Feltrinelli, Milano 1976, pp. 63-99.

¹⁴ Cfr. il documento *Learning from past experiences*, discusso nella prima riunione della CSDH, Santiago del Cile, 15-17 marzo 2005.

¹⁵ R. Bonita, A. Irwin, R. Beaglehole, *Promoting Public Health in the 21st Century: the role of the WHO*, in I.K. Awachi, S. Wamala (eds.), *Globalization and Health*, Oxford University Press, New York 2005

¹⁶ World Bank, *World Development Report: Investing in Health*, Oxford University Press, New York 1993.

¹⁷ R. Dahrendorf, *Le disuguaglianze di una società libera*, in "la Repubblica", 30 gennaio 2006.

¹⁸ J. Sachs, *La fine della povertà*, Mondadori, Milano 2005.

¹⁹ V. Shiva, *Così si condanna il Sud alla povertà*, nel mensile "Aprile", gennaio 2006.

²⁰ Rapporto sulla situazione sociale del mondo, ONU 2005.

²¹ J. Sachs (dir.), *Investing in Development. A practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals*, Millennium Project, New York 2005.

²² Sessione del 12-14 settembre 2005, Ahmadabad, India.

²³ Cfr. per esempio la proposta del Parlamento europeo, *Programma d'azione comunitaria (2007-2013): aspetti sanitari*, n. A 600-30, approvata il 16 marzo 2006.

²⁴ Commissione europea, *Green Paper: Imèproviong the Mental Health of the Population. Towards a Strategy on Mental Health for the European Union*, Bruxelles, 14.10.2005, (COM2005, 484 final).

²⁵ Parlamento europeo, *Direttiva del Parlamento e del Consiglio sui servizi mercato interno*, seduta del 16 febbraio 2006.

1.2. Le diseguglianze nella salute: definizioni, principi e concetti

di Angelo Stefanini*, Marco Albonico**
e Gavino Maciocco***

I determinanti della salute

Lo stato di salute di un individuo e – più estesamente – di una comunità o di una popolazione è influenzato, *determinato* da molteplici fattori. Lo studio dei *determinanti della salute* costituisce la base e la sostanza della sanità pubblica, perché consente di analizzare (e possibilmente modificare) i fattori che in varia misura influenzano l'insorgenza e l'evoluzione delle malattie.

Il modello¹, che presentiamo nella Figura 1, è espresso in una serie di strati concentrici, corrispondenti ciascuno a differenti livelli di influenza.

1. Al centro c'è l'individuo, con le sue caratteristiche biologiche: il genere, l'età, il patrimonio genetico.
2. Lo strato successivo riguarda il comportamento, lo *stile di vita*, degli individui, che includono fattori come l'abitudine al fumo e all'alcol, i comportamenti alimentari e sessuali, l'attività fisica, che possono promuovere o danneggiare la salute. Queste scelte – come vedremo in seguito – possono essere libere o condizionate.
3. Ma l'individuo non esiste da solo: egli interagisce con i familiari, gli amici, la comunità circostante. Così la qualità degli affetti e delle relazioni sociali influenza la qualità della vita delle singole persone e può determinare un diverso stato di salute sia attraverso meccanismi psicologici (la depressione e l'ansia), che attraverso condizioni materiali favorevoli o avverse (es.: la presenza o l'assenza di una rete di supporto familiare o sociale).
4. Il quarto livello concerne un insieme complesso di fattori che riguardano l'ambiente di vita e di lavoro delle persone: il reddito,

* Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Università di Bologna.

** Fondazione Ivo de Carneri, Torino.

*** Dipartimento di Sanità Pubblica, Università di Firenze.

l'occupazione, l'istruzione, l'alimentazione, l'abitazione, le condizioni igieniche, i trasporti e il traffico, i servizi sanitari e sociali.

5. Lo strato più esterno si riferisce alle condizioni generali – politiche, sociali, culturali, economiche, ambientali – in cui gli individui e le comunità vivono.

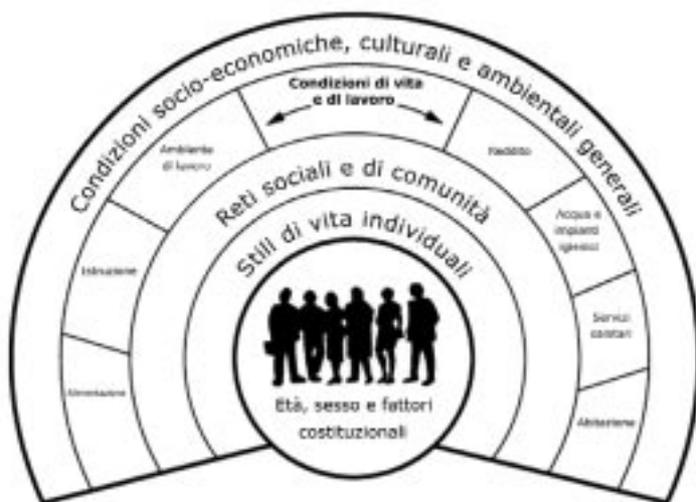


Figura 1. I determinanti della salute.

Di questa serie di *determinanti*, alcuni – le caratteristiche biologiche dell'individuo (il sesso, l'età, il patrimonio genetico) – sono immodificabili, mentre tutti gli altri sono suscettibili di essere trasformati o corretti. Il destino di salute di una persona, di una comunità o di una popolazione dipende quindi da una molteplicità di situazioni e di livelli di responsabilità:

- la responsabilità individuale circa i comportamenti e gli stili di vita;
- la responsabilità familiare o di gruppo circa le relazioni affettive e sociali;
- la responsabilità di una comunità o un governo locale o nazionale circa le politiche sociali, del lavoro e dell'assetto del territorio (da cui dipende la disponibilità e accessibilità dei servizi sanitari, sociali ed educativi, l'occupazione, la fruibilità delle infrastrutture);

- la responsabilità infine dei soggetti sovranazionali – come Nazioni Unite, Organizzazione Mondiale della Sanità, Banca Mondiale, Fondo Monetario Internazionale, Organizzazione Mondiale del Commercio, etc. – che hanno il potere di regolare i rapporti tra gli stati, tra gli stati e le imprese economiche e finanziarie multinazionali, e di influenzare i meccanismi macroeconomici che sono alla base della ricchezza e dello sviluppo di alcuni, e della povertà e del sottosviluppo di altri.

Quella che abbiamo descritto è una piramide di responsabilità molto schematica e semplificata; nella realtà i vari livelli di influenza sullo stato di salute sono strettamente correlati e interagiscono tra loro, ad esempio gli stili di vita sono fortemente legati al contesto familiare e sociale, che a sua volta è condizionato dalle condizioni di vita e di lavoro. Per questo motivo è impossibile individuare un *unico* fattore in grado di condizionare lo stato di salute di una persona o di una comunità: il diverso destino riguardo alla morbilità e alla mortalità degli individui e delle comunità, è il prodotto di un insieme di fattori strettamente correlati tra loro, quali istruzione, assistenza sanitaria, reddito, occupazione, tipologia dell’abitazione, situazione familiare, stili di vita.

Diseguaglianze e iniquità nella salute

Le diseguaglianze nella salute sono ovunque presenti; tra individui, tra differenti gruppi di popolazione e tra differenti aree geografiche. In molti casi queste sono inevitabili, perchè – ad esempio – determinate da fattori legati al patrimonio genetico o dovute all’esposizione casuale a un determinato agente patogeno; in altri casi le differenze sono addirittura necessarie, come le differenze tra uomini e donne o tra giovani e vecchi.

Il termine “iniquità” implica un aspetto morale ed etico. Si riferisce a diseguaglianze che sono non necessarie ed evitabili, e quindi da considerare ingiuste².

Margaret Whitehead³ descrive tre caratteristiche distintive che, se presenti contemporaneamente, trasformano le semplici diseguaglianze o variazioni dello stato di salute in iniquità in salute: la loro natura sistematica, la loro produzione sociale e la loro perversità. In

primo luogo, infatti, queste variazioni in salute non si presentano in modo casuale ma mostrano una distribuzione costante all'interno di una popolazione: per esempio, più si scende nella posizione socio-economica e più aumentano mortalità e morbilità. Questa distribuzione sociale della malattia è universale, anche se con grandezze e intensità variabili a seconda delle società prese in considerazione. In secondo luogo, queste variazioni in salute sono prodotte da processi sociali e non da fattori biologici. Che i figli delle famiglie più povere debbano morire con una frequenza doppia di quelli nati da famiglie ricche non dipende da leggi naturali immutabili. La società ed il modo in cui viene organizzata può invece essere oggetto di cambiamento. Infine, le diseguaglianze nell'accesso ai servizi essenziali e le discriminazioni sociali sono in genere considerate, dalla maggioranza della popolazione, inique e lesive del comune senso della giustizia.

È possibile quindi sostenere che molte delle diseguaglianze in salute tra i gruppi sociali sono ingiuste poiché riflettono una distribuzione ingiusta dei determinanti sociali di salute che ne stanno alla base (come l'accesso ad opportunità scolastiche, un lavoro sicuro, assistenza sanitaria, la rete delle relazioni affettive)⁴. D'altra parte, alcune opinioni tendono a negare qualsiasi ruolo alla ingiustizia sociale nella creazione delle diseguaglianze in salute. Il dibattito verte sostanzialmente attorno ai problemi del libero arbitrio e della responsabilità individuale nei riguardi della propria salute. Lo stile di vita (fumo, alcool, vita sedentaria, alimentazione non corretta) è stato chiamato in causa per definire alcuni comportamenti a rischio per la salute, ma se interpretato in modo riduttivo rischia di colpevolizzare la persona ("*victim blaming*"), di cui si dà per scontata la totale libertà di scegliere comportamenti a rischio. Coloro che sottolineano il primato della responsabilità individuale tendono a interpretare le diseguaglianze in salute come il risultato delle differenze dovute a libere scelte (per esempio, la decisione di cominciare a fumare o di dedicarsi ad un hobby rischioso), mentre i deterministi sociali vedono le stesse scelte come fortemente dipendenti da circostanze imposte e ingiuste (per esempio, la bassa scolarità che limita la capacità di recepire adeguatamente messaggi educativi o la particolare vulnerabilità della gioventù a più basso reddito alla pubblicità del tabacco).

Le cause delle cause

La medicina clinica si occupa delle cause più prossime (i determinanti “prossimali”) delle malattie (agenti infettivi, fisici, chimici) o dei fattori di rischio di specifiche patologie (es: l’aumento della glucosio e del colesterolo nel sangue, della pressione arteriosa). La sanità pubblica, per promuovere politiche e interventi di prevenzione, è alla ricerca delle cause delle cause (i determinanti “distali” delle malattie).

La povertà estrema. Nel mondo ogni anno muoiono oltre dieci milioni di bambini al di sotto dei 5 anni; il 98% di queste morti avviene nelle aree più povere del pianeta. Nei paesi più ricchi il decesso di un bambino è un evento raro (Svezia: 3 per 1000 nati vivi), mentre in Africa Sub-Sahariana o in nell’Asia Meridionale o nelle periferie delle megalopoli dell’America Latina è la normalità (Sierra Leone: 316 per 1000 nati vivi). La morte di questi milioni di bambini è direttamente attribuibile a un pugno di condizioni (problemi neonatali, diarrea, infezioni respiratorie, malaria, Aids) che hanno in comune la caratteristica di essere facilmente prevenibili e curabili⁷. Un gruppo di patologie che condividono anche la stessa catena di cause: 1) maggiore esposizione al rischio di malattia a causa della carenza/mancanza di servizi igienici e di acqua potabile, ambienti abitativi degradati, inquinati e affollati, facilità di esposizione a punture di insetti; 2) bassa resistenza alle infezioni a causa della malnutrizione (circa il 50% dei decessi dei bambini di età inferiore ai 5 anni ha come concausa un deficit di alimentazione); 3) minore probabilità di essere raggiunti da interventi preventivi (vaccinazioni, vit. A, zanzariere impregnate di insetticida); 4) in caso di malattia difficoltà o impossibilità di essere curati in una struttura sanitaria a causa della lontananza o per mancanza di soldi (per pagare il trasporto, per pagare le cure); 5) le strutture sanitarie delle aree povere sono spesso poco attrezzate, con poco personale, meno preparato e motivato; 6) le famiglie di quei bambini sono molto povere, hanno un reddito infimo associato a un’altrettanto basso livello d’istruzione.

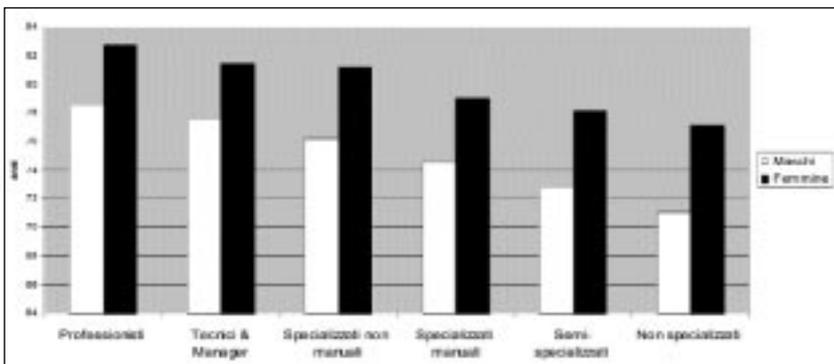
Vi sono diseguaglianze nella salute – come quella sopradescritta delle abissali differenze nella salute dei bambini – che affondano le loro radici nella povertà assoluta; povertà di reddito e di istruzione, di infrastrutture e di servizi sanitari.

La povertà relativa. Ma diseguaglianze nella salute sono evidenti e molto ben documentate anche in contesti lontani da condizioni di privazione assoluta. In Inghilterra esiste la consolidata tradizione di associare la causa di morte alla classe lavorativa del deceduto. Ciò consente di correlare differenti tassi di mortalità con l'appartenza ai diversi gruppi in cui si stratifica la società inglese*. Nel periodo 1930-1953 il gruppo più svantaggiato presentava un tasso di mortalità superiore del 20% rispetto al gruppo di popolazione più agiato; da allora il gap nel livello di mortalità si è progressivamente allargato: negli anni '90 il gruppo più svantaggiato socialmente ha registrato livelli di mortalità di quasi tre volte superiori rispetto alla fascia dei professionisti. Alla base di questa crescente e abissale differenza stanno la differenza di reddito (raddoppiato in termini reali negli ultimi dagli anni 60 agli anni 90 per il gruppo più ricco, e rimasto invece invariato per quello più povero⁶), il grado di istruzione e il tenore generale di vita (abitazione, ambiente di lavoro, rete di relazioni, alimentazione, stili di vita, etc.).

Quasi tutte le cause di morte presentano differenze a sfavore del gruppo più svantaggiato: le malattie cardiovascolari, i tumori (tranne il tumore della mammella), i suicidi e le cause violente. La differenza nella speranza di vita alla nascita tra i due gruppi – il più avvantaggiato socialmente e quello più svantaggiato – è di 6 anni per le donne e di quasi 7 anni per gli uomini (Figura 2). Differenze nella salute tra gruppi così distanti economicamente e socialmente non suscitano certamente sorpresa. Molto meno scontato è invece un altro fenomeno rappresentato dalla stessa Figura 2: a ogni livello della posizione sociale, chi sta in posizione più avvantaggiata presenta un profilo di salute migliore rispetto a chi sta in una posizione più svantaggiata. Così gli operai semispecializzati hanno un profilo di salute migliore dei manovali, ma peggiore degli operai specializzati manuali, e così via salendo nella scala sociale. Una graduatoria – questa basata sulle classi sociali – sistematica e ferrea che si replica anche riguardo ad

* La classificazione delle classi lavorative comprende: **I. Professionisti** (avvocati, medici, commercialisti, etc.); **II. Tecnici & Managers** (dirigenti, insegnanti, giornalisti, infermieri, etc.); **IIIN, Specializzati Non Manuali** (impiegati, cassieri, commessi, etc.); **IIIM, Specializzati Manuali** (falegnami, carpentieri, autisti, cuochi, etc.); **IV, Semispecializzati** (guardiani, operai, contadini, etc.); **V, Non Specializzati** (manovali, addetti alle pulizie, etc.).

altri indicatori: l'abitudine al fumo, l'abuso di alcol e droghe, il tempo dedicato all'attività fisica, la percentuale di soggetti obesi o sovrappeso. Il fenomeno è lungi dall'essere una specificità britannica; uno studio effettuato a Torino su diseguaglianze sociali e salute⁷ è giunto alle stesse conclusioni: "Quale che sia l'indicatore di posizione sociale impiegato – la classe sociale, l'istruzione, le caratteristiche dell'abitazione – il rischio di mortalità cresce in ragione inversa delle risorse sociali di cui gli individui dispongono".



Fonte: WHO/Europe, *The Solid Facts*, 2003

Figura 2. Speranza di vita alla nascita nelle differenti classi lavorative. Maschi e femmine. Inghilterra e Galles, 1997-1999.

Status syndrome. Uno studio longitudinale effettuato nel Regno Unito (*Whitehall Study*)⁸, della durata di 25 anni, ha analizzato l'andamento della mortalità tra i dipendenti pubblici (*civil servants*), rilevando che tanto più elevato era il livello di responsabilità nella gerarchia occupazionale, tanto più bassa era la mortalità. In particolare coloro che occupavano il secondo livello di responsabilità nella scala gerarchica avevano mortalità superiore del 25% rispetto ai massimi dirigenti; quelli del terzo livello una mortalità superiore del 60% e dell'ultimo livello dell'80%. Il differenziale di mortalità riguardava quasi tutte cause di morte, in particolare le malattie cardiovascolari.

Uno studio effettuato in Svezia ha dimostrato che coloro che erano in possesso del titolo di dottorato avevano una mortalità più bassa di coloro che avevano conseguito un master e questi ultimi una mortalità più bassa dei semplici laureati⁹.

In entrambi i casi non è possibile attribuire il diverso destino di salute a fattori legati alla deprivazione materiale, anche relativa. Il gradiente sociale nella salute non è neppure attribuibile a differenze nell'assistenza sanitaria; lo studio Whitehall, in particolare, ha dimostrato che più basso era il livello nella scala gerarchica dei soggetti, più elevato era il numero degli accertamenti cardiologici e degli interventi coronarici; in conclusione, non c'è stata alcuna evidenza di sotto-trattamento medico dei meno privilegiati. Anche differenti stili di vita e differenti livelli di pressione arteriosa, glicemia e colesterolemia – pur presenti tra i diversi livelli – spiegano solo per meno di un terzo le differenze nella mortalità cardiovascolare.

Quali fattori, quali altri determinanti entrano allora in gioco? L'epidemiologo inglese M. Marmot ha usato il termine *Status Syndrome*¹⁰ per definire una condizione di rischio per la salute provocata da una condizione di subordinazione nell'attività lavorativa che genera “*low control at work, lack of autonomy and low social participation*”. Lo scarso controllo del proprio lavoro, la perdita di autonomia e la bassa partecipazione sociale sono fattori associati con un aumento del rischio cardiovascolare, con maggiori assenze dal lavoro per malattia e maggiore incidenza di malattie mentali.

La plausibilità biologica di una tale ipotesi è ben descritta nel capitolo *Social organization, stress, and health* del libro *Social determinants of health*¹¹. Le reazioni [“*Fight-or-flight*” (“Combatti-o-fuggi”)] generate da una (relativa) bassa posizione sociale attiverrebbero a livello cerebrale due principali percorsi neuroendocrini – l'asse simpatoadreno-midollare e l'asse ipotalamo-pituitario-corticosurrenale – responsabili dell'ipertono simpatico (aumento della frequenza e della pressione cardiaca) e dell'eccesso di produzione di cortisolo. Una condizione che – se eccessivamente ricorrente e prolungata nel tempo – provocherebbe un maggiore rischio di andare incontro a malattie cardiovascolari, tumori, malattie infettive e all'accelerazione dei processi d'invecchiamento.

Le fasi precoci della vita. In ogni individuo, sin dai primi anni di vita, alla programmazione biologica si associa la programmazione sociale della persona, quella in cui si struttura l'identità e si sviluppa la capacità di gestire le relazioni sociali. Esistono studi che conforta-

no l'ipotesi di un'associazione tra condizioni di svantaggio nella prima età e mortalità prematura nella vita adulta. Per esempio, bassi livelli di crescita fetale e nei primi anni di vita, dovuti verosimilmente a malnutrizione della madre durante la gravidanza, sono associati in modo significativo ad un'alta mortalità per malattie cardiovascolari nei figli divenuti adulti¹². Un bambino nato da madre in buona salute e cresciuto in una famiglia benestante e meno esposto a rischi per la salute potrebbe godere di maggiori possibilità di successo in ambito scolastico, che favorirebbe un ingresso privilegiato sul mercato del lavoro e un adeguato sistema pensionistico¹³.

Un bambino nato da madre con maggiori rischi (dipendente da alcool e/o fumo, anemica per malattie intercorrenti o carenze nutrizionali, meno istruita) e con basso reddito è probabile che presenti uno sviluppo nutrizionale e cognitivo ridotto fin dai primi anni di vita, incontri minori opportunità scolastiche, si debba accontentare dei settori meno qualificati del mercato del lavoro dove scarse retribuzioni e/o ambienti insalubri si associano a minime o inesistenti coperture previdenziali. Questi processi sociali interagiscono con quelli biologici secondo svariati percorsi e caratterizzano una serie di condizioni che influenzano la vulnerabilità di un individuo o di una popolazione. Nella fase adolescenziale, poi, nascono quei comportamenti così pericolosi per la salute e per la futura "carriera" sociale, come le esposizioni a minacce infettive o tossiche, le dipendenze da sostanze e gli stili di vita pericolosi, che saranno tanto più difficili da modificare quanto più l'individuo è povero e poco istruito.

La posizione sociale di arrivo è quindi il risultato di questi processi, ma rappresenta anche il punto di partenza che produce risorse per l'individuo stesso, per la sua famiglia e per la comunità più allargata. È nelle condizioni di questo periodo della vita (infanzia e adolescenza) che intervengono quelle situazioni ambientali e di stress cronico che costituiscono i principali mediatori delle diseguaglianze nella salute in età adulta¹⁴.

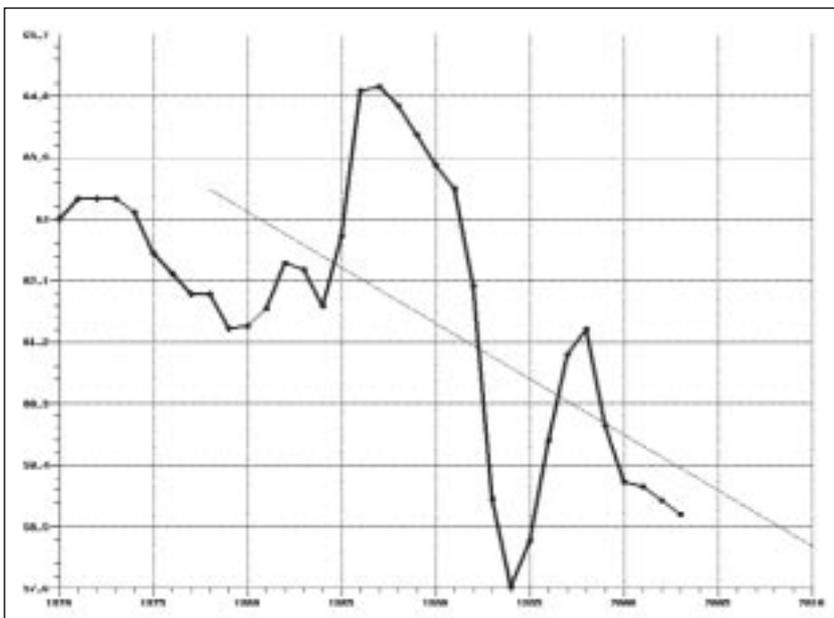
La coesione sociale. Amartya Sen ha analizzato i miglioramenti nella speranza di vita in Gran Bretagna dal 1901 al 1960¹⁵. Le decadi 1911-1921 e 1940-1951 (che includono le due guerre mondiali) ebbe-

ro i più rapidi incrementi nella speranza di vita. Queste decadi di rapida espansione della speranza di vita corrisposero tuttavia a una lenta crescita del PIL pro-capite proprio a causa degli eventi bellici. Sen attribuisce il rapido miglioramento dello stato di salute della popolazione alle politiche di supporto promosse dai governi di allora: la condivisione dei mezzi di sopravvivenza, inclusa la condivisione dell'assistenza sanitaria e delle limitate risorse alimentari (attraverso il razionamento e i sussidi nutrizionali). I radicali provvedimenti del governo britannico per l'equa distribuzione del cibo e dell'assistenza sanitaria risultarono estremamente efficaci perchè affrontarono le difficoltà materiali provocate dalla guerra, generando nel contempo un diffuso senso di coesione sociale tra la popolazione.

Vi sono molti indizi a sostegno della tesi che la coesione sociale allunghi la vita, in virtù dei meccanismi psico-sociali citati in precedenza. Un buon indicatore del livello di coesione sociale è una più equa distribuzione del reddito¹⁶. È stato osservato che le aree metropolitane statunitensi con maggiori diseguaglianze nel reddito hanno una più alta mortalità rispetto ad aree metropolitane con una più equa distribuzione del reddito, indipendentemente dal reddito medio dell'area metropolitana¹⁷. L'effetto socialmente corrosivo di forti diseguaglianze nella distribuzione del reddito si manifesta anche nell'aumento della violenza¹⁸ e del numero di omicidi¹⁹.

Il caso Russia da questo punto di vista è terribilmente esemplare. La Figura 3 mostra l'andamento della speranza di vita alla nascita nella popolazione maschile in Russia dal 1970 al 2003. Il primo crollo si registra a seguito del collasso dell'Unione Sovietica: a partire dalla seconda metà degli anni 80, nell'arco di pochi anni, la speranza di vita passa da 65 a 57 anni; dopo un periodo di miglioramento iniziato nel 1995, dal 1999 – in concomitanza con la grave crisi economica del 1998 – si registra una nuova rapida discesa che perdura fino all'ultimo anno disponibile (2003). L'eccesso di mortalità riguarda le malattie cardiovascolari e le cause violente (suicidi, omicidi, avvelenamenti da alcol, incidenti stradali). Con 994 morti per 100.000 abitanti la Russia detiene il primato mondiale del più alto tasso di mortalità per malattie cardiovascolari, il 56% di tutti i decessi nel paese. Pochi dubbi che tale situazione sia dovuta alla disgregazione della società russa seguita agli eventi dalla seconda metà degli anni

80: l'allargarsi della fascia di povertà e delle diseguaglianze del reddito, la pressochè totale scomparsa di ammortizzatori sociali, il senso di disperazione e di insicurezza che si è abbattuto su larga parte della popolazione.



Fonte: WHO/Europe, European HFA Database

Figura 3. Russia. Speranza di vita alla nascita, maschi. Anni 1970-2003.

Il ruolo dei servizi sanitari. Si discute molto sul ruolo dei servizi sanitari nel determinare la salute di una popolazione. Il peso complessivo degli interventi degli interventi preventivi (vaccinazioni, screening) e delle cure mediche sul miglioramento della sopravvivenza varia dal 20 al 50%^{20,21}. Gli interventi sanitari pesano di meno nelle malattie croniche, molto di più sulla mortalità materna e su quella neonatale.

In un tempo in cui – come dimostreranno successivi capitoli di questo Rapporto – le diseguaglianze nella salute tendono ad ampliarsi sia tra diverse aree del mondo, che tra diverse classi sociali, i servizi sanitari dovrebbero offrire maggiori servizi agli individui e al-

le popolazioni maggiormente danneggiate dalle condizioni sociali ed economiche di vita e di lavoro. “Per essere equo – afferma C. Perucci – un sistema sanitario dovrebbe essere fortemente diseguale, favorendo i gruppi di popolazione più deboli”²². Purtroppo, invece, vige ancora quasi ovunque la “Legge dell’assistenza inversa” (*The inverse care law*) coniata nel 1971 dal J.T. Hart: “la disponibilità di servizi sanitari di qualità varia inversamente con il bisogno di essi nella popolazione servita”²³.

I sistemi sanitari possono alimentare e rafforzare le disuguaglianze all’interno di una società o, all’opposto, rappresentare la piattaforma per combattere apertamente la povertà e promuovere l’equità. In ogni società l’assistenza sanitaria possiede una considerevole valenza etica poiché le modalità con cui le istituzioni sanitarie trattano la parte più vulnerabile della popolazione rappresentano un indice di come la società vede se stessa. Tollerare un servizio sanitario che emargina alcune categorie di persone significa legittimare l’esclusione sociale e accettare l’inevitabilità delle disuguaglianze. In modo analogo, anche l’interazione tra un sistema sanitario iniquo e le disuguaglianze socio-economiche è reciproca: i servizi sanitari costosi e diseguali impoveriscono coloro che dispongono di basso reddito rafforzando le disuguaglianze sociali. Le disuguaglianze, più in generale, si riflettono a loro volta nell’organizzazione sanitaria intensificandone la polarizzazione e la stratificazione.

Conclusion

Alcuni elementi generali caratterizzano il rapporto tra salute e società:

- 1) la perdita di salute non dipende solo da fattori biologici, fisici, chimici o genetici ma anche da cause sociali;
- 2) la condizione della malattia in individui o popolazioni è influenzata dalla collocazione sociale che ne influenza la frequenza, il decorso e l’esito;
- 3) Un welfare state che integri un sistema di sicurezza sociale ed un servizio sanitario nazionale pubblici è un valido modello per controllare le disuguaglianze e la salute complessiva della popolazione.

Le diseguaglianze sociali nella salute vanno riconosciute affrontate e risolte per ragioni di natura etica (perché sono ingiuste), politica (perché suscettibili di interventi politici), utilitaristica (perché i loro effetti colpiscono tutti) e di convenienza economica (perché gli interventi di contrasto possono essere costo-efficaci)²⁴.

Poiché i determinanti sociali della salute non sono necessariamente gli stessi che determinano le diseguaglianze sociali nella salute è bene ricordare che è teoricamente possibile promuovere politiche che migliorano gli indicatori medi di salute in un paese senza alterare il grado di disuguaglianza in salute esistente tra gruppi privilegiati e gruppi svantaggiati. Non è più sufficiente quindi per un governo porsi l'obiettivo di migliorare la salute (media) della propria popolazione²⁵. Per promuovere l'equità e ridurre l'inequità nella salute è necessario un processo non soltanto di continua "ugualizzazione", ma anche di priorità che tendano verso una maggiore giustizia. La ricerca della equità sociale nella salute, quindi, richiede la riduzione dell'eccesso di carico di malattia tra i gruppi più colpiti dalle diseguaglianze sociali in salute, in tal modo minimizzando le diseguaglianze sociali in salute e migliorando i livelli medi di salute globalmente.

Il messaggio forse più forte che si trae dalle ricerche disponibili è che l'osservare e lo studiare la salute dal punto di vista della società (anziché soltanto da quello del singolo individuo) conduce ad un approccio radicalmente differente nei confronti dei suoi principali determinanti. Oltre a studiare ciò che rende una persona più sana di un'altra, è necessario infatti indagare anche su cosa renda una società più sana di un'altra. Una tale prospettiva porta con sé profonde implicazioni politiche e di indirizzo da dare alle scelte pubbliche. Se il quadro risultante dagli studi su salute e diseguaglianze risulta almeno a grandi linee corretto, allora lo studio delle diseguaglianze nella salute dovrebbe rappresentare la priorità della sanità pubblica rendendo necessario affrontare la salute come un fenomeno tipicamente sociale. Una prima implicazione di politica sociale sarà quindi che, anziché tentare di isolare separatamente ciascun fattore di rischio nel tentativo poi di ricomporre l'intera gamma degli agenti eziologici che intervengono a livello delle classi sociali più svantaggiate, è probabilmente più efficace cercare di identificare a quale livello dei processi sociali poter intervenire in modo da incidere sulle

più comuni cause di mortalità e morbosità nel mondo moderno. Per favorire il processo di riduzione delle diseguaglianze è necessario che gli studi scientifici sull'associazione tra diseguaglianze socioeconomiche e salute non siano soltanto oggetto di rigorosa valutazione empirica ma siano anche resi accessibili ai decisori politici al fine di trovare soluzioni appropriate²⁶.

La persistenza della disuguaglianza come esperienza pratica quotidiana chiama prepotentemente in causa la questione dei diritti umani, della povertà, della condizione di migrante, del colore della pelle e del genere, e il loro impatto su salute e malattia. È in questo contesto che diritti umani, equità e salute sono diventati centrali nel Nord e nel Sud del pianeta, in quanto fanno riferimento a valori che riguardano la vita e la morte, l'uguaglianza sociale, la dignità e l'integrità della persona. È importante quindi indagare le relazioni reciproche tra salute e diritti umani, verso l'ipotesi di fondo che la promozione e la protezione dei diritti umani e della salute non sono soltanto complementari, ma fundamentalmente legati l'uno all'altro e quindi hanno un enorme potenziale e conseguenze pratiche per ciascuno di noi.

L'aspetto appassionante di questo nuovo linguaggio, il linguaggio dei diritti umani, è che è stato in grado di esporre e denunciare l'immoralità e la barbarie della moderna faccia del potere. Non possiamo prendere seriamente questo linguaggio se non consideriamo con preoccupazione la sofferenza che l'abuso o la violazione di questi diritti porta con sé. Povertà, guerra, degradazione ambientale, gli effetti deleteri della globalizzazione unilaterale e sbilanciata, la discriminazione, la malattia, l'analfabetismo e lo sfruttamento del lavoro sono soltanto alcune delle minacce al nostro diritto di essere umani di vivere in sicurezza e in dignità.

Note bibliografiche

¹ Department of Health, *Inequality in Health*, Report (Chairman: Sir Donald Acheson), The Stationary Office, London 1998.

² M. Whitehead, *The concepts and principles of equity and health*, World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen 1990.

³ M. Whitehead, *Ibidem*.

⁴ Woodward A, Kawachi I. Why reduce health inequalities? *J Epidemiol Community Health* 2000; 54: 923-9.

⁵ R. Black, S. Morris, J. Bryce, *Where and why are 10 million children dying every year?*, "Lancet", 2003, 361, pp. 2226-2232.

⁶ Department of Health, *Inequality in Health*, cit., p. 17.

⁷ G. Costa, M. Cardano, M. Demaria, *Torino, storie di salute in una grande città*, Ufficio di statistica, Osservatorio socioeconomico torinese, Città di Torino 1998.

⁸ C. Van Rossum et al., *Employment Grade Differences in Cause Specific Mortality: twenty-five Follow-up of Civil Servants from the First Whitehall Study*, "Journal of Epidemiology and Community Health", March 2000, pp. 178-184.

⁹ R. Erikson, *Why do graduates lives longer?*, in J.O. Johnsson, C. Mills (eds.), *Cradle to Grave. Life-Course Change in Modern Sweden*, Sociology Press, Durham, England 2001.

¹⁰ M. Marmot, *Status Syndrome*, "JAMA", 2006, 295, pp. 1304-1307.

¹¹ E. Brunner, M. Marmot, *Social organization, stress, and health*, in M. Marmot, R. Wilkinson, *Social determinants of health*, Oxford University Press, 2006.

¹² D. Barker et al., *Fetal nutrition and cardiovascular disease in adult life*, "Lancet", 1993, 341 pp. 938-941.

¹³ D. Kuh, Y. Ben-Shlomo, J. Lynch, J. Hallqvist, C. Power, *Life course epidemiology*, "J Epidem Community Health", 2003, 57 (10), pp. 778-783.

¹⁴ G. Costa, *I determinanti sociali*, in G. Costa, T. Spadea, M. Cardano (eds.), *Disuguaglianze di salute in Italia*, "Epidemiologia e Prevenzione", 2004, p 17.

¹⁵ A. Sen, *Lo sviluppo è libertà*, Mondadori, 2001, p. 55.

¹⁶ R.G. Wilkinson, *Ourselves and others - for better or worse: social vulnerability and inequality*, in M. Marmot, R.G. Wilkinson, *Social determinants of health*, Oxford University Press, 2006.

¹⁷ J.W. Lynch et al., *Income inequality and mortality in metropolitan areas of the United States*, "Am J Public Health", 1998, pp. 1074-1080.

¹⁸ C.C. Hsieh, M.D. Pugh, *Poverty, income inequality and violent crime: a meta-analysis of recent aggregate data studies*, "Criminal Justice Review", 1993, 18, pp. 182-202.

¹⁹ P. Fajnzylber, D. Lederman, N. Loayza, *Inequality and violent crime*, "Journal of Law and Economics", 2002, 45 (1), pp. 1-40.

²⁰ A.R. Tarlov, *Social determinants of health. The sociobiological translation*, in D. Blane, E. Brunner, R. Wilkinson (eds.), *Health and social organization*, Routledge, London 1996.

²¹ WHO, *World Health Report 2005*, Geneva 2005.

²² C. Perucci, *Prefazione al volume "Diseguaglianze di salute in Italia"*, a cura di G. Costa, T. Spadea, M. Cardano, "Supplemento di Epidemiologia e Prevenzione", Anno 28 (3), 2004.

²³ J.T. Hart, *The Inverse Care Law*, "Lancet" 1971, i, pp. 404-412.

²⁴ A. Woodward, I.J. Kawachi, *Why reduce health inequalities?*, "J. Epidemiol. Community Health", 2000, 54, pp. 923-929.

²⁵ Commission on Social Determinants of Health, *Towards a conceptual framework for analysis and action on the social determinants of health*, Discussion paper for the CSDH, Draft, 5 May 2005.

²⁶ M. Whitehead, *Diffusion of ideas on social inequalities in health: a European perspective*, "Millbank Quarterly", 1998, 76, pp. 469-492.

Parte Seconda

Le disuguaglianze nella salute tra nazioni

2.1. Il profilo globale delle diseguaglianze nella salute di Adriano Cattaneo* e Giorgio Tamburlini*

Introduzione

Alla luce della Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo, le differenze tra gli esseri umani (maschi e femmine, bambini e adulti, neri e bianchi, brasiliani e cinesi, cristiani e mussulmani, etc) non dovrebbero costituire motivo per disparità di accesso alle opportunità basiche, cioè alla protezione della propria salute, all'informazione, all'istruzione, al diritto di espressione, ecc.

Quando queste differenze tra alcuni gruppi di popolazione rispetto ad altri diventano misurabili e non sono il frutto di diverse suscettibilità genetiche (di peso nel complesso limitato e comunque anch'esse non esenti dall'influenza dell'ambiente) cominciano a sorgere dei problemi. Non solo perché queste iniquità sono inaccettabili, almeno per chi crede nell'universalità dei diritti umani, ma anche perché si associano a conflitti sociali, locali, nazionali e globali, con gravi conseguenze per la convivenza delle persone e dei popoli. L'iniquità, infatti, è diversa dalla disuguaglianza, e si verifica quando è la società civile stessa, attraverso le sue norme ed i suoi rappresentanti a negare, totalmente o parzialmente, eguali opportunità ad individui appartenenti a gruppi diversi.

Chiamiamo inique quelle norme e quelle politiche che risultano in deprivazioni di salute, istruzione o qualità della vita, in alcuni gruppi sociali rispetto ad altri, essendo, almeno il più delle volte, percepite correttamente come frutto dell'azione dell'uomo e non della natura. Le politiche di contrasto delle iniquità, o che promuovono l'equità, non sono quindi importanti solo perché soddisfano principi di giustizia, ma perché sono essenziali per promuovere e mantenere la pace sociale.

* Unità per la Ricerca sui Servizi Sanitari e la Salute Internazionale, Irccs Burlo Garofolo, Trieste.

La domanda che molti si sono posti negli ultimi anni, di fronte ad una rapida accelerazione dei processi di globalizzazione economica e culturale, è: questi processi fanno aumentare o diminuire le iniquità? Sono espressione di politiche eque o inique? C'è chi sostiene che, nel medio-lungo termine, la globalizzazione faccia bene all'economia globale e che, tra gli altri vantaggi, porti ad un miglioramento generale dello stato di salute¹. C'è chi dice, al contrario, che la globalizzazione fa male, anche a lungo termine, e che la salute del mondo, inteso come popolazione ed ambiente, sta peggiorando²⁻⁴. Com'è noto, con le statistiche si possono riportare affermazioni vere, ma parziali, che dicono solo una parte della verità, e che sono quindi parzialmente menzognere⁵. Se si riportano, per esempio, solo le medie generali (mortalità, speranza di vita, reddito, accesso ed uso dei servizi sanitari, etc.) si può affermare che, su scala globale, ci sono dei progressi. Se si scende nei particolari e si distribuiscono le medie generali per regione, genere, classe sociale o altri "stratificatori di equità"⁶, si osserva che c'è chi sta meglio e chi sta peggio, che in alcuni confronti tra popolazioni le distanze, le differenze, le disuguaglianze e le iniquità tendono a diminuire, mentre in altri tendono ad aumentare.

Molto dipende dalla definizione di disuguaglianza e dal periodo considerato. Branko Milanovic, un economista della Banca Mondiale, usando dati che gli permettono di stimare il coefficiente di Gini* in numerosi paesi dei cinque continenti dal 1820 al 2000, e considerando tre diverse definizioni di disuguaglianza di reddito:

- **tra paesi**, in cui l'unità di osservazione è un paese intero con il suo prodotto interno lordo (PIL) per abitante, indipendentemente dalla grandezza della sua popolazione;
- **internazionale**, in cui l'unità di osservazione è sempre il paese con il suo PIL per abitante, ma ogni paese pesa in base alla sua popolazione;

* Il coefficiente di Gini è una misura di disuguaglianza sviluppata dallo statistico italiano Corrado Gini nel 1912. La formula per il calcolo del coefficiente prende in considerazione la distribuzione in percentili del reddito di una popolazione, ma si può usare anche per disuguaglianze di altri parametri, oltre al reddito. Il coefficiente è un numero variabile tra 0 e 1, dove 0 corrisponde all'uguaglianza perfetta (tutti gli individui hanno lo stesso reddito) e 1 corrisponde alla disuguaglianza perfetta (un individuo accumula tutto il reddito mentre tutti gli altri non hanno nulla). L'indice di Gini è il coefficiente trasformato in percentuale.

- **globale**, in cui l'unità di osservazione è il singolo cittadino di ogni paese, con il suo reddito (o il suo consumo);

dimostra che questa è sicuramente aumentata fino al 1950 circa, per poi stabilizzarsi fino al 1980 e riprendere a crescere, anche se a velocità più bassa, negli ultimi due decenni del 1900⁷. Milanovic non esita ad affermare che questo livello di diseguaglianza è talmente alto da non poter non destare le preoccupazioni dei governi nazionali e delle agenzie internazionali; ed infatti il rapporto 2006 della Banca Mondiale afferma che non ci può essere crescita economica e sviluppo senza una riduzione delle diseguaglianze⁸. Danny Dorling e collaboratori giungono alle stesse conclusioni, per quanto riguarda l'aumento delle diseguaglianze, pur usando un altro metodo per definirle e compararle e pur limitando la loro analisi al periodo tra il 1950 ed il 2000⁹. La Figura 1 mostra come il loro indice di diseguaglianza stesse scendendo progressivamente dal 1950 al 1980, per poi impennarsi nuovamente. Non c'è da stupirsi: oltre la metà dei paesi dell'Africa subsahariana ha attualmente un PIL inferiore a quello di 20-30 anni fa e, a parità di potere d'acquisto, il rapporto tra PIL per abitante di un paese dell'Africa subsahariana rispetto a quello di un paese industrializzato è passato da 1:30 attorno al 1950 a 1:120 attorno al 2000. Il 5% più ricco della popolazione mondiale detiene oggi circa un terzo della ricchezza globale e guadagna in due giorni quanto il 5% più povero guadagna in un anno¹⁰.

È ben noto che il reddito, e la sua distribuzione, è uno dei determinanti principali dello stato di salute^{8 11}. Appurato che le diseguaglianze di reddito sono in aumento, vediamo come si comportano le diseguaglianze per quanto riguarda la salute e l'accesso ai servizi di salute. Per far ciò, useremo dati ed esempi provenienti, salvo diversa indicazione, da alcuni recenti rapporti annuali dell'OMS, dell'UNICEF e della Banca Mondiale^{8 12-18}. Raccomandiamo al lettore che, nel leggere questi dati, li confronti con i cosiddetti Obiettivi di Sviluppo del Millennio, approvati nel 2000, per il 2015, dall'Assemblea delle Nazioni Unite* ed illustrati in un altro capitolo di questo libro.

* <http://www.un.org/millenniumgoals/>

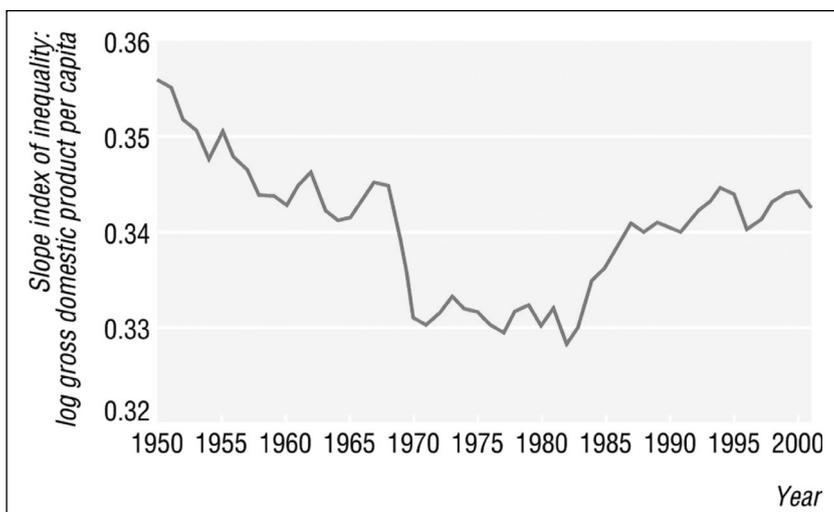


Figura 1. Andamento dell'indice di disegualianza tra il 1950 ed il 2000⁹.

Diseguaglianze e iniquità in salute

I migliori indicatori dello stato di salute di una popolazione sono essenzialmente due: la speranza di vita alla nascita e la mortalità nei primi 5 anni di vita (la mortalità nel primo anno di vita non essendo significativamente diversa da questa se non nei paesi più poveri). Li useremo quindi come indicatori guida per analizzare le diseguaglianze in salute.

La speranza di vita alla nascita, cioè il numero di anni che un neonato può aspettarsi di vivere se sottoposto ai tassi di mortalità specifici per età prevalenti all'epoca e nel posto in cui nasce, è un buon indicatore dello stato di salute generale di una popolazione (anche se, oltre i 65 anni, conta di più la qualità della vita che la sopravvivenza). Tant'è vero che il Programma delle Nazioni Unite per lo Sviluppo (UNDP) lo ha scelto, assieme al reddito per abitante ed al tasso di alfabetizzazione degli adulti, per formulare il cosiddetto Indice di Sviluppo Umano. Vi è una chiara associazione tra reddito per abitante e speranza di vita alla nascita: all'aumentare del primo aumenta la seconda. Vi è perciò un'enorme differenza tra la speranza di vita alla nascita dei paesi ricchi e quella dei paesi poveri. Vi sono anche enormi differenze tra paesi che hanno un reddito per abitante simile, soprattutto nella

fascia di paesi a basso reddito; ciò sta ad indicare che si può usare quel reddito in molti modi, più o meno efficaci nel promuovere la salute. Certamente non promuovono la salute le spese militari! A parità di reddito, hanno una speranza di vita più elevata quei paesi che investono di più in istruzione, soprattutto delle donne, ed in servizi sanitari, soprattutto se li rendono universalmente accessibili. Infine, sempre a parità di reddito, stanno meglio quei paesi nei quali il PIL è distribuito più equamente, nei quali cioè il gap tra ricchi e poveri è minore. Anche il gap nella speranza di vita alla nascita, come quello nel reddito, è in aumento, o per lo meno non sta diminuendo. La Figura 2 mostra l'andamento di questo indicatore nella seconda metà del 1900. Si noti il costante aumento in tutti i continenti, ed in particolare l'elevata velocità di crescita in Asia fino al 1965, dovuta principalmente ai progressi registrati in Cina e nelle altre "tigri asiatiche". Ma si noti anche la diminuzione in Africa a partire dal 1985, probabilmente dovuta in parte all'aumento della mortalità per AIDS, ma in parte anche alla stagnazione del reddito per abitante, fermo ai livelli del 1950.

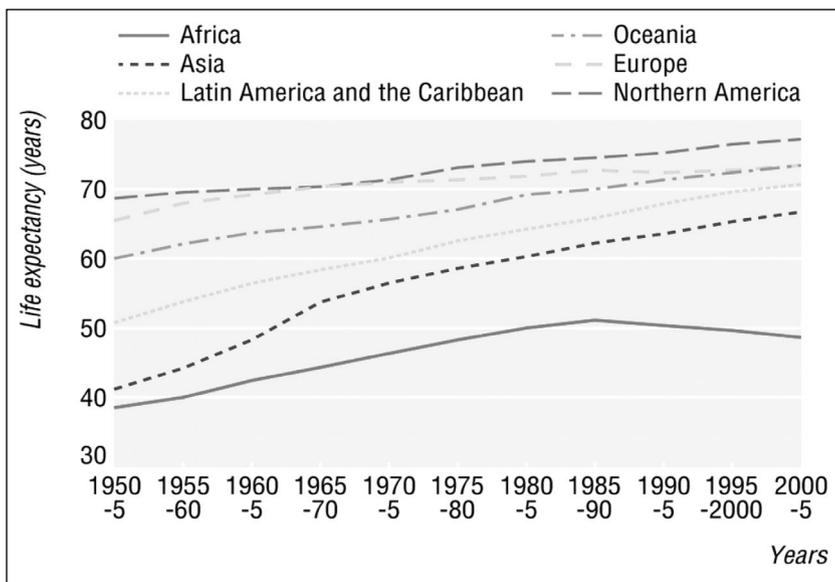


Figura 2. Andamento della speranza di vita alla nascita nei cinque continenti tra il 1950 ed il 2000⁹.

Le disuguaglianze riscontrate tra paesi le troviamo anche all'interno dei paesi, se compariamo la speranza di vita alla nascita per categorie economiche come il reddito (comparando per esempio il 20% più ricco con il 20% più povero della popolazione), o sociali come il genere, il livello d'istruzione o la provenienza (la speranza di vita degli immigrati, per esempio). Queste disuguaglianze tra paesi e all'interno dei paesi non le riscontriamo solo nella speranza di vita alla nascita, ma in qualsiasi altro indicatore di salute: mortalità, malattia, disabilità, malessere, nutrizione, qualità della vita. E le troviamo, quando le cerchiamo, in tutti i paesi del mondo, quelli poveri e quelli ricchi. Ma se è vero che la ricchezza e la povertà influenzano la salute, è vero anche il contrario: la salute può influenzare il reddito, in ragione sia della diminuzione della capacità produttiva conseguente a cattiva salute sia (e tanto più quanto il sistema manca di reti di protezione sociale) delle spese incorse per le cure. L'epidemia di AIDS, per esempio, ha non solo accorciato la speranza di vita in alcuni paesi africani, ha anche ridotto il loro PIL per abitante. Probabilmente perché l'AIDS colpisce soprattutto le fasce più giovani e produttive di una popolazione. Si tratta di uno sconvolgimento tale da avere riflessi a lungo termine sulla struttura demografica stessa di una popolazione, oltre che sulla crescita economica.

Le disuguaglianze cambiano nel tempo. La speranza di vita all'età di 15 anni (eliminando cioè le differenze dovute alla mortalità infantile e giovanile) nei 25 paesi dell'Unione Europea, per esempio, è aumentata da 58 a 64 anni tra il 1970 e il 2000. Nello stesso periodo, è aumentata da 58 a 59 anni negli altri paesi dell'Europa dell'est ed è addirittura diminuita da 57 a 54 anni nei paesi dell'ex URSS. La Figura 3 mostra come sia diminuita nel mondo la mortalità nei minori di 5 anni tra il 1990 ed il 2003; mostra anche quanto manca per raggiungere gli Obiettivi del Millennio. Come si vede, vi sono gruppi di paesi che hanno già raggiunto o quasi la meta: nell'Asia del Sudest, in Africa del Nord, in America Latina. Va ricordato tuttavia che queste regioni comprendono numerosi paesi, e non è detto che tutti mostrino gli stessi progressi. In America Latina, solo per fare un esempio, vi sono notevoli differenze tra la Colombia, dove la mortalità è diminuita moltissimo, la Bolivia, dove è diminuita meno, e paesi come Argentina e Haiti, ai due estremi di ricchezza e povertà in

quella regione, dove non è diminuita o è diminuita in maniera insignificante. La mortalità sotto i 5 anni è diminuita meno in altre regioni del mondo; è addirittura aumentata in alcuni paesi dell'Africa subsahariana, dopo aver avuto per decenni una tendenza alla diminuzione. Di questo passo, in queste aree del mondo, ma anche nei paesi dell'ex blocco sovietico, sarà difficile, se non impossibile, raggiungere gli Obiettivi del Millennio.

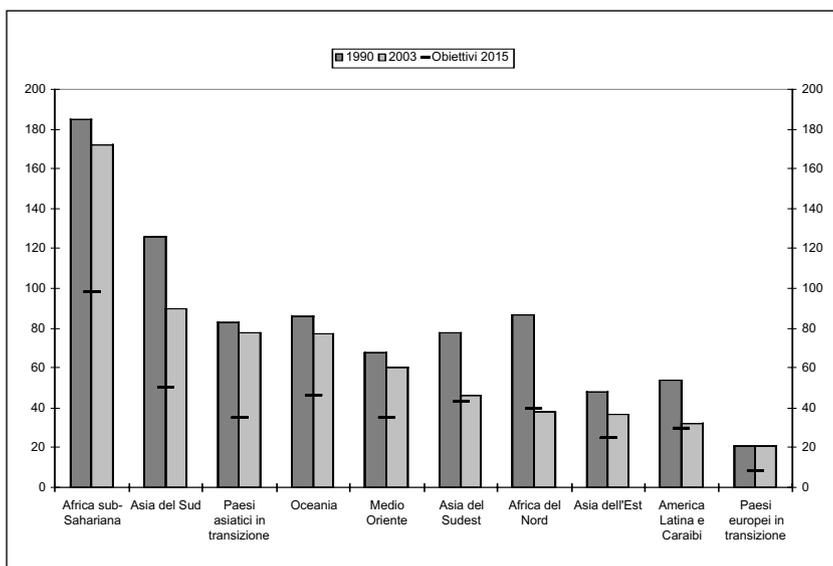


Figura 3. Mortalità sotto i 5 anni, tra il 1990 ed il 2003, in relazione agli Obiettivi del Millennio.

E non si creda che i paesi ricchi siano ormai immuni da fenomeni di questo tipo. Un recente studio dell'UNICEF mostra infatti come, in 17 dei 24 paesi dell'OCSE* per i quali vi sono dati disponibili, la proporzione di minori di 5 anni che vive sotto la soglia di povertà sia aumentata nel corso degli anni '90, dallo 0,5% della Finlandia al 4,3% della Polonia; è aumentata del 2,6% in Italia, fino a raggiungere il 16,6%¹⁹. Non è pensabile che questo aumento della povertà relativa non abbia prima o poi un riflesso sullo stato di salute di questi

* <http://www.oecd.org>

bambini, anche se in paesi come l'Italia in cui la povertà relativa è ancora lontana da situazioni estreme di carenza, e con un sistema sanitario relativamente equo, non è da attendersi che questo si rifletta sugli indicatori di mortalità, ma solo su altri indicatori (ad esempio di prevalenza di disabilità e malattie croniche).

Diseguaglianze e iniquità nei servizi di salute

Vi sono tante diseguaglianze negli indicatori riguardanti i servizi di salute quante ve ne sono negli indicatori di salute. A questo punto però dovremmo parlare solo di iniquità, perché le diseguaglianze nei servizi di salute sono evidentemente conseguenza di politiche economiche, sociali e sanitarie. Alcune di queste politiche hanno effetti globali in quanto ideate, sviluppate e messe in atto o, più crudamente, imposte da organi del governo globale quali la Banca Mondiale, il Fondo Monetario Internazionale, l'Organizzazione Mondiale per il Commercio, il gruppo dei paesi più ricchi (il G8). Altre sono frutto di decisioni prese da governi nazionali e locali. Solo un paio di esempi:

- Con i loro Piani di Aggiustamento Strutturale, Banca Mondiale e Fondo Monetario Internazionale impongono ai paesi poveri un tetto alla spesa pubblica per i servizi, soprattutto per la salute e l'istruzione. Appare in questi paesi contraddittorio raccomandare, come fa la Commissione dell'OMS su macroeconomia e salute²⁰, di aumentare considerevolmente questa spesa. Senza contare che tagli di questo tipo vanno sempre a scapito delle classi sociali più povere.
- Le stesse istituzioni hanno per anni raccomandato che i servizi per la salute e l'istruzione fossero a pagamento (*“L'approccio più comune all'assistenza sanitaria nei paesi in via di sviluppo è stato quello di trattarla come un diritto di cittadinanza e di tentare di fornire a tutti servizi gratuiti. Questo approccio di solito non funziona”*)²¹. L'Organizzazione Mondiale per il Commercio*, contemporaneamente, impedisce che farmaci essenziali coperti da brevetto, alcuni dei quali sono considerati salvavita, siano prodot-

* http://www.wto.org/english/tratop_e/trips_e/trips_e.htm

ti e distribuiti sotto forma di farmaci generici, cioè a prezzi più bassi. Quale sarà l'effetto di tali politiche sull'accesso ai farmaci per le famiglie più povere?

La madre di tutte queste iniquità è la disuguaglianza che riscontriamo quando compariamo la spesa sanitaria per abitante tra paesi. La Figura 4 mostra questo dato per un campione rappresentativo di diverse aree geografiche e di diversi livelli di reddito e di sviluppo. Inutile commentare le enormi disuguaglianze, tra gli oltre 5000 dollari degli USA, gli oltre 2000 dei paesi dell'Unione Europea, ed i pochi dollari per abitante disponibili nei paesi dell'Africa subsahariana. Ma mostra anche la proporzione di questa spesa sborsata direttamente dai cittadini mediante assicurazioni private o più spesso, soprattutto nei paesi più poveri, per pagare la prestazione al momento in cui la ricevono. Con l'eccezione degli USA, nei quali non ci stupisce l'elevata proporzione di spesa privata, e di Norvegia e Cuba, dove un'alta proporzione della spesa sanitaria è pubblica, la Figura 4 ci indica un fenomeno paradossale: sembrano essere soprattutto i cittadini dei paesi più poveri (e tra questi probabilmente i più poveri ed i più ammalati) a dover pagare direttamente ed in misura maggiore le prestazioni sanitarie.

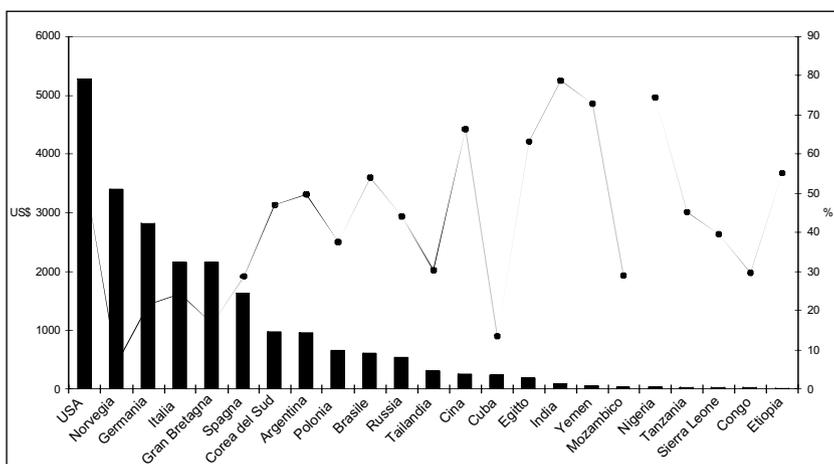


Figura 4. Spesa sanitaria annuale per abitante in diversi paesi e proporzione di questa spesa direttamente a carico dei cittadini (2002, in dollari USA a parità di potere d'acquisto)^{10,15}.

Si può migliorare l'efficienza quanto si vuole, ma è difficile pensare di poter offrire servizi di salute adeguati a tutti i propri cittadini con 5-10 dollari l'anno, come nella maggioranza dei paesi dell'Africa subsahariana. La Commissione dell'OMS su macroeconomia e salute stimava, nel 2000, che fossero necessari almeno 30 dollari per abitante l'anno per poter offrire un pacchetto di servizi essenziali²⁰. La Commissione raccomandava che, per arrivare in 15 anni a mettere a disposizione tale cifra nei paesi più poveri, gli stessi dovessero rivedere i propri bilanci e sistemi di tassazione per aumentare gli investimenti in salute. Avrebbero potuto in tal modo coprire circa la metà della cifra richiesta; l'altra metà non poteva che provenire dai paesi ricchi, mediante elargimenti a fondo perduto. Cinque anni dopo non vi è nessun segnale che mostri che si stia procedendo in questa direzione: i paesi dell'Africa subsahariana se la devono cavare con la stessa manciata di dollari.

Non stupisce allora che, tanto per fare un esempio relativo ad uno degli Obiettivi del Millennio, la percentuale di parti assistite da personale qualificato sia ancora molto bassa in molte regioni del mondo e non sia cresciuta affatto in Medio Oriente e nell'Africa subsahariana dal 1990 al 2003 (Figura 5). In molti paesi è addirittura diminuita. Non si è quindi ridotta la mortalità materna a livello globale; qualche riduzione c'è stata nei paesi dove l'indice era già relativamente basso, mentre, con poche eccezioni, non si rilevano cambiamenti nei paesi ad alta mortalità, anche perché non sono cambiati i principali determinanti sociali, quali il livello d'istruzione delle donne. Tanto che le stesse Nazioni Unite dubitano che sia possibile raggiungere gli Obiettivi del Millennio, anche se da ora al 2015 si dovesse verificare un grande aumento della percentuale dei parti ben assistiti²². Un ragionamento simile si potrebbe fare per molti altri indicatori di copertura con servizi sanitari essenziali: le vaccinazioni, il controllo delle malattie più comuni, la terapia dell'AIDS, della malaria e della tubercolosi, le cure essenziali per i neonati.

Con pochi dollari per abitante a disposizione è difficile avere un numero sufficiente di operatori sanitari in relazione alla popolazione. È difficile acquistare un'adeguata quantità di farmaci essenziali. Non si riesce a coprire la spesa sanitaria corrente, per non parlare degli investimenti in conto capitale. La scappatoia di far pagare una

parte delle prestazioni direttamente agli utenti, politica imposta a molti paesi poveri dalla Banca Mondiale e dalla stessa UNICEF con la sua Iniziativa di Bamako*, si è rivelata un disastro in termini di equità, perché escludeva (e continua ad escludere dove non si è fatto un passo indietro) da cure essenziali i più poveri, cioè proprio coloro che più ne hanno bisogno²⁴⁻²⁶.

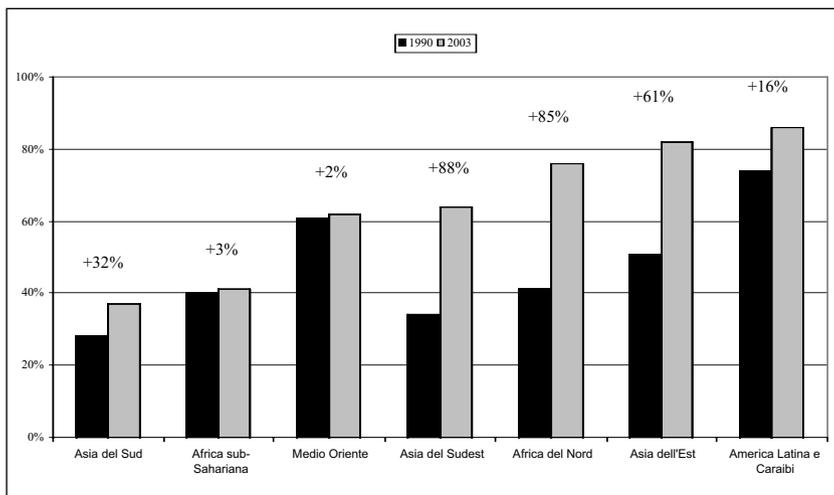


Figura 5. Cambiamenti nella percentuale di parti assistiti da personale qualificato tra il 1990 e il 2003^{16,23}.

Inoltre, il pagamento delle prestazioni sanitarie ha a sua volta conseguenze tragiche sulle economie delle famiglie più povere, impedendo di rompere il circolo vizioso della povertà o addirittura approfondendo il livello di povertà²⁷. Tant'è che la stessa Banca Mondiale ha ammesso l'errore e non chiede più ai paesi di applicare il pagamento a prestazione; chiede al contrario di applicare politiche per alleviare la povertà e le sue conseguenze, e raccomanda l'abolizione del pagamento a prestazione a quei paesi che vogliono avere accesso al suo credito²⁸. Ma quanti anni ci vorranno per garantire, in alcuni casi tornare a garantire l'accesso gratuito alle cure essenziali per i più poveri? E il danno causato nel frattempo non può certo essere sanato.

* http://www.unicef.org/media/media_11991.html

Diseguaglianze e iniquità nei determinanti di salute

Le diseguaglianze e le iniquità non riguardano solamente i servizi di salute. Riguardano anche determinanti di altro tipo che influenzano direttamente la salute. L'accesso al cibo, per esempio: tra il 1990 e il 2002 il numero di abitanti con cibo insufficiente è diminuito di 7 milioni in America Latina, di 12 nel Sudest Asiatico e di 47 nei paesi dell'Estremo Oriente; ma è aumentato di un milione nell'Africa del nord, di 8 nel Medio Oriente, di 15 nel subcontinente indiano e di 34 nell'Africa subsahariana²⁹. La Figura 6 mostra le variazioni nell'accesso a fonti d'acqua potabile tra il 1990 e il 2002. Vi sono stati dei miglioramenti, ma nell'Africa subsahariana oltre 300 milioni di persone non hanno a tutt'oggi accesso ad acqua pulita in quantità sufficiente. Si potrebbe fare lo stesso discorso per i sistemi di eliminazione degli escreti.

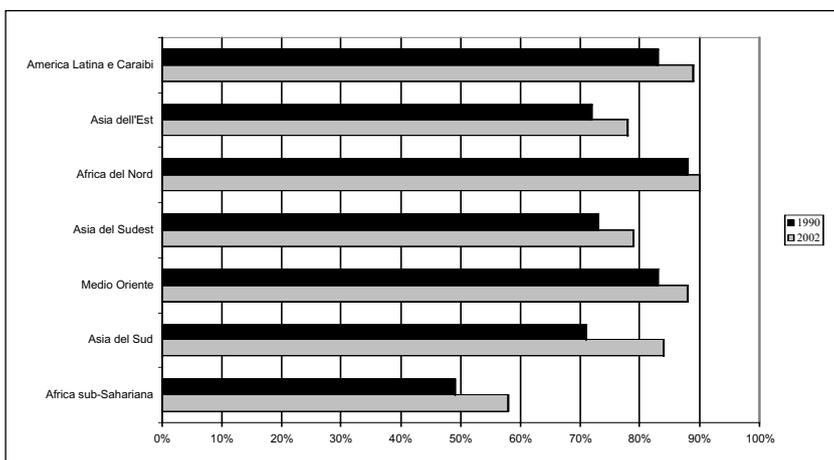


Figura 6. Variazioni della percentuale di persone con accesso ad acqua potabile nel mondo tra il 1990 e il 2002.

Che fare?

Gli attuali processi di globalizzazione economica e finanziaria sono la conseguenza di una lunga e vasta serie di decisioni e di politiche dei governi e delle organizzazioni internazionali che hanno agito sotto la spinta degli interessi strategici dei paesi più forti e delle

grandi imprese transnazionali. Questi stessi governi ed organizzazioni internazionali propongono ricette per alleviare le nefaste conseguenze delle loro politiche e decisioni: la povertà, la disuguaglianza, l'iniquità, e le loro conseguenze sulla salute. Ma con scarsa credibilità: quasi tutte queste ricette si rivolgono ai paesi poveri e, con l'eccezione di alcuni successi in progetti pilota di piccola estensione e di scarsa durata, non si può certo dire che abbiano portato a cambiamenti di rilievo. Lo sta a dimostrare il susseguirsi di incontri globali su diversi temi (ambiente, politiche sociali, aiuto allo sviluppo, problemi di genere, salute) che si concludono generalmente con una dichiarazione di intenti e con un impegno sottoscritto da numerosi capi di stato. Questi incontri o summit si ripetono a distanza di 5-10 anni e servono solo a constatare un fallimento totale o parziale delle decisioni e raccomandazioni sottoscritte in precedenza, a formulare nuove strategie che si riveleranno altrettanto inefficaci, a sottoscrivere nuovi impegni che non saranno rispettati, a spostare le scadenze.

Se si vuole veramente contribuire a ridurre disuguaglianze ed iniquità, ed a migliorare di conseguenza lo stato di salute dei cittadini dei paesi poveri, bisognerebbe puntare invece su politiche e raccomandazioni rivolte ai paesi ricchi:

- Evitare la carità o, in altri termini, tutte quelle proposte (come quella della Commissione dell'OMS su macroeconomia e salute) che mirano solo ad aumentare la quantità di briciole da far ricadere sui paesi poveri³⁰, e puntare invece sulla giustizia, soprattutto in termini di scambi commerciali.
- Usare l'aiuto allo sviluppo (quello 0,7% del PIL che i paesi ricchi si sono impegnati ad investire a questo scopo)* per sviluppare soprattutto politiche di contrasto alle disuguaglianze. Nel caso degli interventi per la salute, per agire soprattutto sui determinanti sociali, sulla promozione della salute e sull'*empowerment***.
- Evitare di dare con una mano e di togliere con l'altra; evitare cioè di sottrarre, mediante meccanismi commerciali o, per fare un esem-

* L'Italia attualmente, assieme agli Stati Uniti, è il paese che mette a disposizione la minore percentuale del suo PIL, meno dello 0,15%.

** Bisogna riconoscere che la Banca Mondiale, su questo tema, è cambiata e che negli ultimi 5 anni, almeno a parole, si è allineata su queste raccomandazioni.

pio nel settore salute, il cosiddetto “drenaggio di cervelli” (operatori sanitari che, dopo essersi formati nei paesi poveri a spese dei loro governi, emigrano nei paesi ricchi che acquistano così gratuitamente risorse umane altamente specializzate), risorse che i paesi a basso reddito potrebbero impegnare per l’attuazione di politiche più eque.

Ma anche le politiche di salute possono giocare un ruolo determinante; possono essere progressive, tendenti cioè a ridurre le disuguaglianze in salute e le iniquità dei servizi di salute, o regressive, tendenti a mantenere o aumentare disuguaglianze e iniquità. Ecco alcuni dei punti che potrebbero caratterizzare delle politiche progressive³¹:

- Analizzare gli indicatori di salute e di accesso ai servizi di salute usando degli stratificatori di equità o una lente di equità: reddito, residenza, genere, etc. ma anche tipo di beni e consumi individuali e famigliari^{32 33}. Ciò permette di valutare il gap tra ricchi e poveri, di verificare se aumenta o diminuisce, e di quanto e per quali indicatori. Le disuguaglianze e le iniquità, per esempio, sono più frequenti nelle cure secondarie che in quelle primarie³⁴.
- Agire sui determinanti primari, cioè più a monte, delle disuguaglianze e delle iniquità. Siccome la povertà è la causa primaria di cattiva salute, si devono identificare i meccanismi attraverso i quali ottiene i suoi effetti. In molti casi si tratta di alta esposizione a fattori di rischio quali mancanza d’acqua e d’igiene, abitazioni inadeguate, inquinamento dell’aria, lavori pericolosi ed ambienti insicuri. Attraverso una cattiva nutrizione e un inadeguato sostegno, la povertà determina anche una maggiore suscettibilità a infezioni, stress e violenza. Le azioni sui determinanti devono mirare a ridurre tali esposizioni e suscettibilità. È evidente la necessità di un coordinamento intersettoriale.
- Investire su un’offerta equa, ma anche sulla domanda di servizi. Negli anni ’60, il medico gallese Julian Tudor Hart aveva descritto la legge dell’assistenza inversa: *“La disponibilità di servizi sanitari di qualità varia inversamente con il bisogno di essi nella popolazione servita. Questa legge opera più decisamente dove l’assistenza medica è più esposta alle leggi del mercato, e meno dove questa esposizione è più ridotta. L’assistenza medica distribuita secondo le leggi*

*del mercato è una forma sociale primitiva e storicamente sorpassata, e ogni ritorno al passato non farebbe altro che ingigantire la maldistribuzione delle risorse mediche*³⁵. Sappiamo anche che l'estensione ai poveri di nuovi interventi sanitari avviene solitamente con un ritardo di anni, a volte di decenni³⁶. Ma le differenze nell'offerta di servizi non sono sufficienti a spiegare questi fenomeni. Ciò che manca, probabilmente, è la domanda di servizi da parte dei poveri, anche in presenza di un'offerta adeguata, per varie ragioni: scarsa capacità di coprire i costi diretti e indiretti dell'assistenza sanitaria, scarso accesso alle informazioni legato al basso livello d'istruzione, abitudini legate alla cultura ed alla tradizione, esclusione sociale. In tali contesti le politiche di salute devono tendere a rimuovere gli ostacoli alla domanda.

- Investire nei periodi di maggiore vulnerabilità lungo il corso della vita. I rischi cambiano con l'età e sono massimi durante la gravidanza, il parto e i primi mesi di vita, soprattutto nelle classi sociali più povere. Gli investimenti diretti a questi gruppi di età sono tra quelli con il miglior rapporto tra costi e benefici e con la maggiore potenzialità di agire sulle diseguaglianze e le iniquità. Contribuiscono anche a rompere il circolo vizioso tra malattia e povertà²⁰.
- Investire nelle malattie della povertà. Il termine indica di solito HIV ed AIDS, tubercolosi, malaria, ed altre malattie infettive e nutrizionali che hanno prevalenze molto alte nelle popolazioni più povere. Non bisogna però dimenticare i problemi perinatali, come accennato al punto precedente. La possibilità di concentrare risorse su programmi rivolti a singole malattie o problemi di salute dev'essere però attentamente valutata tenendo in considerazione il rischio di compromettere o squilibrare la capacità del sistema sanitario, ed in particolare dell'assistenza di livello primario, di fornire servizi integrati, preventivi e curativi, per tutte le malattie ed i problemi più importanti.
- Investire nei gruppi sociali più vulnerabili. Investire sui più poveri è probabilmente il modo più diretto per ridurre le diseguaglianze. Fornire migliori infrastrutture e servizi nei quartieri urbani e nelle aree rurali più povere, alle famiglie con bambini e disabili, o alle minoranze marginalizzate, può contribuire a mitigare gli effetti della legge dell'assistenza inversa. In generale, per l'alta pre-

valenza di malattie e problemi che possono essere prevenuti o curati a costo relativamente basso, gli investimenti per i gruppi sociali più vulnerabili sono più efficienti nel ridurre il carico globale di malattia²⁰. Tuttavia, non è frequente osservare investimenti di questo tipo. Innanzitutto perché i poveri non hanno voce e potere per influenzare la distribuzione di strutture e servizi. Poi perché può essere effettivamente difficile migliorare l'offerta di servizi nelle aree più povere, basti pensare a com'è difficile delocalizzare il personale sanitario. Infine, perché il costo assoluto, soprattutto se questi gruppi assommano ad una popolazione molto numerosa, è molto elevato, nonostante il rapporto favorevole tra costo ed efficacia. Gli interventi sono relativamente più facili quando i gruppi sociali più vulnerabili si concentrano in determinate aree geografiche³⁷. Reti di sicurezza sociale dovrebbero essere assicurate anche a individui e famiglie che, a causa di gravi malattie croniche o disabilità, vanno spesso incontro a spese per la salute sproporzionate al loro reddito.

- Assicurare l'accesso a cure di qualità. Si dimentica spesso che, alla fin fine, è la qualità dell'intervento sanitario a fare la differenza. Purtroppo, in molti servizi di salute, ospedali compresi, la qualità è così bassa che il mero accesso ai servizi non comporta migliore salute³⁸. Può succedere che i pazienti paghino, compresi pagamenti sottobanco, senza ricevere nulla in cambio o addirittura per essere sottoposti a trattamenti pericolosi³⁹. E non succede solo nel settore privato, spesso privo di regole e controlli. Ma anche la qualità delle cure dipende in parte da una domanda informata; utenti istruiti e ben informati sono in grado di ottenere servizi di migliore qualità o di scegliere tra i servizi disponibili quelli di qualità migliore.
- Usare obiettivi ed indicatori di equità. Non accontentarsi cioè delle medie, che, come diceva Don Lorenzo Milani, "son vigliacche", ma usare stratificatori di equità che permettano di misurare le variazioni nel gap tra ricchi e poveri.

I progressi sanitari più importanti nei paesi ricchi sono stati ottenuti con politiche che hanno affrontato in primo luogo la causa primaria, la povertà, e contemporaneamente le cause intermedie di esposizione e suscettibilità alle malattie⁴⁰. Gli interventi sanitari sono efficaci solo quando si impiantano sopra questo substrato. Questo

approccio è possibile solo se si considera la salute, ed i servizi di salute, come un diritto, e non come una merce o un bene di consumo. Consci di ciò, gli esperti in salute pubblica non dovrebbero dimenticare di indicare la strada maestra per migliorare la salute: ridurre le disuguaglianze con politiche macroeconomiche redistributive accompagnate da interventi di settore ed intersettoriali su agricoltura, istruzione, trasporti e salute. Le scorciatoie servono solo ad alleviare a breve termine le peggiori conseguenze della disuguaglianza e della povertà, non ad intraprendere la strada di miglioramenti permanenti.

Note bibliografiche

¹ D. Dollar, *Is globalization good for your health?*, "Bull. World Health Organ.", 2001; 79 (9), pp. 827-833.

² G.A. Cornia, *Globalization and health: results and options*, "Bull. World Health Organ.", 2001, 79 (9), pp. 834-841.

³ M. Weisbrot, D. Baker, E. Kraev, J. Chen, *The scorecard on globalization 1980-2000: its consequences for economic and social well-being*, "Int J Health Serv.", 2002, 32 (2), pp. 229-253.

⁴ People's Health Movement, GEGA, Medact., *Global health watch 2005-2006: an alternative World Health Report*, Zed Books, London 2005.

⁵ D. Huff, I. Geis, *How to lie with statistics*, W.W. Norton, New York 2005.

⁶ P. Braveman, *Health Disparities And Health Equity: Concepts and Measurement*, "Annu. Rev. Public Health" 2006, 27, pp. 167-194.

⁷ B. Milanovic, *The three concepts of inequality defined*, in B. Milanovic (a cura di), *Worlds apart: measuring international and global inequality*, Princeton University Press, Princeton, NJ 2005, pp. 7-12.

⁸ World Bank, *World Development Report 2006: equity and development*, The World Bank and Oxford University Press, New York, NY 2005.

⁹ D. Dorling, M. Shaw, S.G. Davey, *Global inequality of life expectancy due to AIDS*, "BMJ", 2006, 332 (7542), pp. 662-664.

¹⁰ United Nations Development Programme, *World resources 2005: making the wealth of nature work for the poor*, United Nations Development Programme, New York 2005.

¹¹ D. Leon, G. Walt, *Poverty, inequality and health*, Oxford University Press, London 2001.

¹² World Health Organization, *The World Health Report 2002: reducing risks, promoting healthy life*, World Health Organization, Geneva 2002.

¹³ World Health Organization, *The World Health Report 2003: shaping the future*, World Health Organization, Geneva 2003.

¹⁴ World Health Organization, *The World Health Report 2004: changing history*, World Health Organization, Geneva 2004.

¹⁵ World Health Organization, *The World Health Report 2005: make every mother and child count*, World Health Organization, Geneva 2005.

¹⁶ World Health Organization, *Health and the Millennium Development Goals*, World Health Organization, Geneva 2005.

¹⁷ UNICEF, *The state of the world's children 2004: girls, education and development*, UNICEF, New York 2004.

- ¹⁸ UNICEF, *The state of the world's children 2005: childhood under threat*, UNICEF, New York 2005.
- ¹⁹ UNICEF, *Child poverty in rich countries. Innocenti Report Card n. 6*, UNICEF Innocenti Research Centre, Florence 2005.
- ²⁰ WHO Commission on Macroeconomics and Health, *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*, WHO, Geneva 2001.
- ²¹ World Bank, *World development report 1993: investing in health*, Oxford University Press, Oxford 1993.
- ²² United Nations, *The Millennium Development Goals report 2005*, United Nations, New York 2005.
- ²³ United Nations Fund for Population Activities, *Maternal mortality update 2004: delivering into good hands*, UNFPA, New York 2004.
- ²⁴ V. Ridde, *Fees-for-services, cost recovery, and equity in a district of Burkina Faso operating the Bamako Initiative*, "Bull. World Health Organ.", 2003, 81 (7), pp. 532-538.
- ²⁵ B. Uzochukwu, O. Onwujekwe, *Healthcare reform involving the introduction of user fees and drug revolving funds: influence on health workers' behavior in southeast Nigeria*, "Health Policy", 2005, 75 (1), pp. 1-8.
- ²⁶ L. Gilson, *The lessons of user fee experience in Africa*, "Health Policy Plan.", 1997, 12(4), pp. 273-285.
- ²⁷ D. McIntyre, M. Thiede, G. Dahlgren, M. Whitehead, *What are the economic consequences for households of illness and of paying for health care in low-and middle-income country contexts?*, "Soc. Sci. Med", 2006, 62 (4), pp. 858-865.
- ²⁸ World Bank, *Response to a communiqué from Civil Society Organizations (Civil Society Global Policy Forum, Washington DC, April 20-22, 2005)*, World Bank, Washington DC 2005.
- ²⁹ United Nations Standing Committee on Nutrition, *5th Report on the world nutrition situation*, United Nations, New York 2004.
- ³⁰ A. Katz, *The Sachs report: investing in health for economic development - or increasing the size of the crumbs from the rich man's table?*, Part II, "Int J Health Serv.", 2005, 35 (1), pp. 171-188.
- ³¹ G. Tamburlini, *Promoting equity in health*, "Health Policy and Development", 2004, 2 (2), pp. 192-193.
- ³² P.A. Braveman, S.A. Egerter, C. Cubbin, K.S. Marchi, *An approach to studying social disparities in health and health care*, "Am J Public Health", 2004, 94 (12), pp. 2139-2148.
- ³³ D. Gwatkin, S. Rutstein, K. Johnston, R.P. Pande, A. Wagstaff, *Socio-economic differences in health, nutrition and population*, The World Bank, Washington DC 2000.
- ³⁴ D.R. Gwatkin, A. Bhuiya, C.G. Victora, *Making health systems more equitable*, "Lancet", 2004, 364 (9441), pp. 1273-1280.
- ³⁵ J.T. Hart, *The inverse care law*, "Lancet", 1971, 1 (7696), pp. 405-412.
- ³⁶ C.G. Victora, J.P. Vaughan, F.C. Barros, A.C. Silva, E. Tomasi, *Explaining trends in inequities: evidence from Brazilian child health studies*, "Lancet", 2000, 356 (9235), pp. 1093-1098.
- ³⁷ C.G. Victora, K. Hanson, J. Bryce, J.P. Vaughan, *Achieving universal coverage with health interventions*, "Lancet", 2004, 364 (9444), pp. 1541-1548.
- ³⁸ T. Nolan, P. Angos, A.J. Cunha, L. Muhe, S. Qazi, E.A. Simoes et al., *Quality of hospital care for seriously ill children in less-developed countries*, "Lancet", 2001, 357 (9250), pp. 106-110.
- ³⁹ G. Tamburlini, *Quality of paediatric hospital health services in Moldova*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2002.
- ⁴⁰ V. Navarro, C. Borrell, J. Benach, C. Muntaner, A. Quiroga, M. Rodriguez-Sanz et al., *The importance of the political and the social in explaining mortality differentials among the countries of the OECD, 1950-1998*, "Int J Health Serv.", 2003, 33 (3), pp. 419-494.

2.2. La salute materno infantile

di Maurizio Bonati* e Rita Campi*

Premessa

La grande promessa del nuovo millennio nell'ambito della salute globale è rappresentata dal *Millenium Development Goals* (MDGs) sottoscritto nel 2000 da 147 capi di Stato e approvato all'unanimità dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite¹. Otto gli obiettivi prioritari individuati per migliorare le condizioni sociali, sanitarie ed economiche delle popolazioni indigenti da conseguire entro il 2015, due dei quali specifici per la salute materno infantile: il 4° (ridurre di 2/3 la mortalità dei bambini di età inferiore ai 5 anni, MI5) e il 5° (ridurre dei 3/4 la mortalità materna, anche questa stimata nel 1990). Il tasso di mortalità materna e quello di mortalità infantile rappresentano quindi due degli indicatori specifici (di esito) per la valutazione degli obiettivi raggiunti dal MDGs.

L'importanza di tali indicatori, quali espressione sintetica dello stato di salute di una popolazione e di efficienza dell'assistenza materno infantile, è ampiamente riconosciuta. Infatti, i due indicatori rappresentano i traccianti dell'intero Rapporto 2005 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità "Le madri e i bambini devono contare di più"²: ogni anno circa 530.000 donne muoiono di parto o per cause a questo associate; 3,3 milioni di neonati nascono morti; oltre 4 milioni muoiono entro il loro primo mese di vita; 6,6 milioni di bambini muoiono prima del loro 5° compleanno. La maggioranza di queste morti si concentra nelle aree con meno risorse del mondo e potrebbe essere almeno ridotta poiché se ne conosce la causa princi-

* Laboratorio per la Salute Materno Infantile, Istituto di Ricerche "Mario Negri", Milano.

Il presente capitolo è un approfondimento di quanto delineato da A. Cattaneo e G. Tamburini nel capitolo "Il profilo globale delle disuguaglianze nella salute" a cui si rimanda, e la cui lettura dovrebbe precedere quella del presente capitolo.

pale: la povertà. Una povertà non solo economica (reddito delle famiglie), ma anche educativa (p. es., l'istruzione delle donne) e dell'organizzazione dei servizi (l'accesso universale ai servizi sanitari)³.

La mortalità materna

Si stima che nel mondo si verificano circa 211 milioni di gravidanze all'anno, di cui il 63% portano alla nascita di un bambino vivo, il 15% ad aborti spontanei o a nati morti e il 22% ad aborti provocati. La gravidanza e il parto, e le loro conseguenze, sono ancora le principali cause di morte, di malattia e di disabilità per oltre 300 milioni di donne in età riproduttiva del Sud del mondo, dove 529.000 di queste donne muoiono ogni anno (398 morti materne per 100.000 nati vivi). Il 67% delle morti avviene in 13 nazioni⁴, principalmente in Africa dove la mortalità materna è drammaticamente elevata con un tasso di 690 morti per 100.000 nati vivi è 5 volte quello dell'America centrale e 60 volte quello del Nord America e dell'Unione Europea (Tabella 1).

Tabella 1. Distribuzione dei tassi di mortalità materna (per 100.000 nati vivi) e infantile < 5 anni di vita (per 1000 nati vivi) per continente *.

Continenti (n. paesi)	Mortalità Materna (2000)	Mortalità Infantile (2003)
Americhe (35)	120 (6-880)** (Canada - El Salvador)	22 (6-118) (Canada - Haiti)
Nord America (2)	12 (6-17)	7 (6-8)
Centro America e Carabi (20)	140 (33-880)	23 (8-118)
Sud America (13)	110 (27-420)	27 (9-69)
Asia (35)	92 (5-740) (Kuwait - Nepal)	27 (3-140) (Singapore - Cambogia)
Europa (46)	19 (2-850) (Svizzera - Kazakistan)	7 (3-118) (Svezia - Tajikistan)
Unione Europea (25)	12 (2-38)	5 (3-12)
Europa restante (21)	36 (7-210)	21 (4-118)
Africa (51)	690 (24-2000) (Mauritius - Sierra Leone)	139 (15-284) (Seychelles - Sierra Leone)
Oceania (6)	8 (6-300) (Australia - Nuova Guinea)	21 (6-93) (Australia - Nuova Guinea)
Mondo (173)	110 (2-2000)	31 (3-284)

* dati elaborati da ref. 2; **mediana (min-max)

Ampia è la variabilità tra le nazioni i cui estremi sono rappresentati dai paesi europei (Svizzera: 2 per 100.000 nati vivi) e africani (Sierra Leone: 2000 per 100.000 nati vivi). Oltre alla mortalità bisogna inoltre contemplare le gravi sequele dei parti senza assistenza o non adeguatamente assistiti che sono rappresentate da: depressione e psicosi puerperale, incontinenza urinaria e prolasso uterino, cicatrici perineali e deficienze nutrizionali, ma in particolare le devastanti fistole ostetriche (causate da parti prolungati o con complicanze, che spesso si concludono con la morte del feto), che interessano più di due milioni di donne nel mondo (da 50.000 a 100.000 nuovi casi ogni anno).

La mortalità dei bambini

Nel mondo ogni anno muoiono 10,6 milioni di bambini al di sotto dei cinque anni così distribuiti: 1/4 nati morti (natimortalità), 1/4 morti nel primo mese di vita (mortalità neonatale), 1/4 morti tra il primo mese e l'anno di vita (mortalità postneonatale) e l'ultimo quarto dal 1° al compimento del 5° anno⁵. La maggior parte di queste morti è da attribuire a un numero limitato di condizioni – infezioni respiratorie, diarrea, malaria, morbillo, Hiv/Aids e cause neonatali – per le quali esistono interventi efficaci. La malnutrizione (nei suoi vari gradi e tipi) accentua il rischio di morire di queste malattie: metà di tutte le morti avvengono in bambini che sono sotto peso⁶. Anche per la MI5 il tasso maggiore lo si registra in Africa (139 per 1000 nati vivi) con una prevalenza 6 volte maggiore di quella delle Americhe, Asia e Oceania e 20 volte dell'intera Europa (7 per 1000 nati vivi) (Tabella 1). Circa il 90% delle morti per malaria e Hiv/Aids, oltre il 50% delle morti per morbillo e circa il 40% delle morti infantili per polmonite e diarrea avvengono nell'Africa sub-Sahariana. La MI5 nella gran parte dei paesi africani registra tassi superiori al 200 per 1.000 nati vivi (es. Somalia 225, Liberia 235, Angola 260, Sierra Leone 284) mentre nei paesi con maggiori risorse tale valore è generalmente inferiore a 5 per 1.000 (Singapore e Svezia 3). Nelle aree più povere del pianeta la mortalità è in crescita o stagnante, allargando le già abissali disuguaglianze nella salute tra Nord e Sud del mondo. Da una parte i paesi *on track*, in linea con le

prospettive di miglioramento, molti dei quali – i paesi industrializzati appartenenti all’OECD, *Organization for Economic Cooperation and Development* – con livelli di mortalità molto bassi o difficilmente comprimibili: un totale di 93 paesi, che rappresentano il 40% della popolazione mondiale (ma solo il 34% delle nuove nascite); dall’altra i 94 paesi che – partendo da livelli di mortalità molto elevati – registrano progressi troppo lenti (*slow progress*), di stagnazione (*stagnation*) o addirittura un peggioramento della situazione (*in reversal*); analogo andamento si osserva per la mortalità materna (Tabella 2). In particolare 19 nazioni versano in profonda crisi dove, negli ultimi lustri, gli scarsi risultati a difesa della salute hanno contribuito ad un peggioramento delle condizioni e aspettative di vita; e il target del MDGs per il 2015 non solo è illusorio, ma anche offensivo per questi popoli⁷.

Le cause

Poiché la precisione e la accuratezza dei dati correnti a livello locale sono influenzate dalla qualità dei sistemi di monitoraggio (spesso precari e approssimativi), le stime degli indicatori possono variare considerevolmente⁸. Le indicazioni che se ne possono trarre, sebbene utili, sono principalmente di ordine generale sottolineando la necessità di armonizzare i processi di raccolta dei dati e di stima degli indicatori affinché possano essere effettuate valide generalizzazioni⁹. Il rischio principale a cui si è esposti è che per molti contesti geografici i tassi di mortalità, p. es., siano di molto sottostimati rispetto alle condizioni reali. Analoga considerazione può essere fatta per i fattori causali di mortalità, sebbene questi evidenzino i bisogni sanitari più rilevanti di una popolazione (per frequenza e/o gravità) così da evidenziare i bisogni urgenti e indirizzare gli interventi, sia in termini di risorse da allocare che di strategie da perseguire. In tale contesto, le principali cause di mortalità materna sono costituite da cause dirette (emorragia post-partum, sepsi, eclampsia), indirette (anemia, malaria, epatite, tubercolosi e malattie cardiovascolari) e cause accidentali (complicazioni del travaglio)^{4,10}. Cause associate anche alle gravi sequele dei parti non adeguatamente assistiti tra le sopravvissute (grave anemia, infertilità, danni funzionali uro-genitali). L’inciden-

Tabella 2. Tasso di mortalità infantile <5 anni di vita (MI5; per 1.000 nati vivi) e di mortalità materna (per 100.000 nati vivi)*. Stratificazione di 187 nazioni in base ai miglioramenti raggiunti nel periodo 1990-2003.

	N. di nazioni	Popolazione (2003) ^a	N. nascite ^a (2000-2005)	MI5 ^b (1990)	MI5 ^b (2003)	N. di Morti <5 di vita ^a (2003)	Tasso di mortalità materna ^c (2000)	N morti materne ^a (2000)
<i>On track</i>	30 (OECD)	1.155.219 (18%) ^d	14.980 (11%)	22	13	190,5 (2%)	29	4,3 (1%)
<i>Slow progress</i>	63 (non-OECD)	1.386.579 (22%)	30.782 (23%)	78	39	1.200,5 (12%)	216	65 (12%)
<i>In reversal</i>	51	3.011.922 (48%)	58.858 (44%)	92	72	4.185,5 (40%)	364	212,9 (40%)
<i>Stagnating</i>	14	241.209 (4%)	7.643 (6%)	111	139	1.046,9 (10%)	789	59,9 (11%)
	29	487.507 (8%)	20.678 (16%)	207	188	3.773,9 (36%)	959	185,8 (35%)

* dati elaborati da ref. 2; ^a: migliaia; ^b per 1.000 nati vivi; ^c per 100.000 nati vivi; ^d distribuzione % della variabile

za dei singoli fattori varia tra le nazioni, con l'eccezione dell'Africa, in particolare la zona sub-Sahariana, che rappresenta uno stato di calamità per tutte le cause^{4,10-12}.

Le cause neonatali spiegano oltre 1/3 della MI5 e sono da attribuire principalmente a: infezioni (36%), prematurità (28%) e asfissia; nel 60-80% dei casi insorgono nei neonati sottopeso⁶. Infezioni respiratorie (principalmente polmonite), diarrea e malaria sono le altre cause più frequenti di MI5 e il profilo dell'incidenza varia con il contesto considerato, sia per ampie aggregazioni geografiche che per singole nazioni^{5,13,14}. Ma anche per la mortalità infantile è sempre l'Africa sub-Sahariana la regione che versa in uno stato di perenne calamità sanitaria^{13,14}.

Il contesto e l'assistenza sanitaria

Sia il contesto (la condizione socioeconomica, l'empowerment e l'educazione delle donne, le condizioni dell'ambiente, etc.) che l'assistenza sanitaria, sebbene in modo differente tra i vari paesi, influiscono sui tassi di mortalità. In particolare, la mortalità materna e la mortalità neonatale dipendono più dalla qualità dell'assistenza sanitaria e meno dal contesto, a differenza della MI5. I fattori di contesto da soli spiegano il 10-15% delle differenze tra i vari paesi nella mortalità materna, e il 24% nel caso della MI5; mentre gli indicatori di sistema sanitario spiegano circa il 50% delle differenze nella mortalità materna e di quelle nella mortalità neonatale, il 37% di quelle nella mortalità postneonatale e fino al 50% di quelle nella MI5. Tra i vari indicatori di sistema sanitario è la densità delle risorse umane che rappresenta il più importante fattore associato alla mortalità materna e dei bambini². Questo suggerisce che l'assistenza sanitaria, e in particolare la componente delle risorse umane, riveste un ruolo maggiore nello spiegare le differenze nella mortalità tra differenti paesi, rispetto ai fattori di contesto^{2,15}. Bisogna tuttavia considerare che il 20-25% delle differenze di mortalità tra i vari paesi non è a tutt'oggi attribuibile ad alcuna delle potenziali cause considerate,² quindi sia inferenze che generalizzazioni sui fattori di contesto e di sistema sanitario necessitano ancora di maggiori evidenze.

Vari indicatori di contesto (reddito per abitante, reddito e istru-

zione delle donne, accesso all'acqua potabile e ai servizi igienici essenziali) e di sistema sanitario (spesa sanitaria totale e pubblica per abitante, numero di medici e ostetriche per abitante, soddisfazione espressa dagli utenti) sono spesso utilizzati per descrivere il profilo della salute di una nazione. Inoltre, la ricerca si è sempre più prodigata alla identificazione di indicatori sintetici esplicativi della complessa interazione tra lo sviluppo economico, sociale e sanitario; tra questi: l'Indice di Sviluppo Umano (ISU) (Vedi Box)¹⁶⁻¹⁸.

Box - Lo sviluppo umano e gli indicatori di salute

Per quantificare il processo di sviluppo di un paese l'Agenzia delle Nazioni Unite per lo Sviluppo (UNDP) non solo pone attenzione alla crescita economica come misura del benessere di un paese, ma considera anche altre dimensioni. Il primo Rapporto sullo Sviluppo Umano dell'UNDP risale al 1990¹⁶ e costituisce uno strumento di riferimento per tutti coloro che si interessano di sviluppo e globalizzazione, avendo introdotto nella comunità della macro scienza e politica l'uso di un indice composito quale è l'ISU. L'ISU è un indice sintetico finalizzato alla misurazione dello sviluppo umano inteso come "ampliamento delle scelte degli individui". La sua struttura aggregativa estremamente semplice lo rende una misura universale sia per l'applicabilità sia per la diffusione. Sebbene nel corso degli anni le modalità di calcolo siano state modificate, le dimensioni dello sviluppo umano nel computo dell'ISU sono rimaste le stesse: longevità, risultati scolastici e standard di vita sono i tre aspetti ancora oggi inclusi. La longevità è sintetizzata dalla speranza di vita alla nascita la cui importanza è legata al valore che le persone attribuiscono a un viver lungo e sano che permette loro di realizzarsi, sviluppare le proprie capacità e portare a termine i propri progetti. L'istruzione è la sintesi di due diversi indicatori: il tasso di alfabetizzazione degli adulti e il rapporto di iscrizione congiunta ai livelli di istruzione primaria, secondaria e terziaria. Lo standard di vita è misurato con il PIL (Prodotto Interno Lordo) reale pro capite in dollari, a parità di potere d'acquisto per tener conto non solo del reddito ma anche del suo valore (potere d'acquisto). Per ciascuna variabile l'ISU stabilisce un valore minimo e uno massimo e ricava, per ciascun paese, un valore dell'indicatore in una scala che va da zero a uno. Il valore dell'ISU per ogni paese è quindi il risultato di una media aritmetica semplice dei tre indici sintetici. Il valore dell'ISU, compreso tra 0 e 1, indica quanto ciascun Paese si è avvicinato ai seguenti obiettivi: a) 85 anni di speranza di vita b) accesso all'istruzione per tutti

c) livello decente di reddito. Il valore teorico massimo dell'indice (ISU = 1) significa che il paese ha conseguito tutti gli obiettivi.

Ogni anno l'UNDP pubblica la classificazione dei valori di ISU più recenti delle 177 nazioni oggetto di monitoraggio sistematico circa gli andamenti temporali dello sviluppo tra le nazioni e per ogni singolo paese. Per alcune nazioni (p.es. l'Italia)^{17,18} la validazione e l'uso dell'indice sono proseguiti a livello locale: sono quindi disponibili i valori di ISU per l'ultimo decennio disaggregati per regione, stato o provincia.

Sviluppo umano vs mortalità materna e infantile

Con la visione dello sviluppo umano inteso come *wellbeing* ("lo star bene complessivo"), andando quindi oltre la sola dimensione monetaria, l'attenzione dagli indicatori economici si è spostata all'analisi delle possibili correlazioni tra l'ISU e alcuni indicatori di salute quali i tassi di mortalità materna e infantile, così da consentire di interpretare meglio i bisogni di salute della popolazione e le insufficienze del sistema assistenziale. L'elevata incidenza della mortalità materna e infantile è stata associata da tempo alla povertà, al basso livello educativo e alla scarsa disponibilità di servizi sanitari¹⁹. In tale contesto l'ISU rappresenta un buon predittore dei tassi di mortalità materna e infantile tra le nazioni²⁰, come anche l'analisi dei dati più recenti conferma (Figura 1). La Sierra Leone con un valore di ISU di 0,275 rappresenta la nazione meno "umanamente sviluppata" ha un tasso di mortalità materna di 2000 morti per 100.000 nati vivi, mentre la Norvegia che è la "più sviluppata" (ISU 0,942) ha un tasso di 10. Analoga distribuzione per il tasso di mortalità infantile: Sierra Leone 167, Norvegia 4.

La mancanza dei dati disaggregati per microaree geografiche, o la loro attendibilità quando questi sono disponibili, rendono difficoltose le analisi i cui risultati possono evidenziare le disuguaglianze anche all'interno di una nazione; è il caso, p.es., della Cina, del Brasile e dell'Italia.

In Cina (che è *on track*, in linea con le prospettive di miglioramento del MDGs) la situazione di disparità economica che esiste fra l'ovest e l'est del paese si riflette anche sulla distribuzione dei tassi di

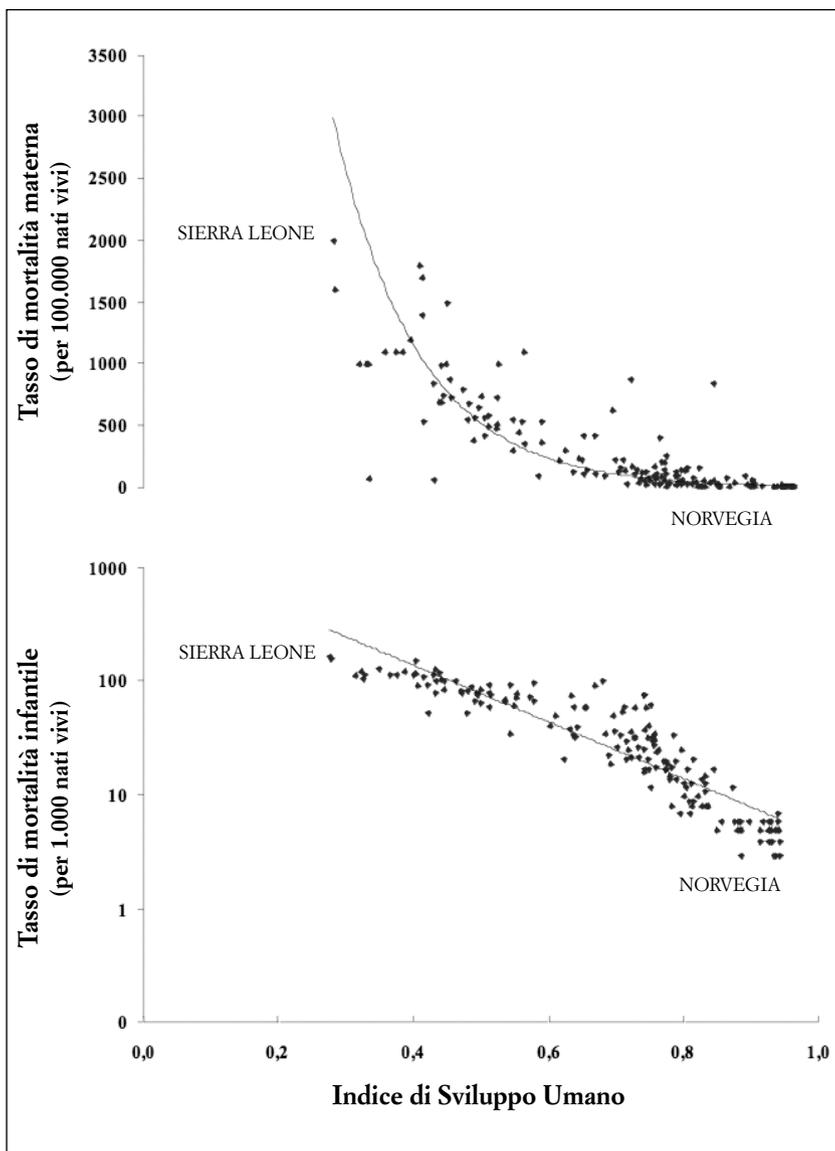


Figura 1. Distribuzione dei tassi di mortalità materna e mortalità infantile in relazione all'Indice di Sviluppo Umano nel mondo (dati elaborati da ref. 12-15).

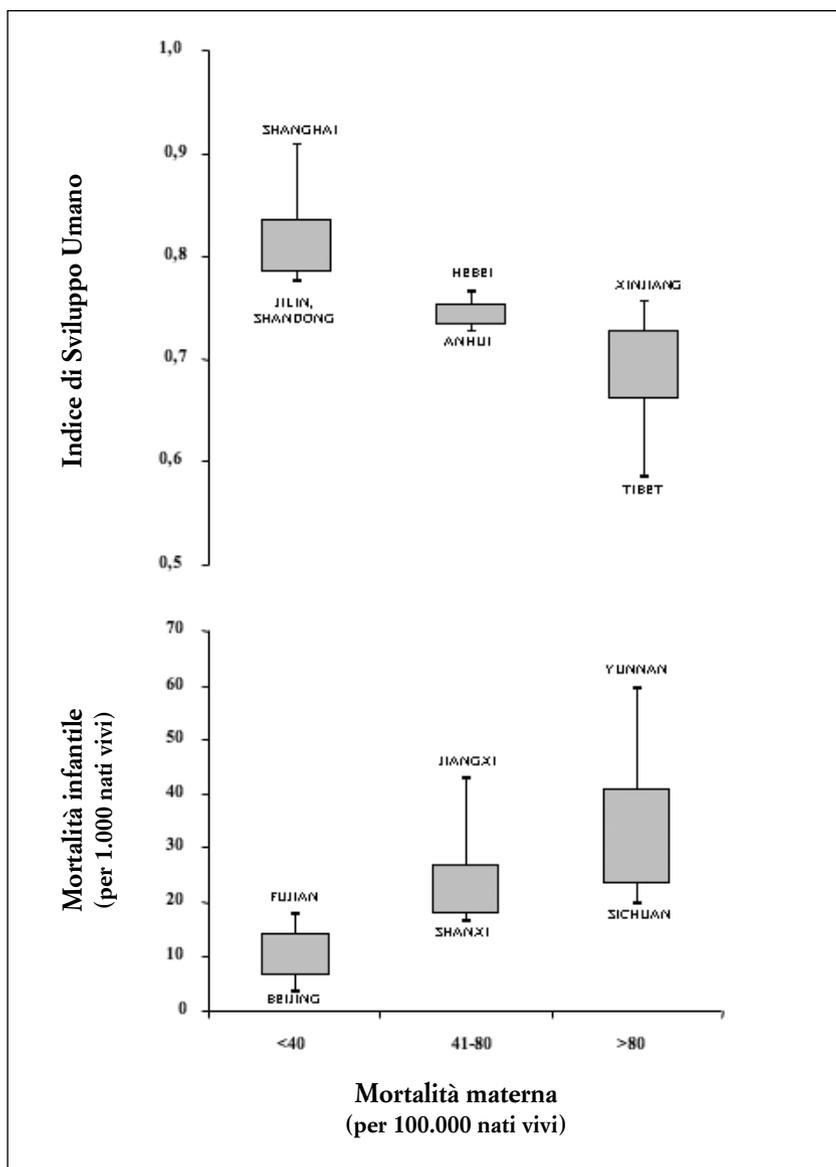


Figura 2. Distribuzione dell'Indice di Sviluppo Umano e del tasso di mortalità infantile in relazione alle classi di mortalità materna in Cina (dati elaborati da ref. 21).

mortalità materna e infantile (Figura 2). La rapida modernizzazione del paese ha aumentato le disegualianze sociali ed economiche con uno sviluppo a due velocità: le zone di campagna che avanzano più lentamente rispetto alle zone di città. Poiché il costo di un parto in una struttura ospedaliera può arrivare ad essere pari al guadagno annuale di un contadino, molte donne nelle regioni più povere continuano a partorire a casa senza alcuna assistenza. Il tasso medio nazionale della mortalità materna è di 43,2 per 100.000 nati vivi, ma nelle province occidentali è di 114, mentre nelle province orientali è di 27; nelle zone rurali è 58,2, nelle città 22,3. La distribuzione dei tassi di mortalità è associato alla longitudine, diminuendo andando da ovest ad est ed è inversamente correlato all'ISU (Figura 2). Infatti nelle 11 province della costa, il cui valore di ISU è compreso tra 0,776 e 0,909, il tasso di mortalità materna è <40 , mentre nelle 10 province occidentali (ISU 0,586-0,757) il tasso è >80 ²¹. Analoghe associazioni sono osservabili per la distribuzione dei tassi di mortalità infantile, che diminuisce da 59,5 a 3,7 per 1000 nati vivi andando dalla provincia di Yunnan (ISU 0,657) a Beijing (ISU 0,864)^{21,22}. Nel 2001 la MI5 nelle zone rurali era al 40,4 per 1000 nati, 2,5 volte quella urbana (16,5). Lo stato di salute dei bambini è molto differente fra zone rurali e urbane. In città la politica del figlio unico è associata alla comparsa, e aumento, dell'obesità infantile che interessa in 27% dei bambini riconducibile anche ai cambiamenti delle abitudini alimentari (*fast food, junk food*). In campagna, al contrario, la malnutrizione interessa ancora il 25% dei bambini la cui maggioranza soffre della carenza di vitamina A e di iodio.

Anche in Brasile (altra nazione *on track*) la distribuzione della mortalità infantile è correlata al valore di ISU con gli estremi rappresentati dallo stato del Maranhão (ISU 0,636; mortalità infantile 19,24) e del Distrito Federal (ISU 0,844; mortalità infantile 13,30), Figura 3²³.

Lo sviluppo umano è un buon predittore della mortalità infantile anche nei paesi del Nord del mondo, come è il caso, p.es., dell'Italia¹⁸. Sebbene la mortalità infantile in Italia continui a diminuire (da 7,0 a 4,5 per 1.000 nati vivi nel decennio 1991-2000 eguagliando il valore medio europeo), le differenze interregionali si mantengono e sono correlate sia alla latitudine che all'ISU. Gli estremi

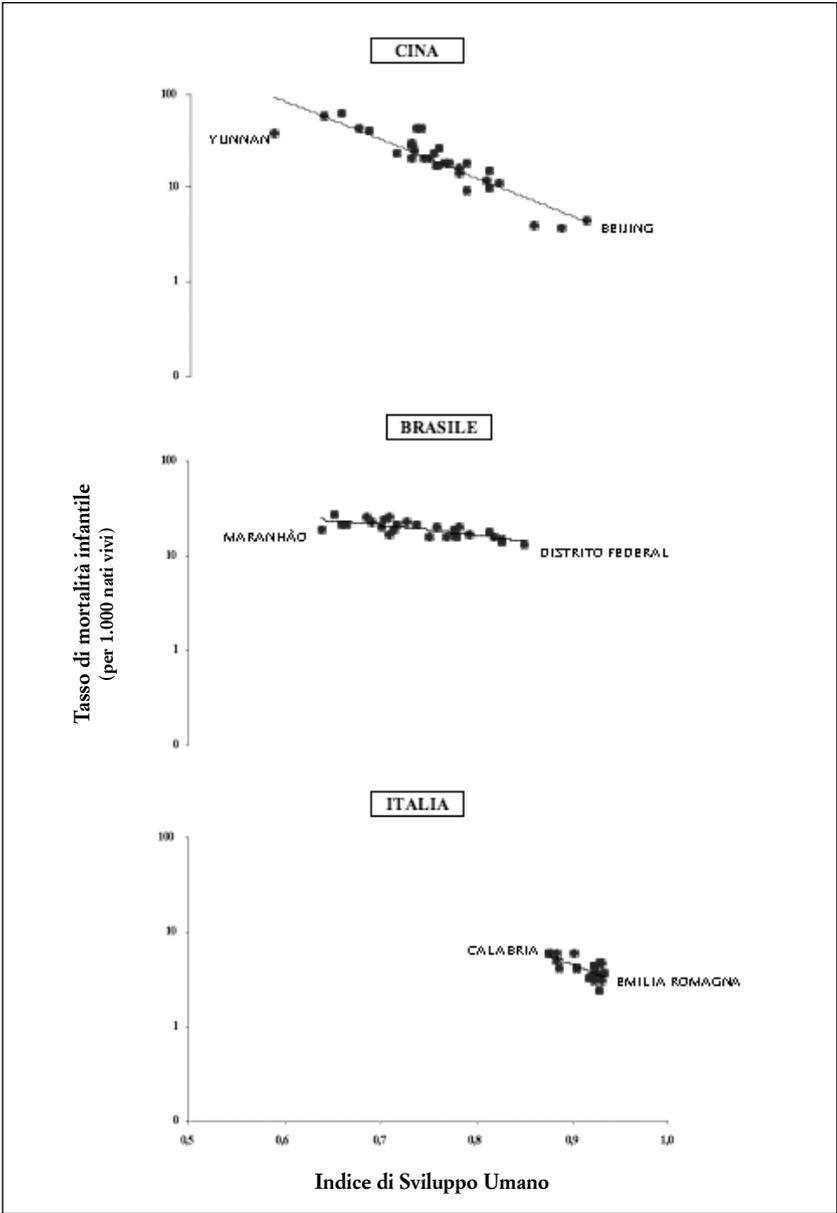


Figura 3. Distribuzione dei tassi di mortalità infantile in relazione all'Indice di Sviluppo Umano in Cina, Brasile e Italia (dati elaborati da ref. 18, 21-23).

interregionali di “sviluppo” sono rappresentati da Emilia Romagna (ISU 0,934; mortalità infantile 3,6) e dalla Calabria (ISU 0,875; mortalità infantile 6), Figura 3.

Conclusioni

Sebbene negli ultimi 7 anni siano stati investiti oltre 35 miliardi di dollari per combattere le malattie infettive nei paesi con scarse risorse²⁴ e gli interventi efficaci per raggiungere gli obiettivi del MDGs²⁵ siano conosciuti e disponibili, a 5 anni dall'inizio del programma i risultati raggiunti sono, nella maggioranza dei paesi interessati, negativi e le prospettive per la scadenza del 2015 sono di un drammatico insuccesso²⁶. La causa principale (anche se non l'unica e valida per tutti i paesi) è imputabile all'incapacità delle iniziative pianificate di incidere sull'organizzazione locale dell'assistenza: inefficacia degli interventi nel migliorare l'efficienza (in termini di funzionamento ed equità) del sistema sanitario. Un insuccesso determinato anche dal fatto che molti paesi sono caratterizzati dalla completa mancanza di ogni forma essenziale di organizzazione sanitaria²⁷. Ancora una volta, l'indicazione è che non sono sufficienti le risorse finanziarie e le conoscenze tecniche e scientifiche²⁸, ma sono necessari anche altri aiuti allo sviluppo affinché il diritto all'autodeterminazione e all'indipendenza di ciascun popolo sia garantito. Il diritto alla salute (alla vita) per la maggioranza della popolazione mondiale è rappresentato dal diritto di disporre di sistemi sanitari universali: un diritto ancora inevaso fintanto che anche “le madri e i bambini non contano”.

Note bibliografiche

¹ United Nations. United Nations Millennium Declaration (United Nations General Assembly Resolution 55/2). New York: United Nations; 2000. <http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.pdf>

² The World Health Report 2005 - make every mother and child count. Geneva: WHO, 2005. <http://www.who.int/whr/2005/en/index.html>

³ G. Maciocco, *Il rapporto 2005 dell'OMS sulla salute materna, neonatale e infantile*, “Salute e sviluppo”, 2004, 3, pp. 35-54.

⁴ C. AbouZahr, *Global burden of maternal death and disability*, “British Medical Bulletin”, 2003, 67, pp. 1-11.

⁵ J.E. Lawn, S. Cousens, J. Zupan, *For the Lancet Neonatal Survival Steering Team. 4 million neonatal deaths: When? Where? Why?*, “Lancet”, 2005, 365, pp. 891-900.

⁶ R.E. Black, S.S. Morris, J. Bryce, *Where and why are 10 million children dying every year?*, "Lancet", 2003, 361, pp. 2226-34.

⁷ R. Horton, *The coming decade for global action in child health*, "Lancet", 2006, 367, pp. 3-5.

⁸ Child Mortality Coordination Group. *Tracking progress towards the millennium development goals: reaching consensus on child mortality levels and trends*, "Bulletin of the World Health Organization", 2006, 84, pp. 225-232.

⁹ VHO. *Beyond the numbers: reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer*. Geneva: World Health Organization, 2004.

¹⁰ K.S. Khan, D. Wojdyla, L. Say, A.M. Gülmezoglu, Van Look PFA. *WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review*, "Lancet", 2006, 367, pp. 1066-74.

¹¹ WHO, regional office for Africa. *Reducing maternal deaths, the challenge of the new millennium in the African region*. <http://www.afro.who.int/drh>

¹² The World Bank Group. *World development indicators, 2005*. http://devdata.world-bank.org/wdi2005/section1_1_5.htm

¹³ UNICEF. *The State of the World's children 2005*. <http://www.unicef.org/sowc05/english/sowc05.pdf>

¹⁴ Human Development Report 2005. <http://hdr.undp.org/reports/global/2005/>

¹⁵ S. Anand, T. Bärnighausen, *Human resources and health outcomes: cross-country econometric study*, "Lancet", 2004, 364, pp. 1603-09.

¹⁶ United Nations Development Programme. *Human Development Report 1990*. Oxford University Press, New York 1990.

¹⁷ R. Campi, M. Bonati, *Diseguaglianza di mortalità infantile in Italia*, "Prospettive Sociali e Sanitarie", 2000, 19, pp. 6-9.

¹⁸ M. Bonati, R. Campi, *Nascere e crescere oggi in Italia*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 2005.

¹⁹ E. Herz, J.R. Hebert, J. Landon, *Social and environmental factors and life expectancy, infant mortality, and maternal mortality rates: results of a cross-national comparison*, *Soc Sci Med*, 1994, 39, pp. 105-14.

²⁰ K. Lee, S. Park, B. Khoshnood, H.L. Hsieh, R. Mittendorf, *Human development index as a predictor of infant and maternal mortality rates*, *J. Pediatr*, 1997, 131, pp. 430-3.

²¹ MDGs Report 2005: *China's Progress towards the Millennium Development Goals 2005*. <http://www.undp.org.cn/downloads/mdgs/MDGrpt2005.pdf>

²² Bignami, *Van Assche S. Province-specific mortality in China, 1990-2000*. <http://paa2005.princeton.edu/download.aspx?submissionId=50710>

²³ Ministerio de Saude. *Indicadores e Dados Básicos - Brasil - 2004 IDB-2004* <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2004/matriz.htm#mort>

²⁴ J. Cohen, *Global health. The new world of global health*, "Science", 2006, 311, pp. 162-7.

²⁵ G. Jones, R.W. Steketee, R.E. Black, Z.A. Bhutta, S.S. Morris, and the Bellagio Child Survival Study. *How many child deaths can we prevent this year?*, "Lancet", 2003, 362, pp. 65-71.

²⁶ S. Mayor, *Poorer countries will not meet health targets, warns WHO*, *BMJ*, 2005, 331, pp. 7.

²⁷ L.P. Freedman, R.J. Waldman, H. de Pinho, M.E. Wirth, A.M. Chowdhury, A. Rosenfield, *Transforming health systems to improve the lives of women and children*, "Lancet", 2005, 365, pp. 997-1000.

²⁸ A. Costello, D. Osrin, *The case for a new Global fund for maternal, neonatal, and child survival*, "Lancet", 2005, pp. 366, pp. 603-05.

2.3. Diseguali alla guerra

Giustizia sociale, diritti civili e conflitti armati

di Pirous Fatch-Moghadam*

L'argomento della disuguaglianza in relazione alla guerra è molto vasto e molteplici possono essere le modalità per affrontarlo. Si può cercare di analizzare la distribuzione diseguale di ricchezza e risorse su scala mondiale come movente di conflitti armati oppure esaminare la disparità delle forze economiche e militari tra attaccanti ed aggrediti, divenuta una delle caratteristiche principali dei conflitti dopo la fine della seconda guerra mondiale. Si può ancora analizzare la disuguaglianza nell'attenzione dei mass media relativa alle varie guerre in corso sul nostro pianeta e, all'interno dello stesso conflitto, il diverso modo in cui vengono riportate le notizie sulle vittime a seconda della loro appartenenza. Un'altra possibile interpretazione può essere il tentativo di esaminare il trattamento diseguale di fronte a comportamenti uguali nella politica internazionale, dove curiosamente i medesimi fatti, compiuti da diversi attori o in diversi momenti storici, vengono definiti una volta "crimini contro l'umanità", altre volte "misure di autodifesa" ed in alcuni casi persino "interventi umanitari".

La chiave di lettura utilizzata in questa sede, in sintonia col tema centrale del libro, è invece quella di analizzare alcune delle relazioni esistenti tra militarismo e disuguaglianze sociali all'interno delle nazioni belliciste, partendo dalla duplice ipotesi che il militarismo sia un ostacolo per le politiche finalizzate ad una maggiore giustizia sociale e che contemporaneamente l'appartenenza alle fasce sociali più deboli sia un fattore di rischio di morire o essere feriti in guerra.

La guerra dei poveri e la povertà prodotta dalla guerra

Sulla base di questa duplice ipotesi, le classi sociali meno abbienti dei paesi bellicisti si trovano nella seguente morsa: da un lato la scar-

* Osservatorio Epidemiologico, Azienda provinciale per i servizi sanitari, Trento.

sità di prospettive economiche e sociali nel loro paese favorisce la loro adesione alle forze armate (specialmente a missioni pericolose e vantaggiose sotto il profilo economico e di carriera militare); dall'altro lato l'esistenza di un sistema economico che richiede l'uso della forza militare per il suo sviluppo ed il conseguente militarismo sono tra i motivi della disintegrazione sociale all'origine della loro mancanza di prospettive.

Questo "dilemma sociale" relativo ai conflitti armati è parte di una problematica più generale prepotentemente riemersa dopo l'11 settembre 2001: di fronte ad una evidente minaccia dall'esterno, la ricerca delle potenziali cause della minaccia all'interno delle laceranti contraddizioni della società in cui viviamo viene spinta in secondo piano, precludendo la possibilità di giungere ad una vera soluzione del problema. La reazione alla minaccia si traduce così nella "guerra al terrorismo" che anziché produrre più sicurezza, contribuisce ad esasperare il pericolo dal quale pretende di difenderci.

Partire dal "dilemma sociale" può pertanto rappresentare anche un modo per avvicinarsi ad una soluzione di questo dilemma più generale, evitando così di fermarsi ad una "semplice" opposizione alla guerra, per andare oltre e vedere la guerra come un sintomo di una malattia più profonda che colpisce le nostre società ed il mondo nel suo insieme.

Tra i vari conflitti militari attualmente in corso la guerra in Iraq rappresenta in questo senso un terreno di analisi privilegiato. Inoltre, pur avendo questo conflitto molti aspetti originali, non può essere considerato completamente privo di precedenti e consente pertanto confronti storici finalizzati a rendere più efficace l'analisi e la guida all'azione. Più si invetera il conflitto iracheno, più frequenti diventano i confronti con la guerra in Vietnam, avanzati soprattutto dall'opinione pubblica statunitense (establishment compreso); questi confronti vengono fatti su vari livelli (geopolitico, politico interno USA, mass-mediatico, strategico-militare, sanitario, ecc.) con diversi rapporti tra analogie e differenze.

Dal punto di vista della pertinenza al tema della disuguaglianza sociale e della potenziale utilità del confronto storico nell'individuazione di una via di uscita dal conflitto iracheno che sia anche una prevenzione di conflitti futuri, risulta particolarmente interessante

un celebre discorso di Martin Luther King intitolato “È ora di rompere il silenzio¹” tenuto a New York nel 1967. Il tentativo di presentare ed attualizzare questo discorso rappresenta il filo conduttore delle considerazioni che seguono.

Per King, la cui posizione a favore di un ritiro radicale dalla “*distruzione del Vietnam*” era già nota² nel momento in cui pronunciò il discorso, era divenuto fondamentale dimostrare la stretta parentela tra lotte sociali e la lotta contro la guerra, anche per rispondere nella maniera più completa possibile a coloro che avevano criticato la sua decisa presa di posizione anti-guerra sostenendo che mescolare l’argomento della pace con quello dei diritti civili e sociali significasse danneggiare “la causa della sua gente”.

È ora di rompere il silenzio

Le ragioni addotte contro queste accuse ed a sostegno della sua tesi sono molteplici. Il motivo da King definito più “*profondo*” per la sua opposizione alla guerra emerge durante le discussioni con i giovani emarginati ed infuriati dei ghetti impegnati nella lotta, anche violenta, contro la segregazione razziale; King, pur esprimendo loro la sua simpatia, cerca contemporaneamente di convincerli che “*le bottiglie molotov e i fucili non avrebbero risolto i loro problemi*”. Da parte dei giovani arrabbiati gli viene fatto notare la sua scarsa credibilità e la profonda contraddizione di chi come lui condanna la loro violenza, ma non quella del governo USA che per risolvere problemi e realizzare i cambiamenti voluti sulla scena internazionale non esita ad utilizzare massicce dosi di violenza. King, non sapendo rispondere adeguatamente a questa obiezione, ammette di essere colto in fallo e si rende infine conto che “*non [avrebbe] più potuto levare la [sua] voce contro la violenza nei ghetti senza prima avere parlato con chiarezza al più grande fornitore di violenza oggi al mondo: il governo del mio paese*”.

Fatte le debite proporzioni e senza voler mettere sullo stesso piano movimenti sociali diversi tra loro, si impone una riflessione collegata alla situazione odierna: in primo luogo risulta evidente il contrasto tra l’onestà intellettuale di King e l’ipocrisia dei personaggi

politici fortemente turbati dalla violenza di alcune manifestazioni nell'ambito delle quali viene infranta qualche vetrina, ma favorevoli a "bombardamenti umanitari" o a "guerre preventive".

Riflessioni analoghe possono essere fatte anche in relazione a rivolte sociali che hanno provocato devastazioni ben più ampie, come ad esempio quella esplosa nelle periferie francesi nel 2005. A proposito di queste ribellioni si ripresenta lo schema dei dilemmi esposti poco fa, evidenziando un ulteriore importante legame tra questione sociale e guerra: l'incapacità e la mancanza di volontà di comprendere questi disordini attraverso un'analisi sulle condizioni sociali e le ragioni del loro avvio portano, anche in questo contesto, a pericolose scorciatoie "militari"³ nel tentativo di affrontare le rivolte. Le cause dei disordini sono frettolosamente individuate nella manipolazione delle masse considerate mentalmente inerti (soprattutto se composte da arabi come nel caso francese), incapaci per loro natura di sviluppare un pensiero razionale autonomo e pertanto facile preda di "cattivi maestri", rappresentati nell'esempio francese dai fondamentalisti islamici e dalla delinquenza organizzata.

Come a livello internazionale così anche a livello nazionale si trova una risposta di tipo militare a problemi sociali: repressione poliziesca e restrizioni delle libertà civili con leggi e pratiche che gradualmente svuotano dall'interno quello che si pretende di difendere da un attacco esterno: lo stato di diritto. Da questa sospensione del diritto rischia di nascere, secondo Judith Butler⁴, un esercizio della sovranità statale, che si svolge mediante un sistema burocratico amministrativo nel quale banali funzionari statali possono acquisire forti poteri decisionali sulla sorte dei "nemici del sistema".

Un fatto già realizzatosi a Guantanamo, ma anche nei centri di detenzione in Iraq dove secondo Amnesty International⁵ dall'inizio dell'invasione decine di migliaia di persone sono state reclusi a tempo indeterminato senza conoscere di cosa vengono accusate, senza avere diritto di una difesa legale, non raramente torturate ed in ogni caso in condizioni di detenzione disumane. Condizioni che rispecchiano con fedeltà agghiacciante la situazione descritta da Franz Kafka nel suo racconto "Nella colonia penale"⁶, dove *"a fondamento di ogni decisione c'è che la colpa è sempre indubitabile"*. Il condannato kafkiano non conosce la propria sentenza, perché *"comunicarglie-*

la, sarebbe inutile, la sperimenterà nella propria carne” e, ovviamente, non ha nessuna possibilità di difendersi perché, “se prima lo avessi fatto chiamare per interrogarlo ne sarebbe venuta fuori una gran confusione; avrebbe mentito e se mi fosse riuscito di confutare le sue menzogne, le avrebbe sostituite con altre e così via. Ora invece lo tengo e non lo lascio più andare”, spiega l’ufficiale della colonia che ha funzioni sia di giudice sia di secondino⁷.

Anche in Europa si registra una preoccupante tendenza di allontanarsi da una concezione del diritto in cui contano le responsabilità individuali da accertare caso per caso, a favore di assunzioni preliminari di colpevolezza (se non – ancora – sul piano giuridico sicuramente su quello culturale) in base alla semplice appartenenza a determinati gruppi politici o sociali. Esempi di gruppi sociali la cui appartenenza implica il dovere di provare ex ante la propria innocenza sono appunto i giovani arabi (e non solo nelle periferie francesi), gli appartenenti alla religione musulmana in generale e gli oppositori della globalizzazione neoliberista, ai quali è stato a più riprese negato collettivamente, tramite sospensioni ad hoc del trattato di Schengen, il diritto di viaggiare da un paese europeo all’altro per impedirne la partecipazione a manifestazioni a carattere sovranazionale. Esiste in Europa una corrente di pensiero, ormai dibattuta apertamente nei convegni di giurisprudenza, per la quale occorre stabilire un diritto penale distinto per coloro che vengono definiti nemici del sistema, prevedendo per questi la sospensione delle normali garanzie legali vigenti in uno stato di diritto⁸.

Infine una particolare fetta di popolazione viene già ora definita “illegale” per il semplice fatto di esistere: è sufficiente non essere in possesso dei documenti necessari e provenire da determinati paesi (poveri) per attirarsi, oltre alla condanna “culturale”, anche quella giuridica di “clandestinità” che può comportare la privazione della libertà in particolari centri di detenzione, i CPT (Centri di Permanenza Temporanea). La rappresentazione dell’immigrato come “diverso” impedisce anche in questo ambito la ricerca delle cause alla base dei movimenti migratori e, per contro, mette in primo piano la necessità di difendersi dalle “ondate” e “invasioni” di questi alieni⁹: un ulteriore esempio di come la mancanza di analisi più approfondite comporta la scelta di “soluzioni” di tipo repressivo-militari.

Chiudendo il cerchio è importante constatare come proprio la sospensione dei diritti civili in un contesto di ordine mondiale imposto dalla guerra rappresenti una tragica conferma in negativo dell'esistenza di uno stretto legame tra pace, diritti civili e giustizia sociale.

La guerra come nemica della giustizia sociale ed ambientale

Un altro motivo "sociale" citato da King a favore della necessità di opporsi alla guerra è che vede "*la guerra come nemica dei poveri*": gli ingenti investimenti militari infatti sottraggono i mezzi di finanziamento ai programmi di lotta alla povertà.

Dopo quasi 40 anni dal discorso di King, il consumo di risorse finanziarie del sistema militare ha raggiunto livelli mostruosi: al giorno d'oggi viene speso in tre ore in sistemi militari in tutto il mondo quello che equivale al budget annuale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità; mezza giornata di spese militari mondiali potrebbe coprire i costi per vaccinare tutti i bambini del pianeta; negli Stati Uniti la spesa militare di tre giorni è pari a quanto spende quel Paese per la sanità, l'educazione e l'assistenza sociale per bambini in un anno e la somma spesa in tre settimane in tutto il mondo per armi basterebbe per assicurare servizi sanitari di base, accesso ad acqua potabile e vaccinazioni routinarie a tutti gli abitanti dei Paesi poveri¹⁰.

Oltre ad essere "nemico dei poveri" il militarismo è decisamente anche un "nemico dell'ambiente" e dell'uso razionale delle risorse del pianeta¹¹: l'US Defense Department è il maggiore consumatore di petrolio al mondo; un F16 necessita per compiere un volo di addestramento (meno di un'ora) di 3.400 litri di carburante pari al consumo di un automobilista americano in un intero anno; il consumo energetico militare degli USA (in tempo di pace e senza contare l'industria bellica) in un anno basterebbe per garantire trasporto pubblico di tutte le città americane per 14 anni.

Il consumo smodato di risorse si riflette naturalmente anche sull'inquinamento atmosferico: si stima che circa un 10% dell'inquinamento globale dell'atmosfera derivi da operazioni militari.

Il Pentagono produce mezzo miliardo di tonnellate di rifiuti tossici all'anno, più delle cinque più grandi industrie chimiche degli USA complessivamente considerate. Un'altra fonte di inquinamento è

rappresentata dallo smaltimento delle armi obsolete e di altri materiali bellici come le testate nucleari, carburante solido per missili, esplosivi, reattori nucleari dei sottomarini atomici ecc, per cui non esistono (o non vengono applicati) metodi corretti di smaltimento.

La povertà come fattore di rischio per essere feriti e morire in guerra

King continua il suo discorso sottolineando come “*la guerra manda i figli e i fratelli e i mariti di questi poveri a combattere e morire in proporzioni maggiori di quelle del resto della popolazione. I giovani neri che erano stati resi zoppi e storpi dalla nostra società si mandano a 8000 miglia di distanza per garantire quelle libertà che non avevano trovato nella Georgia ed ad Harlem*”.

A conclusione della guerra in Vietnam nel 1975 il bilancio delle statistiche ufficiali americane¹² è di 58.196 morti e circa 300.000 feriti, di cui 153.300 gravi. Circa diecimila soldati hanno subito la perdita di almeno un arto, più che nella seconda guerra mondiale e nella guerra di Corea calcolate insieme.

La percezione di King sulla distribuzione diseguale della sofferenza viene pienamente confermata dai dati: nelle reclute di origine afro-americana, per lo più con basso livello di scolarità e attirate da promesse di benefici per il futuro (casa e istruzione universitaria), si è registrato un doppio tasso di mortalità in combattimento.

Le disuguaglianze sociali nel rischio di morire per la patria appaiono più pronunciate oggi in Iraq rispetto al Vietnam. I soldati americani destinati al combattimento in Vietnam sono stati reclutati tramite una leva obbligatoria teoricamente valida per tutti i giovani, indipendentemente dallo strato sociale di provenienza. Tuttavia la possibilità di esenzione per gli studenti dei college e delle università ha introdotto un elemento di forte discriminazione, soprattutto in un Paese come gli Stati Uniti dove l'accesso all'educazione superiore è fortemente condizionato dalle facoltà economiche. Questo è sicuramente uno dei motivi delle disuguaglianze sociali riscontrate nella mortalità e morbosità associate al servizio militare in Vietnam, nonostante l'esistenza della leva universale come mezzo di reclutamento. I giovani senza possibilità economiche per accedere all'Università

non avevano i requisiti per l'esenzione dal servizio militare e chi desiderava accedere all'Università, benchè privo di mezzi finanziari, aveva soprattutto una possibilità: arruolarsi nell'esercito che si addossava le spese per le tasse universitarie.

Cosa è cambiato oggi rispetto a questa situazione? A differenza della guerra in Vietnam per lo sforzo bellico in Afghanistan ed in Iraq non è stata introdotta una leva militare; tutti i soldati americani provengono quindi da un esercito di professionisti con adesione esclusivamente volontaria. Dal punto di vista dell'accesso all'istruzione superiore è invece cambiato poco o niente. Tuttora una via importante per i meno abbienti di sfuggire alla povertà e/o di accedere all'istruzione superiore rimane rappresentata dall'arruolamento nelle forze armate (regolato da un imponente programma governativo denominato GI Bill¹³).

Inoltre per gli immigrati regolari il servizio militare rappresenta una garanzia per il rinnovo del permesso di soggiorno e costituisce un modo efficace per facilitare ed accelerare l'acquisizione della cittadinanza americana. Immigrati regolari a parte, esistono alcune segnalazioni circa l'arruolamento nel corpo dei Marines di immigrati irregolari a cui vengono forniti documenti falsi. Questi immigrati irregolari sono prevalentemente di origine ispanica e, mentre gli ispanici rappresentano il 9% delle forze armate americane nel loro complesso, la percentuale è del 13% nelle forze di occupazione in Iraq, fino a salire al 19% nella fanteria, il reparto decisamente più a rischio¹⁴.

Il fatto che siano soprattutto le persone provenienti dagli strati sociali meno abbienti a costituire le forze armate USA e ad addossarsi tutti i rischi che comporta la "difesa della patria" è talmente evidente che, alla vigilia dell'entrata in guerra in Iraq, due senatori statunitensi, Charles Rangel di New York ed Ernest Hollings del South Carolina¹⁵, entrambi probabilmente imbarazzati dalla palese conferma dell'antico slogan del movimento operaio americano "*rich man's war, poor man's fight*", hanno proposto ufficialmente la reintroduzione della leva obbligatoria per le truppe destinate al combattimento in Iraq, con l'eliminazione persino della possibilità di esenzione per motivi di studio, a dimostrazione di aver tratto qualche lezione, sebbene alquanto bizzarra, dall'esperienza vietnamita. In que-

sto modo, argomenta il senatore Rangel, a tutte le classi sociali verrebbe data la possibilità di contribuire alla difesa del loro Paese, mentre nella situazione attuale i figli dei benestanti sarebbero privati da questo privilegio, risultando in pratica assenti dalle forze di occupazione terrestre¹⁶.

Dal momento in cui è *de facto* riconosciuto universalmente che parlando della composizione di un esercito la parola “volontario” sia di regola sinonimo di “povero”, occorre aggiungere un ulteriore elemento fondamentale nella situazione attuale in Iraq (e altrove nel mondo): il ricorso sempre più massiccio ai cosiddetti “*private contractors*”, militari al soldo di aziende private specializzate nella conduzione di guerre¹⁷. In Iraq i dipendenti delle aziende militari privati costituiscono, con oltre 10.000 uomini, la seconda forza per numerosità dopo gli USA. Un terzo delle spese USA per la guerra in Iraq è destinato al pagamento delle aziende militari private e nessuno dubita che senza il contributo delle aziende private la guerra e l’occupazione militare in Iraq sarebbero impossibili. È infatti ormai accertato che il ricorso ai privati nella guerra globale ha raggiunto un punto di non ritorno rendendo lecito parlare di una parziale privatizzazione della guerra con tutte le conseguenze che questo comporta^{18, 19}.

Dall’inizio della guerra probabilmente oltre 300 *private contractors* hanno perso la vita in Iraq e molti di più hanno riportato serie ferite²⁰. Queste cifre sottostimano il fenomeno reale, dato che il Pentagono non rileva ufficialmente il numero di morti e feriti dei *private contractors* e molte delle aziende interessate non forniscono dati sui propri dipendenti morti o feriti durante il loro servizio. Solitamente la paga dei *contractors* è più elevata rispetto ai soldati regolari, ma in caso di decesso le loro famiglie non ricevono i benefici in termini di pensioni e di riconoscimenti per i servizi resi. Non esistono dati sulla composizione sociale dei dipendenti di queste aziende, tuttavia sembra del tutto lecito supporre che le disuguaglianze sociali registrate nell’esercito regolare siano ancora più accentuate nel caso delle aziende private.

Mentre i dati su morti e feriti relativi ai soldati privati sono difficilmente reperibili, il database regolarmente aggiornato e contenente tutti i soldati feriti e morti è facilmente scaricabile dal sito Dipartimento della difesa²¹: risultano 2.247 morti e 16.653 feriti dal 19 mar-

zo 2003 al 4 febbraio 2006. Tuttavia le statistiche non contengono variabili riconducibili all'estrazione sociale degli soldati, fatta eccezione per il grado: il 57% dei soldati deceduti aveva un rango da E1-E4, il 32% da E5-E9 e l'11% aveva il grado di ufficiale. Tra i soldati inglesi ci sono 103 caduti e tra gli altri contingenti complessivamente un ulteriore centinaio di soldati uccisi, tra cui 27 italiani.

Ritornando al confronto con il Vietnam, il medico militare statunitense Atul Gawande²² fa notare che nel dicembre 2004 il numero di militari americani feriti in Afghanistan e Iraq equivale all'incirca al numero di feriti nei primi cinque anni in Vietnam. Non è pertanto più possibile, secondo Gawande, parlare di un conflitto piccolo e circoscritto. Tuttavia sono da registrare alcune differenze: mentre in Vietnam circa il 24% dei feriti moriva per le ferite riportate, in Iraq questa percentuale è solo del 10%. La più bassa letalità tra i feriti in Iraq è verosimilmente riconducibile a innovazioni della medicina militare sia dal punto di vista strettamente medico-scientifico sia da quello organizzativo: un soldato ferito in Vietnam doveva essere trasportato in elicottero nelle retrovie dove erano collocati gli ospedali da campo. Oggi in Iraq ospedali da campo supertecnologici sono trasportabili da non più di sei camionette militari e seguono le truppe fino nelle prime linee di combattimento, accorciando il tempo di ricovero e aumentando così notevolmente le probabilità di sopravvivenza dei feriti. Inoltre mentre il tempo necessario per il trasferimento dal teatro di guerra agli Usa era in media di 45 giorni nel Vietnam, è di soli 3-4 giorni in Iraq.

La conseguente riduzione della mortalità in combattimento da una parte comporta una sottostima della pericolosità della guerra guardando solo al numero dei morti, dall'altra pone il problema dei sempre più numerosi invalidi di guerra, non raramente gravissimi. Gawande riporta il caso di un soldato a cui è stato possibile salvare la vita grazie all'amputazione della mano destra, di una gamba sopra il ginocchio e dell'altra all'altezza dell'anca a cui bisogna aggiungere un intervento facciale con la perdita di parti del viso. In conflitti precedenti non sarebbe mai stato possibile salvare feriti così gravi, tuttavia come e con quale qualità della vita lui e altri invalidi potranno continuare a vivere rimane una questione aperta alla quale si aggiunge quella più generale degli enormi costi sociali. Infatti secondo

Linda Blimes, un'economista dell'Università di Harvard che ha stimato i costi della continuazione della guerra per ulteriori cinque anni²³, il capitolo dei costi sanitari (compresi i costi per le pensioni agli invalidi) è, con 315 miliardi di dollari, tra quelli più sostanziosi dell'intero bilancio. Il numero complessivo di amputazioni effettuate durante l'operazione *Iraqi Freedom* contenuto nel rapporto del Congressional Research Service²⁴ in data 26.4.2005 era di 428.

A questi feriti sono da aggiungere i soldati con disturbi mentali a causa del loro servizio in Iraq, analogamente a quanto documentato nei reduci della del Vietnam. Studi recenti condotti da ricercatori del Walter Reed Army Institute of Research²⁵ hanno stabilito che il 31% dei veterani della operazione *Iraqi Freedom* si è recato presso un servizio di igiene mentale per ricevere almeno una visita ambulatoriale nel primo anno dopo il servizio in Iraq e che il 19% dei soldati di ritorno dall'Iraq ha presentato seri problemi di salute mentale. Una percentuale preoccupante, ma del tutto comprensibile dal momento che il 20% dei veterani dichiara di essere stato responsabile della morte di civili e il 75% riferisce di aver visto donne o bambini feriti ai quali non ha potuto prestare aiuto. Non sorprende neppure che tra veterani che hanno partecipato dopo il loro servizio in Iraq, a questa sorveglianza sui disordini mentali, l'82% ha un basso livello di educazione, l'8% ha frequentato qualche anno il college e solo il 10% si è diplomato al college²⁶. L'aumentato rischio per queste fasce sociali più deboli diviene ancora più evidente confrontando queste percentuali con quelle riferite alla popolazione generale degli Stati Uniti nella quale il 41% ha un basso livello di educazione, il 26% ha fatto qualche anno di college ed il 30% si è diplomato al college²⁷.

Chi scrive non è riuscito a raccogliere dati precisi sulla composizione sociale dei caduti tra il contingente militare italiano di stanza a Nassiriyah; tuttavia dai resoconti giornalistici si ha la percezione che anche in Italia non ci siano molti figli di famiglie ricche ed influenti a rischiare la vita per esportare la democrazia in Iraq. Anche in Italia si è passati ormai ad un esercito di professionisti "volontari" che provengono, come ovunque nel mondo, soprattutto dagli strati sociali meno abbienti. In una situazione di crisi economica e di cre-

scente precarizzazione della vita, l'esercito è rimasto una delle poche realtà in cui si può ancora aspirare al "posto fisso", ad una certa carriera professionale ed ascesa sociale, resa sempre più difficile nella vita civile. In particolare le missioni all'estero sono promettenti sia sotto il punto di vista economico sia da quello della carriera.

Risulta pertanto evidente come l'affermazione di King posta all'inizio di questo paragrafo non abbia perso di attualità. Lo stesso vale per il ragionamento successivo in cui King si dice molto preoccupato di quello che accade alle truppe americane in Vietnam, *"perché mi viene da pensare che le cose che facciamo loro subire in Vietnam non sono soltanto quelle del processo di abbruttimento che si incontrano in tutte le guerre (...). Aggiungiamo a quel processo il cinismo, perché non è possibile che non capiscano dopo breve tempo che nessuna delle cose per le quali noi diciamo di lottare è vera"*.

È quasi superfluo sottolineare l'attualità di questo pensiero. In effetti è ormai noto a tutti per la stessa ammissione dei governi responsabili che l'Iraq non ha avuto relazioni con Al Qaeda, non era in possesso di armi di distruzione di massa, non costituiva un pericolo imminente per il mondo intero; e non dovrebbero più esserci molti dubbi nemmeno sull'impossibilità di esportare la democrazia sulla punta delle baionette.

Anche per quanto riguarda la presenza italiana in Iraq la buona fede di coloro che credono ai motivi umanitari della missione è stata messa a dura prova almeno dalla pubblicazione nel maggio del 2005 di un'inchiesta di Sigfrido Ranucci di *Rainews24* di un rapporto del Ministero delle attività produttive datato febbraio 2003 (un mese prima dell'inizio del conflitto) in cui vengono sottolineate le grosse potenzialità di sfruttamento dei giacimenti petroliferi iracheni facendo leva sugli accordi tra il governo iracheno e l'ENI risalenti al 1997²⁸. Lasciamo all'immaginazione dei lettori individuare la località in cui si trovano questi giacimenti.

I vietnamiti *"debbono vedere gli americani come ben strani liberatori"* continua King: *"Che cosa hanno pensato i contadini quando ci siamo alleati con i proprietari terrieri (...)? Che cosa hanno pensato quando abbiamo provato le nostre ultime armi su di loro (...)? Che co-*

sa possono pensare loro di noi in America, quando vedono che permettiamo la repressione e la crudeltà (...)? Come possono credere nella nostra integrità (...)? Come possono fidarsi di noi (...)?”

Sono ancora queste le domande che si sollevano oggi relativamente all’occupazione militare dell’Iraq. Che cosa penseranno gli iracheni dopo la distruzione di un sistema sanitario considerato tra i più avanzati della regione? Cosa diranno dopo l’uccisione di decine di migliaia di civili? È stato stimato²⁹ che dopo l’invasione dell’Iraq si siano verificate circa 98.000 morti in eccesso. Le morti violente (a carico soprattutto di donne e bambini), sono diventate causa principale di morte nel periodo post-invasione e risultano provocate, nel periodo di studio dell’indagine (fino a 17 mesi dopo l’invasione), soprattutto dalle forze armate della coalizione anglo-americana attraverso bombardamenti dall’alto. Complessivamente il rischio di morte per causa violenta è risultato 54 volte superiore nel periodo post-invasione rispetto al periodo antecedente.

Come possono credere nell’integrità morale dei loro “liberatori” vedendo le violazioni quotidiane dei diritti umani, l’uso di armi incendiarie in operazioni denominate allegramente “shake and bake” (scuoti e cuoci), per non parlare dell’uso sistematico della tortura nelle prigioni in Iraq ed altrove?

“Ora c’è poco da costruire, salvo l’amarrezza. Presto le ultime costruzioni solide saranno le nostre basi militari (...)”, conclude King.

Occorre una rivoluzione dei valori

Secondo King il governo USA deve ammettere *“di aver sbagliato l’avventura in Vietnam fin dall’inizio, di rappresentare un gravissimo danno per il popolo vietnamita. Questa è una situazione nella quale dovremmo rapidamente invertire la nostra rotta”*. Le richieste di King al proprio governo sono di stabilire un cessate il fuoco immediato ed unilaterale, l’indicazione della data del completo ritiro delle truppe e il risarcimento dei danni provocati al paese.

Richieste del tutto analoghe sono pertinenti anche nel contesto iracheno e sarebbero da indirizzare non solo al governo USA, ma a tutte le componenti della coalizione, Italia compresa.

Tuttavia il ragionamento di King va oltre a quello che chiama *“la*

facile crociata contro la guerra". Per evitare di dover organizzare comitati contro le guerra anche nelle generazioni future occorre, secondo King, "realizzare una radicale rivoluzione dei valori. Dovremo rapidamente incominciare ad allontanarci da una società 'orientata verso le cose' a una società 'orientata verso le persone'. Quando i profitti e la proprietà sono considerati più importanti delle persone, i tre golia del razzismo, del materialismo e del militarismo non possono essere sconfitti".

Conclusioni

Le relazioni intercorrenti tra guerra e giustizia sociale sono state analizzate attraverso l'esame dei punti salienti e del razionale di un discorso di Martin Luther King e mettendo a confronto il conflitto del Vietnam, oggetto del discorso di King, e quello iracheno, tuttora in corso. In questa sede non è stato possibile esaminare le relazioni internazionali e la situazione geopolitica in generale, completamente diverse oggi rispetto agli anni '70. Dalla riflessione emerge invece un importante denominatore comune ai due conflitti rappresentato dalle disuguaglianze sociali e dalla minaccia ai diritti civili associate alla guerra. Viene quindi confermata l'ipotesi iniziale secondo la quale gli sforzi per una maggiore giustizia sociale sono doppiamente ostacolati dall'esistenza di una politica militarista, sia per il drenaggio di risorse necessarie per politiche di riequilibrio sociale sia per i maggiori danni alla salute dovute alle attività militari a carico delle fasce sociali più deboli.

Da un punto di vista di sanità pubblica militarismo e guerra devono essere considerati almeno al pari di altre cause prevenibili di malattia e morte. Analogamente a quanto si osserva per le altre cause di malattia e morte anche il fattore di rischio "militarismo e guerra" si distribuisce in maniera diseguale all'interno della società, un aspetto di cui interventi di prevenzione devono tenere conto per essere efficaci. Ad alcuni questo approccio apparirà utopistico; in verità l'unica utopia in questo ambito è la convinzione di poter evitare future guerre lasciando immutate le condizioni economiche e sociali. La prevenzione della guerra deve cominciare a monte attraverso azioni di lungo respiro alle quali tutti sono chiamati a contribuire e che dovrebbero

essere parte degli obblighi dei professionisti di sanità pubblica.

È sotto gli occhi di tutti come la mancata realizzazione di una politica di prevenzione di lungo respiro, come quella auspicata trenta anni fa da King, abbia avuto come conseguenza la ricorrenza periodica di conflitti armati. Sarebbe irresponsabile far passare ulteriore tempo prima di affrontare congiuntamente il problema delle disuguaglianze sociali, del razzismo e della guerra costruendo una vera alternativa tanto radicale quanto urgente.

Ringraziamenti

L'autore desidera ringraziare per gli stimoli preziosi ricevuti da: Rossella Seniori, Cilla Miligi (CSPO, Firenze); David Kriebel, Margaret Quinn (University of Massachusetts, USA); Mark White (CDC, Atlanta, USA); Chiara Cattaneo (CNESPS, Istituto Superiore di Sanità, Roma); Nicoletta Bertozzi (AUSL Cesena), Renato Sandri e il collettivo dell'OISG.

Note bibliografiche

¹ M.L. King, *È ora di rompere il silenzio*, in M.L. King, *Io ho un sogno. Scritti e discorsi che hanno cambiato il mondo*, Società Editrice Internazionale, Torino 1993, pp. 130-147. Il discorso può essere scaricato ed ascoltato nella sua versione originale presso: <http://www.americanrhetoric.com/speeches/mlkatimetobreaksilence.htm>

² M.L. King aveva parlato in precedenza diverse volte contro la guerra dal pulpito della Ebenezer Baptist Church di Atlanta e, appena qualche giorno prima, il 25 marzo ad una dimostrazione antibellica a Chicago. Tuttavia il discorso, tenuto il 4 aprile 1967 (esattamente un anno prima che venisse assassinato) in occasione di un incontro organizzato dal gruppo Clergy and Laity Concerned (Ecclesiastici e Laici per il Vietnam) alla Riverside Church di New York, viene considerato il più significativo ed importante a causa dell'illustrazione approfondita delle relazioni tra il movimento per i diritti civili e quello di opposizione alla guerra e dell'esposizione dei motivi sociali oltre che etici a favore di una rivoluzione dei valori nella politica degli USA.

³ Si veda a proposito: L. Monelli, *Le ragioni della collera* e D. Vidal, *Come spezzare l'apartheid nella sua versione francese*, "Le Monde Diplomatique", n. 12 anno XII dicembre 2005, p. 1 e pp. 16-17.

⁴ J. Butler, *Unbegrenzte Haft*, in J. Butler, *Gefährliches Leben*, Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main 2005, p. 69.

⁵ Amnesty International, *Beyond Abu Ghraib: detention and torture in Iraq*, 6.3.2006, <http://web.amnesty.org/library/Index/ENGMDE140012006>

⁶ F. Kafka, *In der Strafkolonie*, in F. Kafka, *Sämtliche Erzählungen*, Fischer, Frankfurt am Main 1988, pp. 100-123; versione italiana in F. Kafka, *Punizioni*, Einaudi, Torino 1997, pp. 147-205.

⁷ L'ufficiale è addetto ad una "strana apparecchiatura" che punisce i condannati incidendo nella loro carne la sentenza, uccidendoli lentamente. Tuttavia la macchina non manca di accorgimenti di tipo "umanitario": il condannato è legato su un letto di ovatta e può nutrirsi di una pappa di riso durante l'agonia; inoltre l'incisore è fatto di vetro e pertanto perfettamente trasparente testimoniando un alto grado di democrazia.

⁸ A. Sinn, *Moderne Verbrechenverfolgung – auf dem Weg zu einem Feindschaftsrecht?*, "Zeitschrift für internationale Strafrechtsdogmatik", 3/2006, pp. 107-117.

⁹ N.J. Grove, A.B. Zwi, Our health and theirs: forced migration, othering, and public health, *Social Science & Medicine* 62 (2006) pp. 1931-1942.

¹⁰ M. Donohoe, *Causes and health consequences of environmental degradation and social injustice*, "Social Science & Medicine", 2003, 56, pp. 573-587.

¹¹ M. Renner, *Environmental and health effects of weapons production*, in B.S. Levy, V.W. Sidel, *War and Public Health*, Oxford University Press, New York 1997, pp. 117-136.

¹² Jr. Myron Allukian, P.L. Atwood, *Public Health and the Vietnam War*, in B.S. Levy, V.W. Sidel, *War and Public Health*, Oxford University Press, New York 1997 pp. 215-237

¹³ Consultabile presso www.gibill.va.gov

¹⁴ D. Vecchi, *Quando i marines trovano i clandestini. E li arruolano*, "Il venerdì di repubblica", 9.12.2005, p. 95.

¹⁵ Rangel introduces bill to reinstate draft CNN, Wednesday, January 8, 2003 <http://edition.cnn.com/2003/ALLPOLITICS/01/07/rangel.draft/>

¹⁶ C. Pope, *Talk of a draft grows despite denials by White House*, "Seattle Post", Saturday, November 8, 2003 http://seattlepi.nwsourc.com/national/147483_draft08.html

¹⁷ P.W. Singer, *Corporate Warriors, The Rise of the Privatized Military Industry*, Cornell University Press, 2003.

¹⁸ I. Traynor, *The Privatization of War*, "The Guardian", 10.12.2003.

¹⁹ L. Wayne, *America's For-Profit Secret Army*, "New York Times", 13.10.2002.

²⁰ Iraq Coalition Casualty Count: <http://icasualties.org/oif/>, visitato il 3.3.2006.

²¹ <http://www.dior.whs.mil/mmmd/casualty/castop.htm>

²² A. Gawande, *Casualties of War - Military Care for the Wounded from Iraq and Afghanistan*, "New England Journal of Medicine", 2004, 351; 24, pp. 2471-2475.

²³ L. Bilmes, *Waging the trillion dollar war*, "International Herald Tribune", 22.8.2005, p. 6, 4.

²⁴ H. Fisher, *U.S. Military and Iraqi casualty Statistics: Additional Numbers and Explanations*, "The Library of Congress", April 26, 2005.

²⁵ C.W. Hoge, J.L. Auchterlonie, C.S. Milliken, *Mental Health Problems, Use of Mental Health Services, and Attrition from Military Service after Returning from Deployment to Iraq or Afghanistan*, "JAMA", March 1, 2006, vol. 295, n. 9, pp. 1023-1032.

²⁶ C.W. Hoge, C.A. Castro, S.C. Messer, D. McGurk, D.I. Cotting, R.L. Koffman, *Combat Duty in Iraq and Afghanistan, Mental Health Problems, and Barriers to Care*, "New England Journal of Medicine", 2004, 351; 1, pp. 13-22.

²⁷ Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Behavioral Risk Factor Surveillance System Survey Data. Atlanta, Georgia: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, [2004]. <http://apps.nccd.cdc.gov/brfss/>

²⁸ Petrolio a Nassiriya, un'occasione per l'Italia. Il rapporto stilato dal ministero delle Attività Produttive un mese prima della guerra, "Corriere della Sera", 14.5.2005.

²⁹ L. Roberts, R. Lafta, R. Garfield, J. Khudhairi, G. Burnham, *Mortality before and after the 2003 invasion of Iraq: cluster sample survey*, "Lancet", 2004; 364, pp. 1857-1864.

2.4. Diseguali nelle catastrofi

di Enrico Pavignani*

Introduzione

Questo capitolo cerca di offrire una panoramica delle disuguaglianze che caratterizzano le popolazioni esposte a esperienze catastrofiche. Si intende mostrare l'enorme variazione che esiste sia fra eventi diversi, che all'interno della stessa crisi e della stessa popolazione esposta. Si vuole sottolineare come le risposte esterne rigide, frammentarie e disinformate che frequentemente seguono gli eventi catastrofici possano aggravare la situazione. La rassegna si conclude con alcuni suggerimenti relativi a misure concrete, rivolte a migliorare l'assistenza sanitaria internazionale.

Alcune considerazioni di carattere generale sono utili per introdurre i termini della discussione:

Le catastrofi intensificano certi aspetti di fondo delle comunità colpite, che così vengono resi patenti, o amplificati nelle loro manifestazioni. Quindi, gli abusi sulle donne diventano più gravi durante una carestia o una guerra, o gli insediamenti precari rivelano appieno la loro pericolosità durante un'alluvione, o una frana.

Nonostante l'esistenza di elaborati e continuamente riaffermati principi umanitari, gli interventi di soccorso alle vittime dei disastri sono processi intensamente politici, che devono essere negoziati fra le parti interessate, e in cui sono regolarmente in gioco considerazioni economiche, che influenzano decisioni e compromessi. Gruppi forti, come le élites di stato, i militari, le organizzazioni criminali, gli investitori, tendono a trarre vantaggio delle catastrofi, a scapito dei gruppi più deboli, che ne subiscono l'impatto diretto.

Mentre alcune catastrofi si verificano inaspettatamente, altre sono

* Consulente indipendente di sanità pubblica. Maputo, Mozambico.

attese. Interventi mirati, sia di tipo preventivo, come il preparare in anticipo risposte adeguate, sia di tipo mitigante, come il rispettare le norme antisismiche, possono minimizzare i danni sofferti al momento del manifestarsi della crisi. La vulnerabilità di New Orleans agli uragani era stata descritta con precisione, anni prima dello scatenarsi di Katrina. Il controllo riuscito o mancato dei disastri dipende innanzitutto da processi politici ed economici, che vanno resi espliciti.

Eventi dal potenziale catastrofico si verificano con una certa frequenza in numerose forme e contesti. La scala dei danni causati varia però enorme, a seconda della vulnerabilità delle persone e delle comunità esposte. I disastri naturali si verificano con frequenza e maggiore impatto in paesi indeboliti da conflitti prolungati. I due fenomeni si intrecciano, inducendo risposte complesse e spesso ambigue. La gravità degli eventi catastrofici fornisce una misura della capacità e delle risorse di una società e di uno stato, cosiccome delle sue vere priorità.

Non tutte le catastrofi, naturali o causate dall'intervento umano, diventano *emergenze*. Queste, per divenire tali, cioè per scatenare azioni esterne di risposta, esigono una convergenza di interessi e di percezioni fra politici, giornalisti, organi internazionali, personalità dello spettacolo, operatori economici e professionisti umanitari. Alle volte, eventi etichettati come emergenze non riflettono veri disastri, ma originano da manovre opportunistiche. *“Ciò che caratterizza una crisi dipende in parte dalla prospettiva dell'osservatore. In questo senso, una crisi è una costruzione: l'esistenza e la natura di una crisi dipendono dall'interpretazione, e le situazioni sono costruite in modi che riflettono la prospettiva dell'organizzazione o del singolo osservatore. La situazione dell'Africa Australe, per esempio, fu di volta in volta descritta come una crisi umanitaria, una crisi di sviluppo, una crisi di sicurezza alimentare, una crisi di sussistenza economica, una crisi da HIV/AIDS, e una crisi montata ad arte”*¹.

Le variabili della disuguaglianza

Le disuguaglianze sono il risultato di molteplici fattori di ordine biologico, socio-economico, politico e culturale, che si intrecciano in forme complesse. Mentre alcuni determinanti sono interni alle so-

cietà colpite, altre dipendono da processi esterni ad esse. I molteplici fattori determinanti vengono di seguito separatamente passati in rassegna a fini descrittivi. In realtà, essi si associano, si rafforzano o si contrastano fino ad annullarsi, a seconda dei casi.

1. Differente vulnerabilità ai rischi

Ambientali. Certe aree naturalmente esposte a inondazioni, all'erosione, alle frane, alla siccità sono lasciate all'insediamento di popolazioni povere, che pertanto subiscono gli effetti dell'insulto ambientale in modo intensificato. La concentrazione degli indigenti contribuisce di regola a un ulteriore degrado ambientale, aggravando così gli effetti delle future crisi.

Economici. Dei tre milioni di persone uccise da disastri e conflitti dal 1991 al 2000, solo il 2% risiedevano in paesi ricchi. Il 60% dei morti era concentrato in Africa². Disporre di risorse economiche al momento dello scatenarsi di una crisi rappresenta ovviamente un grosso vantaggio, soprattutto se queste risorse vengono risparmiate dal disastro e possono essere facilmente mobilitate. Il sostegno economico dei familiari, dei connazionali e dei correligionari residenti all'estero ha giocato un ruolo importante nelle guerre balcaniche. In Somalia, le rimesse della diaspora vengono da anni considerate come uno dei principali puntelli su cui si appoggia un popolo che si ostina a sopravvivere senza stato. Fra i profughi, chi ha perso nel disastro i propri averi si trova in grave difficoltà. In Serbia, i profughi originari della Bosnia e del Kosovo presentano livelli di povertà doppi di quelli della popolazione ospite. All'interno della popolazione rifugiata, i Rom sono ulteriormente sfavoriti. Questa inferiorità economica si riflette nell'inadeguato accesso ai servizi sanitari³. L'effetto selettivo delle sanzioni economiche, a danno soprattutto degli strati sociali più poveri e marginalizzati, è stato descritto in molteplici contesti⁴.

Sanitari. Affollamento, abitazioni malsane, scarsità d'acqua, sistemi fognari e di rimozione di immondizie inadeguati forniscono un terreno propizio per le malattie trasmissibili, che risultano di maggiore gravità quando associate a malnutrizione. Il legame fra epidemie e guerre è noto fin dalla peste di Atene (430 a.C.). La migrazione forzata di grandi masse di persone, indotta dalla violenza, può dare origine a epidemie di violenza esplosiva, come osservato a Go-

ma nel 1994, dove la mortalità per malattie diarroiche raggiunse livelli fra i più alti mai misurati⁵. La vulnerabilità dei profughi può essere aggravata dalla bassa immunità a malattie endemiche nell'area di asilo, e/o dall'aumento dell'esposizione ai relativi vettori.

Sociali e di genere. Nella maggioranza delle situazioni, i gruppi più deboli, come i vecchi, gli invalidi, le donne e i bambini soffrono sproporzionatamente gli effetti di una crisi. In situazioni di emergenza politica, dove la violenza è deliberatamente esercitata in modi differenziati, le diseguaglianze che ne risultano saltano agli occhi nella loro perversa evidenza. Il genocidio ruandese eliminò preferenzialmente gli uomini, tanto che una volta consumato due terzi della popolazione sopravvissuta era di sesso femminile. Dal canto loro, le donne furono oggetto di violenze sessuali e fisiche. Perversamente, le vedove sopravvissute si trovarono private dei beni del marito, perchè all'epoca la legge ruandese assegnava l'eredità ai familiari maschi del defunto. La responsabilità di provvedere ai figli orfani di padre rimaneva però delle madri⁶.

2. Differente capacità di risposta a situazioni catastrofiche

Individuale e familiare. I giovani validi sono più capaci dei vecchi, degli invalidi e dei bambini di fronteggiare un evento catastrofico. Le famiglie private del marito, per abbandono, violenza o malattie, sono più vulnerabili. Le famiglie rifugiate o sfollate inviano spesso i figli adulti in avanscoperta, per verificare se le ostilità sono veramente cessate, e se è possibile riprendere le attività agricole.

Di gruppo. Le tensioni etniche di fondo possono essere ingigantite da un disastro, con soccorsi solleciti per gruppi di vittime associati al potere, a scapito dei rivali. Questi possono vedere i soccorsi con diffidenza, perchè forniti da organizzazioni percepite come ostili. L'assistenza si frammenta in monconi, lungo linee etniche o settarie. L'affiliazione a un gruppo dotato di capacità e di risorse può rappresentare un vantaggio vitale per le vittime di un disastro. I legami su base etnica, religiosa o politica vengono spesso rafforzati dalle crisi. L'assistenza fornita alle vittime, rafforzando l'immagine pubblica e rendendo credibile il programma delle associazioni a carattere politico o religioso, ne facilita il proselitismo. A questi fattori si aggiungono ovviamente motivazioni opportunistiche.

Di stato. Uno stato in difficoltà a causa di altri problemi può essere incapace di reagire ad un'ulteriore crisi. Nonostante la sua gravità, la siccità e la conseguente carestia che colpì l'Etiopia alla fine degli anni novanta non suscitò misure adeguate da parte del governo, impegnato nella guerra con l'Eritrea. I soccorsi esterni furono scoraggiati dalle relazioni difficili della comunità internazionale con lo stesso governo. Si stima che il 75% delle morti si verificarono prima dello scattare dell'intervento umanitario⁷.

La capacità di risposta individuale, familiare e di gruppo è sempre finita, e inferiore nei gruppi più deboli. Se eventi stressanti si associano o si susseguono, i meccanismi di risposta vengono progressivamente esauriti, con esiti catastrofici. In Africa Australe, siccità, carestia, AIDS e mal governo si sono potenziate a vicenda in una spirale discendente⁸.

3. Diversa natura delle catastrofi, che colpiscono le vittime in modo diverso. Nelle catastrofi acute, naturali o a causa umana, il ritorno alle condizioni che le precedevano è di norma piuttosto rapido. Il periodo di massima vulnerabilità può durare giorni o settimane. La capacità locale di risposta può essere piuttosto elevata. La sopravvivenza delle popolazioni colpite durante questo periodo è l'obiettivo principale di ogni intervento.

Nelle catastrofi a lenta manifestazione e durata prolungata, come siccità, carestie, guerre di bassa intensità, o l'epidemia di AIDS, le caratteristiche di fondo dell'ambiente e delle popolazioni colpite cambia, a volte in modo irreversibile. La capacità delle comunità di resistere alla crisi si affievolisce, talora fino ad esaurirsi. Gli interventi di soccorso dovrebbero adeguarsi a questo contesto, e tenere conto dell'impatto a lungo termine delle misure prese. Nella maggioranza dei casi, non lo fanno. L'industria umanitaria, strutturata per rispondere rapidamente a crisi di alta intensità, tende a riprodurre gli stessi approcci anche in crisi prolungate, con esiti immaginabili.

4. Differente risposta esterna: soccorsi selettivi per classe, status politico, patologia.

Esempi:

I gruppi privilegiati godono di preferenziali soccorsi pubblici, e

possono ricorrere a soccorsi privati. Nel 1912, nell'affondamento del transatlantico Titanic perì il 45% dei passeggeri di terza classe, contro il 16% di quelli di seconda classe, e solo il 3% dei passeggeri di prima classe. L'operazione di salvataggio fu organizzata con chiari criteri di priorità, nel rispetto del rango sociale e economico⁹.

I rifugiati sono spesso privilegiati rispetto al resto della popolazione, e ai connazionali rimasti nel proprio paese. In campi di rifugiati esistenti da tempo, la mortalità è regolarmente più bassa che nella popolazione ospite⁷. Dei due miliardi di US\$ spesi dalla comunità internazionale nel 1994 nell'emergenza del Rwanda, la più grossa porzione è andata a beneficio dei rifugiati nei paesi vicini, fra cui si annidavano i perpetratori del genocidio. Che i sopravvissuti alle stragi ruandesi non abbiano goduto di assistenza speciale è un fatto aberrante, che conferma la rigidità dell'industria umanitaria, o meglio l'inadeguatezza di risposte pretesamente apolitiche a crisi squisitamente politiche⁶.

Gli sfollati interni non godono di uno status legale garantito dalla legislazione internazionale, e pertanto vengono spesso dimenticati dai soccorsi. Il proliferare di conflitti interni e prolungati ha indotto un aumento degli sfollati, il cui totale mondiale si aggira nel 2005 attorno ai 25 milioni¹⁰. Queste vittime delle emergenze possono trovarsi in una sorta di limbo legale, particolarmente pericoloso quando il governo, o l'organizzazione politica che controlla il territorio, ha inclinazioni autoritarie e isolazioniste, come recentemente osservato nel Darfur.

Perdenti politico-militari. Perdere una guerra spietata, o essere associati ai perdenti, fa male alla salute. Dopo il cessate il fuoco che nel 2002 ha posto fine alla guerra civile angolana, livelli allarmanti di mortalità e di malnutrizione vennero registrati nella popolazione fino ad allora sotto il controllo dei ribelli dell'UNITA. La guerra, l'isolamento e la carestia avevano causato una grave crisi umanitaria, invisibile dall'esterno, o forse deliberatamente ignorata. Nè il governo nè le agenzie internazionali mobilitarono risposte capaci di alleviare il disastro¹¹. Peraltro, la carestia che colpì i combattenti dell'UNITA assieme alla popolazione civile può avere accelerato la fine delle ostilità.

I feriti di guerra possono usufruire di assistenza sanitaria sofisti-

cata prestata da organizzazioni internazionali specializzate, mentre condizioni gravi ma banali, come polmoniti o diarree, vengono trascurate. Visto che in una guerra di bassa intensità la grande maggioranza dei decessi è causata da malnutrizione e malattie infettive, piuttosto che dalla violenza diretta, privilegiare la chirurgia di guerra appare tanto ingiusto quanto inefficiente. Analogamente, certi programmi di trattamento dell'AIDS in contesti poveri e violenti forniscono ai propri assistiti servizi sanitari e sociali sproporzionatamente migliori di quelli a disposizione del resto della popolazione.

Lo status di vulnerabilità, riconosciuto o negato dai responsabili dei soccorsi (interni o esterni) sulla base di premesse troppe volte non verificate sul terreno, o di pregiudizi culturali o ideologici, può portare a grossolane ingiustizie, con gruppi privilegiati accanto ad altri sfavoriti. “*Non appartenere ad ‘un gruppo vulnerabile’ può di per sè costituire un importante fattore di vulnerabilità*”¹. Inoltre, visto che in certe situazioni tutte le vittime sono vulnerabili, l’assistenza selettiva appare fuori luogo. Mentre un certo grado di approssimazione è inevitabile all’inizio dei soccorsi, un’osservazione attenta dell’evolvere della situazione deve fornire elementi per aggiustare la mira e fornire soccorsi ai veramente più bisognosi. Alle volte, problemi politici e/o operativi rendono difficili i soccorsi mirati, e si preferisce distribuire gli aiuti alla cieca, sperando che arrivino anche ai soggetti più vulnerabili, il che non è sempre garantito. Anche i soccorsi mirati, comunque, possono essere frustrati dalla redistribuzione che avviene di solito all’interno del gruppo di vittime. I più forti e organizzati si prendono gli aiuti che i soccorritori intendevano riservati ai più deboli.

Aiuti internazionali attratti dalle emergenze ‘rumorose’, a scapito di quelle ‘silenziose’ o ‘dimenticate’. Le attenzioni umanitarie internazionali mostrano spesso fenomeni pendolari: dal disinteresse si può passare alla disponibilizzazione massiccia di mezzi finanziari, politici e militari, per poi tornare alla negligenza, una volta che il protrarsi della crisi ha logorato l’interesse del pubblico e frustrato le iniziative dei politici. Frequentemente, è una nuova crisi che ruba le luci della ribalta alla precedente. L’Afghanistan è paradigmatico di questo fenomeno: negli anni ottanta, al tempo della resistenza anti-sovietica, beneficiò di enormi aiuti. Scomparve poi dalla mappa del-

le emergenze nella decade che seguì, nonostante le ondate di violenza interna che sconvolsero il paese, per poi tornare prepotentemente alla ribalta nel 2001.

La risposta allo tsunami, caso estremo di emergenza mediatica, che raccolse in pochi giorni fondi considerati dalle stesse organizzazioni umanitarie eccessivi rispetto alle loro capacità di spenderli, può essere messa in contrasto con l'ecatombe silenziosa verificatasi nella Repubblica Democratica del Congo. In questo paese, fra il 1998 e il 2002, più di tre milioni di persone sono morte a causa di una guerra che ha attirato pochissime attenzioni internazionali¹². Si tratta della mortalità più alta registrata dopo la fine della Seconda Guerra Mondiale. Eppure, nello stesso paese, l'eruzione del vulcano Nyiragongo nel 2002, che uccise meno di cento persone, assunse grande spicco mediatico.

Lasciare zone beneficiate dall'assistenza umanitaria, per addentrarsi in aree di difficile accesso, può essere fatale. Nel 1997, uno studio realizzato in un campo profughi del Congo Brazzaville identificò alcune centinaia di rifugiati ruandesi. Le interviste retrospettive di questi sopravvissuti rivelarono che l'80% dei membri del gruppo originario, braccato per dieci mesi da forze nemiche attraverso l'allocazione Zaïre, erano morti o si erano persi durante l'esodo¹³.

Esistono crisi dai contorni così stabili, da scoraggiare interventi umanitari straordinari. Certe aree del Sudan e del Kenya, nonostante altissimi livelli di malnutrizione, regolarmente registrati negli anni, non vengono classificate come colpite dalla carestia dalle agenzie umanitarie. Queste ritengono di non poter intervenire energicamente su situazioni pressochè permanenti, e di non essere in grado di mobilitare fondi in tal senso. La rassegnazione prevale¹.

Cause di risposte inadeguate, improprie, controproducenti

Interessi delle entità coinvolte

Governi e gruppi ribelli beneficiari, che possono minimizzare o drammatizzare le dimensioni della crisi, secondo convenienza. Nel periodo 1992-95, il governo keniano riuscì ad innescare un'operazione umanitaria internazionale di grande spessore, per rispondere a una siccità e conseguente carestia dai contorni vaghi, mai convincenti.

temente provati. Il governo riuscì così a sviare l'attenzione dai gravi problemi politici ed economici che affliggevano il Kenya, dovuti alla propria corruzione e incompetenza¹⁴.

Operatori economici, spesso legati a elites politico-militari, che traggono vantaggio dai soccorsi umanitari. Questi sporchi affari sono stati descritti in molte crisi, come nella guerra civile sudanese e nell'occupazione americana dell'Iraq. Mentre nel primo caso ad avvantaggiarsene erano operatori del paese beneficiario degli aiuti, nel secondo si tratta di interessi del paese donatore.

Governi donatori, i cui calcoli geopolitici e economici giocano un ruolo preponderante nel determinare le dimensioni delle risposte. A questi fattori si associa l'influenza del pubblico, orchestrate da organismi o gruppi di pressione. Però, pare opportuno tenere presente che le decisioni prese dai governi dei paesi ricchi non sono sempre basate su calcoli lucidi e machiavellici, come viene spesso sostenuto. I governi prendono abbagli, o si possono far condizionare da aspetti estranei o marginali ad un calcolo squisitamente utilitaristico. Il governo francese sostenne sorprendentemente la fazione ruandese responsabile del genocidio, poi negandone a lungo i crimini, a causa dei legami esistenti con l'élite francofona locale, e il timore che i tutsi anglofoni potessero prendere il sopravvento (come poi si è verificato nonostante il genocidio). Un fattore comprensibile nel calcolo francese, ma che pare insignificante di fronte alle dimensioni dei crimini commessi, ha così portato a errori politici colossali, e a complicità imbarazzanti.

Agenzie umanitarie, motivate dai propri bisogni di finanziamento ad amplificare le dimensioni delle crisi. La specializzazione di alcune agenzie le porta a intervenire a favore di certi gruppi di vittime o di malati, e secondo approcci rigidamente stabiliti, anche quando un'analisi obiettiva e informata raccomanderebbe opzioni diverse. La specializzazione si accoppia spesso alla forte capacità di raccogliere fondi, come è il caso dell'UNHCR (l'agenzia delle Nazioni Unite per i rifugiati), del World Food Programme, del Comitato Internazionale della Croce Rossa, o delle agenzie per la lotta all'AIDS. L'assistenza sanitaria selettiva fornita diventa quindi funzione delle risorse controllate dalle agenzie, indipendentemente dai bisogni reali della gente e dai benefici che ci si può aspettare dagli interventi.

Organi di informazione, alla ricerca di storie attraenti per il pubblico dei paesi donatori. Facile accesso al teatro di crisi, rapidità di trasmissione dei servizi stampa, interessi geopolitici, situazioni semplici da raccontare (come 'buoni' contro 'cattivi'), aspetti pittoreschi attraenti per il pubblico del primo mondo, evoluzione rapida, sono fra gli aspetti che più contribuiscono a portare una crisi in prima pagina¹⁵.

Comandi militari, interessati a potenziali teatri di operazione, a cui guadagnano accesso in nome dei soccorsi umanitari. Inoltre, questi interventi offrono preziose opportunità di addestramento agli eserciti, e generano finanziamenti, in tempo di pace. Si tratta di aspetti sottovalutati, e raramente studiati all'esterno degli ambienti militari.

Gruppi di solidarietà, come le diaspore etniche o religiose, motivati ad ampliare le difficoltà o le rivendicazioni delle comunità sostenute, e/o a negare le rispettive responsabilità nelle crisi in questione. Così, gruppi fondamentalisti cristiani negli Stati Uniti hanno esercitato pressioni sul loro governo per appoggiare i ribelli del Sud del Sudan, presentati come cristiani perseguitati dai musulmani del Nord. Dato che i cristiani rappresentano solo il 5% della popolazione del Sud del Sudan, e che la strategia repressiva governativa ha colpito senza distinguere fra animisti e cristiani, si trattava di una grossolana distorsione delle vere radici del conflitto, di natura soprattutto politica e economica. Che la natura religiosa del conflitto esistesse soprattutto negli occhi dei fondamentalisti americani venne confermato più tardi dalla crisi di Darfur, che oppone musulmani a musulmani, in cui il governo sudanese ha applicato le stesse tattiche repressive sperimentate per anni nel sud del paese.

Informazioni distorte o tendenziose, usate sia per giustificare interventi, sia per negarli. La maggioranza delle informazioni disponibili durante una crisi, soprattutto se di natura politica, viene prodotta da parti in causa, quindi interessate a plasmarle a proprio vantaggio. L'abbondanza di informazioni contraddittorie, spesso basate su apprezzamenti soggettivi o sentiti dire, facilita scelte meccaniche, congeniali alla cultura e ai mezzi delle singole organizzazioni coinvolte.

Facilità o difficoltà operativa, che porta a interventi sproporzionati (in eccesso o in difetto) alla oggettiva gravità della crisi. Le zone

prossime alla frontiera godono spesso di soccorsi privilegiati rispetto all'interno, soprattutto se il paese che ospita le retrovie delle operazioni di soccorso gode di buone strutture logistiche.

Barriere linguistiche o culturali, che incoraggiano interventi standardizzati, scelti nell'ignoranza del contesto, delle implicazioni e dei veri bisogni. L'importazione di personale, strumenti, mezzi di trasporto, beni di prima necessità, farmaci, anche quando non ce n'è carenza nel paese colpito, è molto comune. L'industria umanitaria è improntata all'azione rapida, spesso a scapito dell'osservazione e della riflessione. I brevi tempi d'intervento rendono gli approcci superficiali.

Misure opportunistiche, prese per approfittare della catastrofe (vera o presunta), quindi per liberarsi di giacenze di magazzino, come cibo o farmaci. I costi diretti e indiretti di tali iniziative possono essere enormi, come la depressione della produzione locale generata dall'afflusso massiccio di derrate alimentari scatenato da una crisi.

Meccanismi di finanziamento delle organizzazioni internazionali di soccorso, che distorcono le loro scelte. L'imperativo finanziario prende il sopravvento su ogni altra considerazione. L'autocritica diviene pericolosa, perchè può pregiudicare i finanziamenti. Le valutazioni del proprio operato diventano spesso operazioni di auto-promozione.

Misure umanitarie compensatorie, adottate da governi refrattari a impegnarsi politicamente e/o militarmente nella soluzione di una crisi. La generosità dei donatori può risultare quindi proporzionale alla loro cattiva coscienza, come appare lampante nel caso della Palestina, o come già riferito in relazione al Rwanda.

Concorrenza di altre emergenze, che possono esaurire l'attenzione del pubblico, le risorse dei donatori e la capacità di risposta delle organizzazioni umanitarie. Nel 2003, l'imminente invasione dell'Iraq assorbì completamente le attenzioni internazionali, lasciando solo briciole per le multiple crisi in corso nel mondo, il cui impatto cumulativo sulle popolazioni colpite era enormemente maggiore. In quel periodo, il dipartimento dell'OMS deputato alle emergenze produsse un interessante newsletter, dedicato alle crisi dimenticate sparse per il mondo, dall'eloquente titolo *Iraq and "The Others"*¹⁶. Nonostante questo passo positivo, la capacità del dipartimento fu in

gran parte assorbita dai preparativi per rispondere a massicci movimenti di profughi iracheni, che era atteso dopo lo scoppio della guerra, e che poi non si verificò.

Che fare?

La disuguaglianza è così radicata nelle società umane, che ridurla in situazioni catastrofiche (quando tende spontaneamente ad aumentare) pare un compito impossibile. Considerare improbabile una rivoluzione sociale che riduca le cause fondamentali della disuguaglianza non dovrebbe portare ad una accettazione fatalista della situazione descritta. Si possono perseguire obiettivi pragmatici, ma capaci di incidere sull'impatto delle catastrofi e sulle risposte suscitate da esse.

Le misure suggerite non si limitano a cercare solo di ridurre le disuguaglianze nelle crisi, ma ambiscono a migliorare i modi come localmente e internazionalmente si reagisce a esse. Esiste una letteratura sterminata sulla riforma del sistema internazionale degli aiuti in generale, e degli aiuti umanitari in particolare. Il sistema esistente si è però rivelato singolarmente resistente al cambiamento. Evidentemente, le sue caratteristiche strutturali lo rendono impervio alle critiche.

È necessario cambiare gli incentivi che plasmano i comportamenti dei partecipanti e le regole del gioco, e migliorare la base d'informazione su cui le decisioni vengono prese. Si tratta di una agenda proibitiva, in un contesto internazionale dominato dall'irrazionalità, dall'incompetenza, dall'incomprensione e dal sospetto. Alcune direttrici di cambiamento sono suggerite come conclusione di questa rassegna.

Promuovere una discussione seria e documentata sugli interventi umanitari, che informi il pubblico sui vari problemi esistenti. Gli organi di informazione devono essere incoraggiati a migliorare la copertura delle catastrofi, controllando i propri impulsi sensazionalistici e documentando meglio i propri servizi. Gli stereotipi che caratterizzano la copertura mediatica delle catastrofi, per cui i soccorsi sono alternativamente eroici o inutili, se non dannosi¹⁵ (nella maggioranza dei casi non sono nè l'uno nè l'altro), dovrebbero essere abbandonati a favore di analisi e di critiche obiettive e informate. L'industria umanitaria ha bisogno della pressione del pubblico per

riformarsi. Potrebbe però riformarsi in modo distorto, se sottoposta a pressioni mal informate, e demagogiche.

Riconoscere la natura politica dei disastri e degli interventi umanitari, trattandosi infatti di decidere come distribuire risorse alle popolazioni colpite, o meglio ancora, di prendere misure (necessariamente distributive) che riducano le vulnerabilità esistenti. Il mantello tecnocratico così volentieri indossato dalla comunità internazionale porta necessariamente all'inadeguata comprensione dei problemi reali. Depoliticizzare la questione della povertà, per esempio, significa rinunciare ad agire sulle sue radici. Gli interventi tecnici possono *alleviare* le manifestazioni di problemi di indole politica, ma non possono *risolverli*.

Incoraggiare il sorgere di capacità locali di reazione alle crisi, con l'obiettivo di ridurre la necessità di interventi internazionali. Misure semplici, che il buon senso raccomanderebbe, sono sorprendentemente neglette. Esempi:

- Come rispondere a epidemie è raramente incluso nei programmi di formazione degli operatori sanitari, anche in paesi regolarmente colpiti dalle stesse. Tecniche per riconoscere gli individui e i gruppi più vulnerabili e per assisterli adeguatamente dovrebbero essere incluse nella formazione degli operatori chiamati a controllare le epidemie.
- I meccanismi finanziari e amministrativi che permettano la mobilitazione rapida di mezzi e personale in risposta a un disastro sono spesso assenti in molti stati.
- Le scorte di strumenti e materiali essenziali per rispondere a un crisi sono frequentemente inadeguate, o mancanti.

Paesi che hanno dimostrato risposte inadeguate a crisi di proporzioni catastrofiche dovrebbero essere incoraggiati a rinforzarsi per reagire meglio a traumi futuri. Per esempio, la fievole reazione alla epidemia di malattia di Marburg verificatasi in Angola nel 2005 dovrebbe stimolare gli interessati (governo, agenzie internazionali, ONG, associazioni professionali) a studiare misure che preparino ad affrontare nuove epidemie. Non emergono segni che qualcosa di simile sia in corso.

Per rafforzare le capacità locali di risposta, è necessaria una ridistribuzione dei finanziamenti a orientamento umanitario, che devo-

no essere concessi in una ottica maggiormente preventiva e meno reattiva.

Sorvegliare le aree e le popolazioni a rischio, in modo da identificare le crisi in anticipo, e incoraggiare risposte adeguate e proporzionate. Mappe di rischio, anche se sommarie, possono incoraggiare interventi che riducano la vulnerabilità dei gruppi più esposti, e aiutare a portare soccorsi efficaci quando la crisi si materializza. La creazione di fonti indipendenti e competenti di informazione, sia sulle caratteristiche dei disastri, che sulle risposte in corso, può ridurre gli sprechi e le ridondanze, e indirizzare gli aiuti su aree e comunità neglette.

Premere sui governi perchè rivedano la legislazione internazionale, in modo da proteggere in modo più giusto e efficace gli sfollati interni. Gli ostacoli politici sul cammino di questa riforma sono enormi, data la ovvia riluttanza della maggioranza degli stati a concedere spazi umanitari all'interno della propria giurisdizione territoriale. Ma il prezzo da pagare in termini di sofferenza umana non alleviata è troppo alto per restare inalterato.

Scoraggiare i soccorsi dilettanteschi. Intervenire efficacemente in contesti catastrofici è difficile anche per organizzazioni di grande competenza. Nel caos che caratterizza i disastri, l'accorrere di troppi operatori complica le operazioni e ritarda le risposte efficaci. La "*scramble for beneficiaries*" ("la rissa per accaparrarsi i beneficiari") osservata in risposta allo tsunami nella regione dell'Aceh¹⁴ non è un fenomeno nuovo, ma familiare a ogni osservatore esperto. Che continui a verificarsi è prova eloquente dei vizi di fondo dell'industria umanitaria. In molte emergenze, la messa a disposizione di aiuti finanziari, che permettano di sfruttare la capacità locale, sarebbe più appropriata dell'importazione da lontano di tecnici o beni.

Riformare i meccanismi di finanziamento degli interventi umanitari, in modo da ridurre le già descritte distorsioni¹⁷. Per esempio, fondi concessi prima del manifestarsi di una crisi godono di maggiori probabilità di essere ben utilizzati di fondi raccolti durante la fase acuta di un'emergenza, quando donatori e agenzie di terreno non dispongono nè del tempo nè dell'informazione necessaria per programmare interventi efficaci.

Incaricare organismi indipendenti e senza compiti operativi

della valutazione dei bisogni creati dalle catastrofi e delle risposte ad esse, così da ridurre i conflitti di interesse. Ogni operazione di soccorso dovrebbe essere valutata da istituzioni autonome, non associate a organizzazioni coinvolte nei soccorsi. Valutare un'intervento di risposta a una catastrofe è proibitivamente difficile, dato il contesto confuso e controverso, l'informazione insufficiente e distorta, gli interessi in gioco, le emozioni che colorano i comportamenti dei partecipanti. È necessaria un'amalgama di pragmatico realismo e di rigore metodologico, difficile da raggiungere. E bisogna mantenere in primo piano le dimensioni politiche dei processi valutati. Concentrarsi sugli aspetti tecnici è sempre riduttivo e spesso fuorviante.

Considerare ogni intervento umanitario in una prospettiva globale. Le risposte eccessivamente generose ad una catastrofe non significano soltanto sprechi, ma soprattutto riduzione degli aiuti accordati ad altre crisi meno fortunate. Le risorse disponibili per attività di emergenza tendono a essere elastiche, ma restano finite.

Proteggere gli interventi umanitari da soverchie interferenze di parte. Impossibile finché i principali finanziatori degli interventi saranno i governi dei paesi ricchi, e le maggiori organizzazioni internazionali saranno controllate dagli stessi. Visti gli usi opportunisti che degli aiuti fanno i governi, la resistenza degli stessi all'introduzione di meccanismi che inducano interventi giusti, razionali ed efficaci è ovviamente grande.

Note bibliografiche

¹ J. Darcy, C.A. Hofmann, *According to need? Needs assessment and decision-making in the humanitarian sector*, HPG Report 15, ODI, 2003.

² International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, *World Disasters Report*, 2001.

³ O. Tozic, *Access to health services for displaced persons in Serbia: problems of income and status*, "Eurohealth", vol. 10, nn. 3-4, 2004.

⁴ R. Garfield, *The Impact of Economic Sanctions on Health and Well-being*, RRN Network Paper, nn. 31, 1999.

⁵ Goma Epidemiology Group. Public health impact of Rwandan refugee crisis: what happened in Goma, Zaire, in July 1994?, "Lancet", 345, pp. 339-44, 1995.

⁶ Joint Evaluation of Emergency Assistance to Rwanda. *The International Response to Conflict and Genocide: Lessons from the Rwanda Experience. Synthesis Report*, 1996.

⁷ P. Salama, P. Spiegel, L. Talley, R. Waldman, *Lessons learned from complex emergencies over past decade*, "Lancet", vol. 364, November 13, 2004.

⁸ A. de Waal, 'New variant famine': *hypothesis, evidence and implications*, "Humanitarian Exchange", 23, pp. 20-22, 2003.

⁹ W. Lord, *A Night to Remember*, 1955, citato da G.A. Maccacaro in J.C. Polack, *La medicina del capitale*, 1972.

¹⁰ UNHCR, *Refugees in Numbers*, 2005 Edition.

¹¹ T. Grein, F. Checchi, J.M. Escribà, A. Tamrat, U. Karunakara, C. Stokes, V. Brown, D. Legros, *Mortality among displaced former UNITA members and their families in Angola: a retrospective cluster survey*, "British Medical Journal", vol. 327, 20 September 2003.

¹² International Rescue Committee, *Mortality in the Democratic Republic of Congo: Results from a Nationwide Survey*, 2003.

¹³ F. Checchi, L. Roberts, *Interpreting and using mortality data in humanitarian emergencies. A primer for non-epidemiologists*, "HPN Network Paper Number", 52, ODI, 2005.

¹⁴ N. Middleton, P. O'Keefe, *Disaster and Development. The Politics of Humanitarian Aid*, 1998.

¹⁵ International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, *World Disasters Report*, 2005.

¹⁶ World Health Organization, *Health in Emergencies*, Issue No. 17, August 2003.

¹⁷ D.A. Schuey, *Mitigating the Adverse Impacts of Project Funding in Emergencies: Can we respond competently and also with nuance?*, 2003.

2.5. Produzione globalizzata: condizioni di lavoro ed effetti sulla salute dei lavoratori di Fabio Capacci* e Francesco Carnevale*

Globalizzazione e salute dei lavoratori: di cosa parliamo

L'ILO (International Labour Organization), organizzazione "globale" il cui lavoro è sempre più incentrato alla risoluzione dei problemi sociali associati alla globalizzazione dell'economia, al Congresso mondiale di Madrid su "Sicurezza e salute nel lavoro" nel 1996 definiva la "globalizzazione" come la crescente integrazione delle economie nazionali in un mercato globale attraverso il commercio, gli investimenti ed altri flussi finanziari, o, detto in altro modo, il complesso, intenso e continuamente crescente interscambio attraverso il mondo intero di beni, servizi, produttività...; ma anche di mano d'opera, come ritenne doveroso aggiungere il relatore di allora, Mr. Ali Taqi, vice direttore generale dell'ILO.

Lee K., nel 2000 ribadisce come la globalizzazione sia "*processo di intima interazione tra attività umane che interessa numerose sfere compresa quella economica, politica, sociale e culturale... [ed] occupa tre dimensioni: spaziale, temporale, cognitiva*".

Nessuna di queste definizioni, pur descrivendo gli scopi della globalizzazione, riesce a chiarire o a mettere in guardia sui meccanismi con i quali l'organizzazione capitalista "globale" con le sue politiche macroeconomiche porti alla crescita di "disuguaglianze globali"¹.

L'economia globale, crea legami economici sostanzialmente tra chi è in grado di gestirli cioè, in buona sostanza, tra grandi corporazioni multinazionali, degli USA, dell'Europa di parte dell'Asia. Il resto del mondo, e in particolare gran parte di Asia, Africa ed America Latina, è coinvolto solo in quanto fonte di materia prima o di mano-

* Azienda Sanitaria di Firenze, Dipartimento della Prevenzione, Unità Funzionale di Prevenzione, Igiene e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro, "G. Pieraccini".

dopera a basso costo. Circa la metà del “commercio globale” non avviene affatto tra nazioni bensì all’interno di multinazionali che hanno organizzato la loro rete produttiva nel mondo proprio per sfruttare queste “risorse” e per trasferire profitti in paesi a minor pressione fiscale.

Gli interscambi “mondiali” non sono una novità contemporanea e la “globalizzazione” è solo la più recente espressione economica e macroscopica del fatto che i benefici del commercio internazionale sono ben lontani dall’essere distribuiti equamente ed avvantaggiano in particolare le corporazioni che hanno interessi sovranazionali mentre possono portare profonde conseguenze negative sulla vita di molti lavoratori, anche in termini di salute. Le principali caratteristiche che differenziano l’economia globale contemporanea dalle modalità di scambio internazionale del passato, sono sostanzialmente¹:

- I. la nascita di nuove organizzazioni internazionali con giurisdizione e potere sovranazionale (GATT dal 1946 e, quindi, WTO dal 1995) che hanno l’obiettivo di facilitare il commercio internazionale, riducendo dapprima gli ostacoli di tipo tariffario, quindi agendo su eventuali politiche nazionali che possano ostacolare il libero flusso delle merci, come, ad esempio, i regolamenti sanitari e di sicurezza;
- II. gli investimenti e gli scambi che, per oltre il 70% del loro volume globale, interessano alcune aree del mondo e sono controllati da corporazioni multinazionali con modelli di espansione di tipo regionale piuttosto che globale, con poche eccezioni. Ben 51 tra le prime 100 maggiori potenze economiche mondiali non sono nazioni bensì società multinazionali;
- III. la rapidità e l’entità del flusso di capitali che scorre tra le nazioni, in buona parte di tipo speculativo, che non produce economia e può essere tanto instabile da creare, soprattutto nei paesi poveri, crisi di valuta con aumento della povertà, delle disuguaglianze e riduzione dei livelli di salute e della spesa sanitaria;
- IV. la crescente importanza dei servizi per il successo del commercio internazionale;
- V. la presenza del Fondo Monetario Internazionale e della Banca Mondiale che concedono prestiti internazionali ai paesi bisognosi

in cambio della loro adesione a linee di sviluppo economico tipiche della ortodossia neolibera dei paesi ricchi: riduzione dei sussidi per le voci base del consumo, riduzione di tariffe e controllo sui flussi di capitali, privatizzazioni delle imprese di Stato, svalutazione monetaria per incrementare la competitività delle esportazioni, riduzione delle spese sanitarie, previdenziali e per la scuola. Tutte scelte che possono produrre effetti sulla salute ed alterare il mercato del lavoro locale.

Dunque non c'è molto in comune tra le migrazioni di prima della guerra, dall'Europa, ricca di lavoro ma povera di terra, verso le colonie ricche di risorse ma povere di lavoro (Australia, Canada, Messico ed anche USA); oltre 60 milioni di persone sono migrate nella prima metà del '900, per lo più indigenti e non professionalizzate. Al contrario dagli anni '70 le politiche migratorie dei paesi industrializzati hanno favorito in maniera crescente la mano d'opera specializzata mentre gli imprenditori spostano capitali all'estero cercando mano d'opera a buon mercato direttamente nei paesi dove le particolari condizioni sociali la rendono disponibile. Questa situazione rende difficile per i lavoratori, nonostante condizioni di lavoro critiche, organizzarsi per ottenere miglioramenti, vulnerabili come sono di fronte a qualsiasi minaccia di chiusura delle fabbriche non appena si renda disponibile mano d'opera più a buon mercato. È quanto è successo e sta succedendo, ad esempio, con la rilocalizzazione delle aziende dal Messico alla Cina, ma anche sotto i nostri occhi, con la crisi di alcuni dei nostri principali distretti industriali ma anche con la chiusura dei laboratori cinesi in Italia ed il trasferimento delle lavorazioni direttamente nella madre patria cinese.

Difficile prevedere le evoluzioni future del fenomeno: potrebbero, ad esempio, crearsi in Africa condizioni di lavoro ancor più a buon mercato rispetto alla Cina o potrebbero svilupparsi ulteriori stratificazioni economiche e di condizioni di lavoro a favore dei lavoratori altamente specializzati o di quelli che lavorano nel privato rispetto a quelli che rimangono in un sistema pubblico sempre più eroso.

La globalizzazione nuoce alla salute?

In termini generali, la vicenda SARS ha mostrato tre aspetti particolarmente esemplificativi delle possibili associazioni tra globalizzazione e salute: il primo è che i grandi flussi di persone e merci attraverso il mondo possono accelerare la diffusione di problemi sanitari; il secondo è che anche le conoscenze scientifiche che si producono in risposta ad emergenze sanitarie possono diffondersi rapidamente, soprattutto se l'emergenza è globale; il terzo è che, ciononostante, se il sistema di sanità pubblica viene indebolito dalla spinta verso le privatizzazioni e dalla mancanza di regole, la capacità di risposta nei confronti dei problemi di salute pubblica rischia di essere compromessa.

Ma per rimanere sui temi del lavoro, le prime stime "globali" elaborate dall'ILO su dati relativi agli anni '90, hanno mostrato un aumento progressivo degli infortuni sul lavoro nel mondo fino a raggiungere il numero di 250 milioni di infortuni non mortali stimati nel 1999 ed un numero di patologie professionali pari a 160 milioni/anno. Il numero di morti a causa del lavoro ogni anno nel mondo risulta di 1,2 milioni, dato ritenuto però ampiamente sottostimato². Secondo i dati ufficiali, ad esempio, in India sono denunciati ogni anno 222 incidenti mortali sul lavoro, numero analogo a quello registrato nella Repubblica Ceca dove, però, la forza lavoro è circa 1% di quella indiana; in realtà, l'ILO stima che gli infortuni mortali in India siano circa 40.000 l'anno³.

Possiamo ritenere questi dati effetto della globalizzazione? Forse, almeno nel senso che sono effetto della crescita del lavoro, necessario per uscire dall'indigenza; crescita tumultuosa, grazie alla globalizzazione, ma senza quelle tutele che non vi erano prima e che nessuno sembra avere interesse ad introdurre ora, forse neppure i lavoratori, considerato che la disponibilità di manodopera a basso costo sembra rappresentare l'unica moneta in grado di "comperare" il diritto al lavoro.

Chi sostiene i vantaggi della globalizzazione, ritiene che la ricchezza creata grazie all'aumento del commercio globale non possa che portare ad un miglioramento dei servizi sanitari, dell'educazione e, quindi, ad un miglioramento della salute. Infatti, nelle due decadi

passate il commercio globale è triplicato con un forte aumento della produzione di informazione, conoscenza e tecnologia.

Altri analisti, più critici, affermano non esservi alcun serio sostegno al paradigma che associa commercio/crescita/ricchezza, almeno nel senso della equa distribuzione di tali vantaggi, e che in paesi a basso reddito la crescita economica ha sempre portato all'aumento delle disparità, alla riduzione delle risorse pubbliche ed a maggiori rischi per la salute dovuti, in particolare, a determinanti non "sanitari" correlati al lavoro ed alla vita quotidiana. La preponderanza di manodopera nei paesi meno industrializzati assieme alla liberalizzazione del commercio ha portato al trasferimento verso quei paesi di tecnologie obsolete ed a rischio, di prodotti chimici, del trattamento di rifiuti pericolosi incluso l'asbesto, all'aumento del lavoro in catene di montaggio, a ridotta qualità del lavoro con minime opportunità di miglioramento ed all'aumento di impieghi casuali e precari.

In termini strettamente economici negli ultimi 20 anni di crescita del mercato globale i benefici sono stati in maniera sproporzionata a favore dei paesi più ricchi, diversamente da quanto era avvenuto nelle due decadi precedenti (1960-1980)⁴. Il flusso degli investimenti si è concentrato in una decina di paesi mentre la maggior parte dei paesi poveri, rimasti ai margini, si trovano in competizione fra loro per guadagnare una piccola fetta di mercato "globale". Dunque non è così sorprendente il fatto che i redditi si siano ridotti per un quarto della popolazione mondiale, gran parte della quale nell'Africa sub sahariana.

È sicuro che, a seguito dei processi di globalizzazione economica, siano da attendersi effetti sulla salute dei lavoratori, nei paesi ricchi come in quelli poveri, anche se in misura e con meccanismi profondamente differenti, come è facile comprendere considerando che il gap tra i redditi medi dei paesi industrializzati e quelli in via di sviluppo è passato da 1:50 negli anni '60 ad 1:120 di oggi⁵. Alcune variabili responsabili delle differenze di effetti negativi sulla salute dei lavoratori tra paesi ricchi e paesi in sviluppo sono sintetizzate di seguito²:

- molti processi produttivi sono affrontati con maggiore impegno

di forza lavoro nei paesi in via di sviluppo rispetto a quelli industrializzati;

- le condizioni climatiche sono spesso più impegnative nei paesi in via di sviluppo;
- conoscenza e consapevolezza dei pericoli e, di conseguenza, delle modalità per gestire il rischio sono significativamente inferiori nei paesi con redditi più bassi;
- macchinari, impianti ed attrezzature più obsolescenti nei paesi in sviluppo;
- trasferimento nei paesi in via di sviluppo, spesso senza appropriate misure per il controllo dell'esposizione, di lavorazioni pericolose, con minerali e sostanze chimiche cancerogene, in passato più utilizzate nei paesi industrializzati;
- aumento del lavoro a turni anche notturni nei paesi industrializzati, fattori legati alle patologie circolatorie;
- presenza di malattie trasmissibili correlabili al lavoro (malaria, epatiti, infezioni batteriche e virali) in prevalenza nei paesi a basso reddito;
- possibilità che la minor aspettativa di vita nei paesi in via di sviluppo impedisca il manifestarsi di patologie a lunga latenza, come i tumori ed i disturbi circolatori.

I paesi "occidentali"

La storia del lavoro, nei paesi occidentali, per gran parte del XX secolo è stata caratterizzata da dure lotte tra lavoratori ed imprenditori per ridurre la precarietà delle condizioni di lavoro ed ottenere stipendi al passo con il costo della vita, orari di lavoro e contratti di assunzione regolari. Nell'ultimo scorcio di secolo, tuttavia, è di nuovo cresciuta la precarietà perfino in quei settori che sembravano offrire a tempo pieno condizioni di lavoro più stabili e protette.

Questo scivolare del mondo del lavoro verso la precarietà, l'insicurezza della mansione, il minor controllo sul lavoro, la riduzione del supporto sociale al lavoro e dell'accesso a benefici e l'aumentare dell'insicurezza economica, possono avere ripercussioni negative sulla salute.

Nei paesi occidentali, dove la riduzione della natalità e l'aumenta-

ta longevità contribuiscono a rendere le risorse da destinare al sistema della sicurezza sociale insufficienti a mantenere i livelli già raggiunti, si pone la necessità di prolungare la vita lavorativa per ridurre il peso economico degli anziani e mantenere il livello della manodopera. Ciò avviene però in un sistema di flessibilità del lavoro nei confronti del quale l'età non aiuta affatto e comporta l'insorgenza e l'aggravarsi tra i lavoratori di patologie cronico-degenerative in cui il contributo dell'età e quello del lavoro si intrecciano in maniera non discriminabile; le patologie muscolo scheletriche, ad esempio, rischiano di diventare la principale causa di assenza dal lavoro in una popolazione lavorativa "anziana"⁵.

I paesi "meno abbienti"

È abbastanza paradossale e indicativo del diverso "portato" della globalizzazione alle diverse latitudini, che, al contrario, nei paesi poveri un problema cruciale sia quello di combattere lo sfruttamento del lavoro minorile a cui le famiglie devono sottostare per far fronte alle necessità della sopravvivenza, e che il lavoro minorile in sé, quando non sfruttato, sia da considerare un dono per bambini ed adolescenti che non hanno alcuna aspettativa scolastica (istruttivo, in proposito, visitare i siti che parlano dei NATs, Ninos y Adolescentes Trabajadores).

Lo sviluppo di nuove tecnologie, la divisione globale del lavoro, le aspettative di prodotti a basso costo da parte dei consumatori e la tendenza di investitori ed azionisti a ricercare il massimo ritorno dai propri investimenti finanziari, ha portato alla nascita di nuove occupazioni ma anche di nuove patologie professionali. Allo stesso tempo, le vecchie patologie non sono affatto scomparse ma anzi sono aggravate dalle stesse tendenze ed in conseguenza della grande massa di nuove generazioni di lavoratori esposti a rischi e tossici ben noti nei paesi sviluppati ma apparentemente meno noti nei paesi in fase di sviluppo e con economie di transizione.

Molto spesso queste masse di lavoratori provengono da aree rurali e non hanno nessuna esperienza di processi industriali, di elettricità, di macchine, di sostanze chimiche o di tecniche di lavoro in altezza in edilizia. In Cina, ad esempio, si stima che circa 100 milioni

di persone siano migrate dalle zone rurali verso le grandi regioni industriali nel corso di pochi anni⁶.

Tecnologie pericolose ma per le quali nei paesi industrializzati erano stati raggiunti accettabili standard di sicurezza, vengono esportate senza alcun “know how” rispetto alla gestione dei rischi tanto che le conseguenze di tali rischi si ripresentano nei paesi in via di sviluppo.

Chi migra per lavorare

È una palese contraddizione vedere che la popolazione ricca si muove liberamente nel pianeta mentre chi ha bisogno di lavorare non può fare altro che scegliere tra il continuare a vivere in condizioni di povertà nelle periferie urbane o nei campi profughi oppure tentare l’emigrazione illegalmente ed a proprio rischio e pericolo, magari dentro un container.

Se davvero un lavoratore fosse libero di scegliere dove andare a lavorare, forse sarebbe perfino ovvio attendersi una migrazione di manodopera verso i paesi in grado di garantire i diritti suoi e della sua famiglia.

Se davvero le frontiere fossero aperte alla mano d’opera, libera di cercare sul mercato globale le condizioni migliori di lavoro, forse potrebbe prevalere la forza delle rivendicazioni dei lavoratori rispetto alla tendenza verso il basso delle loro condizioni di lavoro. E se anche l’offerta di lavoro fosse insufficiente, visto che circa 1/3 della popolazione lavorativa mondiale risulta disoccupato o sotto occupato ed anche nella EU il tasso di disoccupazione ha raggiunto, in epoca recente, valori attorno all’11%, sarebbe preferibile attendere il lavoro in un paese dove almeno ti è concesso il rispetto umano oppure accettare regole come quelle attualmente imposte in Cina, oppure in India o in Bangladesh?¹⁰

È palese la provocazione ma tanto basta per comprendere che l’economia globale non può in nessun caso evitare di affrontare e di gestire gli squilibri su cui si fonda e che si esprimono anche in fenomeni quali il doppio senso della migrazione che interessa attualmente l’Europa dove assistiamo ad un ingresso, pur controllato, di mano d’opera e ad un’emigrazione del lavoro.

Se, ad esempio, come suggerisce qualcuno, aumentassero in maniera unilaterale i salari dei lavoratori cinesi, soprattutto da parte delle imprese occidentali, questo avrebbe l'effetto di far crescere il costo dei prodotti "made in China" senza turbare i rapporti commerciali internazionali, dando ai lavoratori maggior potere d'acquisto e facendo crescere la domanda interna.

È ipotizzabile, ragionando in astratto, che se la manodopera potesse circolare liberamente un gran numero di lavoratori tenderebbero a ricercare migliori condizioni di lavoro e di welfare, introducendo in tal modo stimoli per equilibrare il mercato del lavoro, sollecitando nello stesso tempo dinamiche tendenti al miglioramento della produzione e ad una competitività più accettabile.

L'espansione produttiva in Cina

La situazione cinese rappresenta un buon esempio sul campo degli effetti della globalizzazione, sia interni al paese che sull'economia mondiale, ed in tal senso può essere analizzata.

I drammatici cambiamenti economici e sociali intervenuti nel corso degli ultimi 20 anni in Cina a valle di una rivoluzione "comunista" di durata ultra cinquantennale, non hanno precedenti nella storia. Nessuna nazione è mai andata incontro ad un processo di industrializzazione tanto rapido, fatto del resto comprensibile pensando che può contare su una popolazione lavorativa di oltre 700 milioni di persone. Solo da poco tempo questo processo di industrializzazione sta ricevendo la giusta attenzione in relazione al suo impatto sulla salute ambientale e del lavoro.

Le aziende cinesi detengono il 70% della produzione di giochi e di fotocopiatrici, il 40% di forni microonde e di scarpe sportive, ed è in rapido aumento la quota di produzione di videoregistratori, lettori DVD, lampade, semiconduttori e circuiti stampati.

Ma sono veramente aziende cinesi? Con la liberalizzazione economica e l'apertura di aree dove gli investitori internazionali possono operare senza tanti vincoli burocratici, la Cina si è trasformata in una delle principali nazioni dove le grandi imprese transnazionali hanno localizzato la loro produzione, attratte dalla presenza di una vasta sacca di potenziale manodopera a basso costo, che rappresenta un'ecce-

zionale opportunità di abbattimento delle spese di produzione.

Le paghe degli operai cinesi affluiti in massa dalle campagne direttamente nelle industrie, non sono sufficienti a sostenere una famiglia. Non esiste copertura sanitaria nè assicurazione nei confronti di malattie od infortuni sul lavoro. Non vi è certezza del lavoro e nessuna garanzia che lo stipendio venga pagato con regolarità. Il lavoro minorile è diffuso e combatterlo è arduo, dati i precari equilibri economici che condizionano le famiglie povere di vaste aree della Cina¹¹. Questa rete produttiva è sostenuta non solo da imprese autonome ma soprattutto da imprese che lavorano su licenza di multinazionali occidentali.

Le leggi cinesi sul lavoro ed il miglioramento della sicurezza del posto di lavoro rappresentano sempre più punti chiave della competizione internazionale. Per molti la potente crescita economica e produttiva della Cina rende questo paese il simbolo della corsa globale “verso il basso” e la salute e la sicurezza del lavoro rappresentano un esempio della pressione peggiorativa creata dal modello di sviluppo cinese su tutti i paesi produttori nell’economia globale.

Con la repentina chiusura di molte aziende statali, si è assistito, in Cina, ad una ancor più rapida crescita di quelle private, dalle piccole aziende fino alle immense città-azienda, in entrambi i casi con scarso impegno sul versante della sicurezza del lavoro e del rispetto dell’ambiente. Gli investimenti stranieri diretti e le commesse delle multinazionali hanno aumentato la competizione interna, riducendo i profitti e, di conseguenza, aumentando la pressione sui salari e sulle condizioni di lavoro.

Gli ispettori del lavoro sono nettamente insufficienti, sia per numero che per disponibilità di strumenti sufficientemente forti per garantire il rispetto delle norme, soprattutto nelle numerose aziende con forte sostegno politico. La diffusa attitudine ad applicare il principio del “produci subito, ti regolarizzerai in seguito” ha portato ad una serie impressionante di tragedie sul lavoro: fabbriche in fiamme, disastri minerari, impressionante frequenza di infortuni mortali sul lavoro, intossicazioni acute e patologie croniche attribuibili al lavoro. L’ILO stima in 11/100.000 gli infortuni mortali contro il 4,4/100.000 negli USA e le stesse statistiche del governo cinese, per quanto ampiamente sottostimate, riportano una crescita degli eventi

infortunistici del 27% nel 2001 rispetto al 2000 mentre l'aumento delle patologie professionali sarebbe stato, sempre secondo fonti governative, attorno al 13% nello stesso periodo 2000-2001⁶.

Tuttavia, vista la massiccia disponibilità di manodopera e nonostante l'incredibile sviluppo economico, rimane alta la disoccupazione, molto compressa è la libertà sindacale ed i problemi che si pongono di fronte ai lavoratori e per i quali lottare sono enormi: gli aumenti salariali, la riduzione degli orari di lavoro, la difesa dagli abusi sessuali. In tali condizioni il miglioramento della sicurezza del lavoro pesa, nell'immediato, meno degli altri⁷.

Il governo cinese, conscio dei problemi relativi alla sicurezza del lavoro, ha promulgato leggi, regolamenti e decreti che codificano i diritti dei lavoratori e la loro salute e sicurezza. Specifiche regole sono state prodotte per la manipolazione di sostanze chimiche e radioattive pericolose. La Cina è membro dell'ILO fin dal 1919 e firmataria di 23 convenzioni ILO, anche se solo tre tra quelle fondamentali, due delle quali sull'abolizione del lavoro minorile. La Cina è inoltre firmataria dell'accordo internazionale sui diritti economici, sociali e culturali che richiede il rispetto del diritto di costituire sindacati e di proteggere la salute e la sicurezza dei lavoratori⁸.

Nonostante queste premesse, l'attuale livello di applicazione di principi e leggi per la tutela dei lavoratori rimane oltremodo problematico. Il numero degli ispettori del lavoro molto basso (1/35.000 lavoratori in media), le loro capacità tecniche limitate e la corruzione, assieme alla mancanza di azione sindacale dei lavoratori, rimangono uno dei maggiori ostacoli^{9,10}.

Tra le possibili iniziative per cambiare questo stato di cose, oltre alla auspicabile partecipazione delle masse dei lavoratori al processo di conquista e gestione della propria sicurezza, vi è quella di creare incentivi per spingere le multinazionali a migliorare le condizioni di lavoro nelle proprie filiere di produzione anche attraverso un'operazione di trasparenza, che mostri quali sono le catene dei contratti e subcontratti di produzione ed apra le fabbriche al controllo esterno.

Nel 2004 un ponderoso documento-petizione in tal senso è stato presentato dall'American Federation of Labor and Congress of Industrial Organizations (AFL CIO), una delle maggiori organizzazioni sindacali americane, alla sezione 301 prevista dal Trade Act del

1974, principale autorità statutaria degli USA che può imporre sanzioni commerciali contro paesi che violino diritti o danneggino ingiustificatamente gli interessi commerciali degli Stati Uniti¹¹. La petizione è stata recentemente respinta dall'amministrazione Bush, accusata per questo dal sindacato di essere pronta a scendere in campo quando sono i giochi i profitti delle corporazioni ma non i diritti umani dei lavoratori, sia americani che, tanto meno, cinesi.

La Cina in Italia: emigrazione cinese o globalizzazione?

Il fenomeno della migrazione Cinese in Europa, ha avuto in Italia una storia particolare che ha interessato soprattutto specifici distretti in varie regioni, tra le quali la Lombardia, l'Emilia Romagna, la Toscana, la Campania.

Motivo trainante di tale processo migratorio, tipico di molti dei processi migratori cinesi, è il fatto che alla base non vi sono condizioni di vita particolarmente difficili ma bensì un progetto imprenditoriale che si sviluppa secondo uno schema collaudato di tipo familiare ed etnico. Spesso è la famiglia che migra ed i suoi membri tentano "la fortuna" in diversi paesi e con differenti iniziative imprenditoriali; sarà colui che riuscirà a cogliere le migliori opportunità che potrà riunire attorno a sé il resto della famiglia¹².

Le modalità di insediamento e sviluppo dei poli produttivi artigianali cinesi nel settore tessile e della pelletteria in Italia sono state osservate e descritte in numerosi contributi pubblicati¹³. L'osservatorio dell'Azienda Sanitaria di Firenze ha cercato di cogliere e di contribuire a correggere gli aspetti, spesso contraddittori, delle relazioni tra lo sviluppo vertiginoso del polo produttivo pellettiero e tessile insediatosi fra Firenze, Empoli e Prato e le azioni delle amministrazioni locali via via poste in essere, spesso estemporanee ed emergenziali, talvolta ragionate ma pur sempre in clamoroso ritardo e raramente compiute.

In questa sede è interessante chiedersi quanto di questo complesso processo e della sua evoluzione possa essere attribuito agli effetti di un "semplice" processo migratorio e quanto, invece, abbiano pesato sulla vicenda e sulla sua più attuale evoluzione, il processo di globalizzazione dei commerci.

In una prima fase, databile attorno ai primi anni '90, si è assistito ad un processo tumultuoso di sviluppo di attività artigianali che trovavano “economica” la produzione in prossimità del luogo di “mercato” di beni a basso e bassissimo costo. Le conseguenze per i lavoratori, in termini di salute, sono difficili da quantificare con esattezza, nonostante gli sforzi fatti. Si può tuttavia affermare che il lavoro e la vita della comunità cinese durante gli anni '90 e per i primi anni del nuovo secolo sono state caratterizzate da una palese disparità per quanto riguarda le condizioni igieniche e di sicurezza degli ambienti di lavoro e di vita rispetto alle nostre imprese. Difficile anche valutare quanto questa condizione fosse un portato culturale e quanto uno strumento di contenimento dei costi. Sicuramente il “sistema” cinese di quegli anni in Toscana è stato apparentemente impermeabile ad ogni condizionamento esterno e ad ogni intervento, anche giudiziario. Si deve anche riconoscere che gli effetti di queste condizioni, probabilmente non molto diverse da quelle che gli stessi lavoratori avrebbero potuto sperimentare nel loro paese nello stesso periodo e per lo stesso tipo di attività, non hanno prodotto da noi eventi clamorosi e che i rischi maggiori, sempre temuti e costantemente monitorati, di fatto non si sono espressi nelle loro più gravi conseguenze. Più che attribuire ciò alla buona sorte, è da rilevare come abbiano pesato nel controllo degli esiti maggiori, la rete dell'assistenza sociale che, prima il volontariato e poi le istituzioni, hanno comunque saputo mettere in campo sia sul versante della prevenzione (interventi nei luoghi di lavoro) che in quello della sanità.

Si deve anche rilevare come, nonostante l'apparente impermeabilità del sistema, cui abbiamo accennato, in realtà negli anni si è assistito, nella media delle aziende, ad un progressivo miglioramento delle condizioni di lavoro che ha fatto ben sperare in una buona integrazione tra soluzioni scelte dai cinesi per il loro distretto produttivo e compatibilità con le nostre regole. Da circa 3 anni la liberalizzazione del commercio ha indotto i cinesi a riportare in Cina le proprie attività che là possono essere condotte ad ancor più basso costo mentre in Italia restano coloro che hanno fatto in tempo ad accumulare risorse sufficienti alla trasformazione di un'attività artigiana a basso costo in una pura attività commerciale di importazione. È plausibile affermare che il bilancio netto di tale operazione sia di un

aumento del reddito per le fasce benestanti ed un aumento della precarietà per quelle meno abbienti, con necessità di nuova migrazione verso altre zone con peggiori condizioni di lavoro, ma più economiche, come il rientro nella stessa Cina.

Come proteggere i lavoratori dell'economia globale

La feroce competizione nella riduzione dei costi di produzione ed il marcato declino nel rafforzare le normative nazionali di protezione del lavoro sono i principali elementi in gioco nel condizionare la sicurezza del lavoro nei paesi in sviluppo, mentre nei paesi “sviluppati” interviene la ridotta sicurezza dell'impiego che con la sicurezza del lavoro ha indirette ma forti connessioni.

In Italia sta rallentando il miracolo economico e produttivo del Nord est, si è conclusa l'avventura del distretto tessile pratese ma stanno anche rientrando in Cina le produzioni che gli stessi imprenditori cinesi avevano creato negli anni '90; ed alla base di ciò altro non c'è se non la ricerca dei minori costi di produzione oggi ottenibili senza alcun vincolo di mercato ma neppure etico o normativo.

I tentativi di accordo sulle garanzie per i diritti del lavoro e per la sicurezza, come quelli presi nell'ambito del North American Free Trade Agreement (NAFTA), hanno fallito in quanto troppo deboli per contrastare i compromessi politici e diplomatici che ne vogliono impedire l'applicazione, e per non essere stati in grado di comprendere il contesto economico e politico nel quale l'accordo avrebbe dovuto applicarsi¹⁴. Tuttavia è convinzione diffusa che alcuni punti del NAFTA per la salvaguardia della salute dei lavoratori debbano essere alla base di qualsiasi futuro accordo di commercio ed investimento: una base minima di regolamenti su salute e sicurezza del lavoro sia a livello di normative nazionali che di standard internazionali da ratificare e rafforzare nel tempo (ad es. Convenzioni ILO); la tendenza verso l'armonizzazione degli attuali standard; una chiara ed esplicita definizione delle responsabilità degli imprenditori nel caso di violazione degli standard; il riconoscimento delle diverse condizioni economiche fra partner commerciali e la previsione di assistenza tecnica e finanziaria per superare disincentivi economici e mancanza di risorse¹⁵. È comunemente accettata l'interpretazione

secondo la quale le “rivoluzioni industriali” rappresentino un diritto – dovere di ogni comunità e di ogni paese e che necessariamente richiedano “lacrime e sangue”, come è successo tanto nel ‘700 inglese che nella modernizzazione autoritaria italiana del fascismo. Alcuni economisti ritengono anche che non è possibile saltare i passaggi negativi di questo processo imparando dalle esperienze passate di altri paesi ma che, al massimo, è possibile renderli sostanzialmente più “rapidi”. E in questo senso si muovono, come abbiamo visto, gli organismi sovranazionali di tipo economico e tecnico ma anche le organizzazioni e le società scientifiche come l’ICOH (International Commission on Occupational Health) e come l’Associazione Internazionale di Sicurezza Sociale (AISS) che, con l’ILO ed il National Safety Council americano hanno organizzato nel 2005 ad Orlando, in Florida, il XVII Congresso Mondiale per la Prevenzione dei rischi professionali. Il Congresso, il cui tema centrale era *“La prevenzione in un mondo globale: riuscire insieme”*, ha prodotto una dichiarazione dal titolo *“La prevenzione: un valore di attualità per un mondo di domani”* che in 7 punti indica obiettivi generali tra i quali vale la pena segnalare il punto 3: *“la sicurezza e la salute al lavoro debbono essere considerati come una parte integrante dell’attività commerciale sia nelle grandi che nelle piccole aziende e così anche nel settore dell’economia informale. La sicurezza e la salute al lavoro dovranno essere presenti assieme agli altri obiettivi organizzativi perché portano vantaggi considerevoli sul piano sociale e su quello economico”*¹⁶.

Conclusioni

Delle brevi conclusioni non possono che riprendere argomenti già affrontati in precedenza¹⁷.

Le molte iniziative che è bene fioriscano in questo campo debbono essere orientate verso tre obiettivi principali:

1. i gruppi finanziari ed i gruppi industriali che “emigrano” in paesi con manodopera a basso costo, bisogna che abbiano riconosciuti vantaggi nell’esportare assieme alle iniziative produttive anche misure di prevenzione e svantaggi se ciò non avviene, sia di natura economica diretta che “indiretta” come danno d’immagine;

2. indubbi benefici sarebbero apportati per tutti i lavoratori nelle varie realtà dall'armonizzazione internazionale di standard del lavoro, dalla inclusione di una "clausola sociale" nei contratti di mercato e negli accordi tra paesi, dalla definizione a livello di ognuno dei paesi in via di sviluppo di regole sicure riguardanti il costo del lavoro, la dignità e la sicurezza dei lavoratori;
3. È sicuramente il caso di non accettare passivamente l'estremismo di quella ideologia che tende a presentare il mercato globale, così come autonomamente si sviluppa, con tutti i suoi attuali paradigmi, come il solo ed imm modificabile strumento capace di rispondere alle esigenze della maggioranza degli uomini. Il processo, se non può essere bloccato, è suscettibile comunque di condizionamenti "dal basso" oltre che "dall'alto", tanto da aggiornarne sia la strategia generale che molti obiettivi intermedi.

Note bibliografiche

¹ J.M. Spiegel, R. Labonte, A. Ostry, *Understanding "Globalization" a determinant of health determinants: a critical perspective*, "Int. J. Occup. Environ. Health", 2004, 10 (4), pp. 360-367.

² J. Takkala, *Global estimates of traditional occupational risks*, "SJWEH", suppl. 2005, 1, pp. 62-67.

³ ILO, Report ILO/05/36. XVII World Congress on Safety and Health at Work, 18 sep. 2005, Orlando, Florida.

⁴ M. Weisbrot, D. Baker, E. Kraev, J. Chen, *The scorecard on globalization 1980-2000: its consequences for economic and social well-being*, "Int. J. Health Serv.", 2002, 32 (2), pp. 229-53.

⁵ B. Froneberg, *Challenges in occupational safety and health from the global market economy and from demographic change-facts, trends, policy response and actual need for preventive occupational health services in Europe*, "SJWEH", suppl. 2005, 1, pp. 23-27.

⁶ G.D. Brown, D. O'Rourke, *The race to China and Implications for Global Labor Standards*, "Int. J. Occup. Environ. Health", 2003, 9 (4), pp. 299-301.

⁷ D. O'Rourke, G.D. Brown, *Experiments in transforming the global workplace: incentives for and impediments to improving workplace conditions in China*, "Int. J. Occup. Environ. Health.", 2003, 9 (4), pp. 378-385.

⁸ S.D. Frost, *Rules and Regulations in Chinese Factories*, "Int. J. Occup. Environ. Health", 2003, 9 (4), pp. 317-319.

⁹ T.E. Pringle, S.D. Frost, *"The absence of rigor and the failure of implementation": Occupational Health and Safety in China*, "Int. J. Occup. Environ. Health", 2003, 9 (4), pp. 309-316.

¹⁰ Su. Zhi, *Occupational health and safety legislation and implementation in China*, "Int. J. Occup. Environ. Health", 2003, 9 (4), pp. 302-308.

¹¹ American Federation of Labor and Congress of Industrial Organizations. Petition under section 301 of the Trade Act of 1974, 2004. Disponibile da: www.workinglife.org/FOL/pdf/China - AFL%20301%20petition.pdf

¹² A. Ceccagno, *Modelli di insediamento delle Comunità cinesi in Italia*, Atti del Convegno "Comunità cinesi in Italia e accesso ai servizi socio-sanitari", 12 nov. 2005, Prato, Italia, Azienda USL 4, Prato 2005.

¹³ F. Capacci, F. Carnevale, N. Gazzano, *The health of foreign workers in Italy*, "Int. J. Occup. Environ. Health", 2005, 11 (1), pp. 64-69.

¹⁴ G.D. Brown, *Protecting Workers' Health and Safety in the Globalizing Economy Through International Trade Treaties*, "Int. J. Occup. Environ. Health", 2005, 11 (2), pp. 207-209.

¹⁵ R. Loewenson, *Globalization and occupational health: a perspective from southern Africa*, "Bulletin of the World Health Organization", 2001, 79, pp. 863-868.

¹⁶ M. Mongalvy, E. Draiss, *Congrès compte rendu. XVII Congrès Mondial sur la sécurité e la santé au travail*, "INRS - Cahiers de notes documentaires", 2005, 201, pp. 81-83.

¹⁷ F. Capacci, F. Carnevale, N. Gazzano, *Globalizzazione e salute dei lavoratori*, "Salute e Sviluppo", 2004, 1, pp. 17-27.

2.6. Patologie della disuguaglianza e ricerca scientifica di Nicoletta Dentico*

Introduzione

La scienza biomedica e la tecnologia farmaceutica si sono sviluppate con rapidità vertiginosa negli ultimi decenni, e con una ricchezza di scoperte senza precedenti. Queste hanno migliorato la salute e prolungato la speranza di vita, ma non per tutti. Anzi, mai come oggi risulta incolumabile il divario tra il progresso della scienza ed i bisogni della popolazione mondiale nel campo della salute: 14 milioni di persone muoiono ogni anno per malattie infettive e parassitarie prevenibili, che colpiscono perlopiù la popolazione povera dei paesi a basso reddito, soprattutto in Africa¹. In questi stessi paesi, più di 42 milioni di persone convivono con il virus dell'HIV. Tra queste, oltre 2 milioni sono bambini sotto i 15 anni. Non è tutto: i pazienti delle nazioni impoverite rappresentano ormai il 59% dei 56,5 milioni di morti dovute ogni anno alle malattie non trasmissibili – patologie cardiovascolari, tumori, diabete, obesità – erroneamente considerate soltanto un prodotto degli stili di vita delle società industrializzate².

Buona parte di questo catalogo degli orrori potrebbe essere evitata se, fra le altre misure strutturali di giustizia sociale e lotta alla povertà, si rendessero disponibili terapie efficaci ed adeguate. Eppure un terzo della popolazione mondiale oggi non ha regolare accesso alle cure salvavita. I fattori in gioco sono i più diversi, a cominciare dal costante impoverimento di molte comunità, le infrastrutture sanitarie a dir poco fatiscenti, la poca disponibilità di risorse finanziarie ed umane: basta visitare anche solo uno dei paesi del continente africano per farsi un'idea della complessità delle sfide che le popolazioni locali sono quotidianamente costrette ad affrontare. La questione tuttavia riguarda anche il totale fallimento della nostra società

* Policy and advocacy manager, Drugs for Neglected Diseases Initiative (DNDI).

tecnologicamente avanzata di puntare alla creazione e sviluppo di strumenti di salute (diagnostici, vaccini, medicinali) per le più nefaste malattie endemiche nei paesi in via di sviluppo. Un altro elemento chiave riguarda il costo elevatissimo dei farmaci sotto brevetto. L'assenza di versioni generiche e a buon mercato di questi farmaci essenziali rimanda senza troppi giri di parole al fatto che la stragrande maggioranza dei pazienti devono fare a meno di quelle terapie che potrebbero salvare, o almeno prolungare, la loro vita. La battaglia per gli antiretrovirali contro l'Aids ha portato la questione alla ribalta della cronaca, ma l'ostacolo del prezzo delle nuove terapie si frappone ritualmente per tutte le malattie, che si tratti dei ceppi resistenti di tubercolosi, della polmonite o della malaria, oppure di nuovi trattamenti per l'epatite, il cancro, o il diabete. Una sentenza di morte inappellabile. Per milioni di persone.

La consapevolezza sulle scabrose inefficienze del sistema sta lentamente venendo a galla. Lo dimostra la decisione dell'OMS di costituire nel 2003 una commissione speciale con il mandato di "produrre un'analisi sui diritti di proprietà intellettuale, l'innovazione e la salute pubblica, ivi inclusa la questione degli appropriati finanziamenti ed incentivi per la creazione di nuovi medicinali ed altri prodotti contro malattie che colpiscono in maniera sproporzionata i paesi in via di sviluppo". La Commissione su Proprietà Intellettuale, Innovazione e Salute Pubblica (CIPHI) ha condotto una ricognizione ambiziosa e difficile nei suoi tre anni di vita. Assediata da innumerevoli controversie sulla questione dei brevetti, la Commissione ha operato nel segno di una progressiva polarizzazione delle posizioni, ispirate a "considerazioni ideologiche ed interessi di parte"³, che hanno reso particolarmente impervia la strada del consenso all'interno dei suoi stessi membri⁴. Il rapporto, uscito in aprile 2006, tardivamente rispetto alle attese, consegna una ricca ed inequivocabile diagnosi del fallimento dei diritti di proprietà intellettuale come incentivo per la ricerca per le malattie legate alla povertà, e propone 60 raccomandazioni rivolte perlopiù ai governi e all'OMS, perché riprendano in mano le regole del gioco e invertano le attuali tendenze con salutari politiche di responsabilità pubblica.

Si contano peraltro altre iniziative volte a porre la questione al centro del dibattito politico internazionale, sia sul fronte politico che su

quello più propriamente scientifico. Un primo segnale promettente deriva dal maggiore numero di articoli della stampa specializzata e generalista sul tema della lotta alle malattie della povertà, pubblicati a partire dal 2005. Nello stesso anno, richieste sono giunte all'OMS di considerare un nuovo trattato internazionale sulla ricerca medica, con l'adesione di numerosi scienziati ed accademici. Ugualmente, la nuova fondazione *Drugs for Neglected Diseases Initiative* ha lanciato prima del G8 di Gleanagles un appello globale per la ricerca per le malattie dimenticate, sottoscritto da 19 Premi Nobel, politici e scienziati di tutto il mondo⁵. Qualche proposta in materia è stata articolata sotto la leadership britannica per il vertice dei grandi in Scozia, e d'altro canto la mobilitazione internazionale legata agli Obiettivi del Millennio (MDGs) aiuta a non perdere di vista, seppure senza eccessive speranze, l'orizzonte fissato per l'anno 2015 anche nel campo della salute. Non va dimenticata inoltre (ultima in ordine di tempo) la risoluzione per una "*Global Framework on Essential Health R&D*"⁶ che Kenya e Brasile hanno presentato all'OMS nel novembre 2005. Essa segna una novità di leadership dei governi su un terreno delegato da troppo tempo ad esclusivo appannaggio del settore industriale farmaceutico. Primi, incerti passi: decisamente troppo presto per parlare di una svolta.

La ricerca e sviluppo nel campo medico: il potere dei soldi

Scopo della ricerca è quello di migliorare la salute globale. Eppure, viviamo in un mondo che condivide e mondializza le malattie – ormai definite "*pandemie*", epidemie globali appunto – ma in cui i rimedi sono proprietà privata di nazioni abbienti e pantagrueliche industrie che beneficiano delle posizioni di monopolio conferite loro dall'attuale regime di proprietà intellettuale. Da anni è in atto un'energica battaglia per aumentare la disponibilità di copie meno costose di medicinali prodotti dalle competitive aziende di farmaci generici, in modo da erodere la barriera degli attuali costi delle terapie salvavita. Sembra esserci però un conflitto naturale tra l'obiettivo dell'accesso ai farmaci essenziali come ultima e cogente frontiera del diritto fondamentale alla salute, ed il mantenimento di un regime commerciale che punta a finanziare la ricerca medica permettendo a posizioni dominanti di imporre prezzi esorbitanti, insostenibili oramai per le stesse

economie, e soprattutto per i pazienti, dei paesi industrializzati.

Più del 95% delle attività di ricerca mondiali avvengono nei paesi ricchi. Quasi tutti i farmaci sono prodotti dalle grandi multinazionali del farmaco. Se alle università ed agli istituti pubblici spetta infatti la gran parte della ricerca di base, quella più esposta a rischio di insuccesso. Sono le industrie farmaceutiche ad acquistare con licenze le molecole candidate al successo, attraverso gli ulteriori passaggi della scoperta e dello sviluppo di una nuova terapia, per lanciare quest'ultima sul mercato. Il che equivale a dire che nessuna innovazione viene trasformata in un nuovo prodotto, a meno che le case farmaceutiche non intuiscano un'opportunità di considerevole incremento delle vendite e delle quote di mercato, in risposta alle esigenze degli azionisti.

Gli investimenti nella ricerca per la salute sono aumentati del 350% dal 1986 al 2001, passando da 30 a 106 miliardi di dollari. Si tratta di una buona notizia, se non fosse che questo importante incremento non ha minimamente scalfito quello che ancora oggi viene definito il divario 10/90 (il 90% della ricerca dedicato ai bisogni di meno del 10% della popolazione mondiale), il quale semmai negli anni ha subito un ulteriore peggioramento:

- Per molti anni la ricerca nel campo della patologie infettive tropicali è rimasta bloccata;
- Le attuali terapie contro numerose forme di cancro prolungano la vita solo di pochi mesi;
- Manca una ricerca clinica indipendente, capace di rispondere ai reali bisogni dei bambini;
- È urgente lo sviluppo di nuovi strumenti per la diagnosi e la cura della tubercolosi, soprattutto nei pazienti sieropositivi e nei bambini;
- Mancano vaccini contro l'Aids, la malaria e molte altre malattie trasmissibili, mentre la produzione mondiale dei vaccini è ormai in netto declino;
- Occorrono terapie più adeguate per il diabete, l'asma ed altre malattie croniche;
- Servono nuovi antibiotici, nella *corsa al riarmo* fra la società ed il patogeno, per cui ogni medicinale offre un margine di respiro assai corto.

Meno del 5% di tutti gli investimenti in ricerca e sviluppo (3 miliardi di dollari sul 70,5 nel 2001) hanno una qualche rilevanza per lo stato di salute del 90% della popolazione⁷. Sei tipi di patologie (le malattie cardiovascolari, il sistema nervoso centrale, le patologie metaboliche, infettive, respiratorie e muscolari) coprono oggi l'85% delle vendite di medicinali. In contrasto, delle 1556 nuove medicine approvate tra il 1975 ed il 2004, solo 21 (l'1,3%) sono state destinate alle malattie tropicali ed alla tubercolosi, che gravano sullo stato della salute del mondo con il 12% delle vittime⁸. Le 350 milioni di persone esposte alle malattie tropicali sono un'umanità inservibile, in un'ottica di mercato. Non hanno nessun potere d'acquisto.

Le malattie dimenticate

Mancano vaccini, mancano diagnostici adeguati ai contesti dei paesi poveri. Poveri di risorse, di acqua, di strutture e personale sanitario. I medicinali a disposizione, quando esistono, sono troppo costosi. Oppure antiquati e poco efficaci, come accade per **la leishmaniosi**, una malattia parassitaria che colpisce 12 milioni di persone in 88 paesi, ed è mortale senza trattamento. Talvolta invece anche farmaci nuovi ed efficaci non sono di facile utilizzo, come nel caso dell'*eflornitina* contro **la malattia del sonno**, "il farmaco della risurrezione" (così definito per la sua efficacia), ma che deve essere somministrato in infusione ogni quattro ore per 14 giorni, con notevoli problemi di gestione del protocollo terapeutico. Sempre contro la malattia del sonno, che imperversa soprattutto in Africa (4 milioni di persone a rischio solo in Sudan, Congo e Angola), e la cui recrudescenza ci ha rimbalzati indietro ai primi decenni del '900, nuove terapie sono urgenti per sostituire farmaci antiquati e dolorosissimi come il *melarsoprol*, un derivato dell'arsenico che oltre a distruggere le vene nelle quali viene iniettato, ha ormai sviluppato resistenze significative, ed ha infine come effetto collaterale quello di uccidere più del 5% dei pazienti che intende guarire.

Malattie come la **febbre Dengue** e l'**ulcera di Buruli** non sono curabili con nessun farmaco nell'era delle magnifiche sorti e progressive della scienza, mentre l'**Aids** (che impazza con una diffusione esponenziale del virus) rende tutto maledettamente più complicato,

dal punto di vista sanitario.

Un nuovo rapporto denuncia lo scandalo della **malaria**, vera arma di distruzione di massa che uccide ormai quasi un milione di bambini ogni anno nel continente africano⁹. Pressoché invisibili, questi piccoli pazienti senza capacità di pressione politica non riescono ad attrarre sufficienti finanziamenti per la lotta ad ampio raggio contro la malattia, della quale molto si parla ma ancora con scarso successo. Eppure, si tratterebbe di un traguardo realisticamente perseguibile.

Infine, la **tubercolosi** semina quasi due milioni di morti e nove milioni di nuovi casi ogni anno. Uno stillicidio destinato a peggiorare, dal momento che la malattia avanza a causa della pandemia di HIV/Aids (un terzo dei 40 milioni di sieropositivi nel mondo sono anche malati di tubercolosi) e la sua forma multi-resistente, particolarmente difficile da curare, sta aumentando in maniera allarmante – due milioni di malati, 500.000 nuovi casi ogni anno. Eppure il principale test diagnostico per la tubercolosi attiva fu sviluppato da Robert Koch nel 1882. La tubercolina, la base del test per lo screening della tubercolosi latente, fu essa pure sviluppata da Koch nel 1890. Il vaccino attualmente in uso è stato messo a disposizione nel 1921 ed il primo farmaco contro la malattia, la streptomina, fu sviluppata nel 1944. I mezzi sono obsoleti e la strategia DOTS, raccomandata dall'OMS per affrontare in qualche modo questo contesto, mostra oggi tutti i suoi limiti. Per la forma multi-resistente, un'esigua minoranza dei pazienti ha accesso a farmaci tossici, poco efficaci e costosi. Quanto ai pazienti che hanno sia la tubercolosi che l'AIDS, in mancanza di un test adeguato, molti non giungono nemmeno alla prima tappa della diagnosi.

Ciò che rende questo scenario più inaccettabile è che gli scienziati sanno molto dei microrganismi responsabili della malattia del sonno, del Chagas e della leishmaniosi, solo per menzionarne alcune. Il genoma del parassita della malaria, e del parassita africano della malattia del sonno, è conoscenza acquisita ormai. Eppure i risultati di questi studi non vengono trasformati in nuovi strumenti diretti alle necessità dei pazienti. Nemmeno la ricerca contro il virus dell'**Hiv/Aids**, che pure ha attratto negli ultimi decenni impegno politico dei governi e risorse finanziarie da parte di un'industria farmaceutica motiva-

ta dalle pressioni delle comunità sieropositive americane ed europee, ha finora prodotto nessun impegno serio a favore dei bisogni sconfinati del 95% dei pazienti sieropositivi, che vivono nei paesi a basso reddito. Non esiste ricerca specifica indirizzata ai contesti delle società africane, per esempio, ed oltre ad essere troppo costose, le terapie restano del tutto inadeguate alle realtà di estrema povertà in cui divampa il virus. Non esistono investimenti nella ricerca e sviluppo di formulazioni pediatriche indispensabili per i quasi 3 milioni di piccoli, pazienti: poco allettanti per le grandi industrie, che non hanno bambini sieropositivi da curare nelle ricche società dei paesi industrializzati¹⁰. Come chiosa Paul Farmer, “la mortalità e la crescente prevalenza dell’HIV sono la più eloquente ed inappellabile smentita a chi volesse sostenere il contrario”¹¹.

Grande eco ha avuto l’uscita, nel settembre 2005, del primo rapporto della London School of Economics (LSE)¹² sullo scenario della ricerca nel campo delle malattie dimenticate, pubblicato dalla Welcome Trust. Il rapporto constata che le *Public-Private Partnership* (PPP), sorte numerose negli ultimi anni per colmare il gap di ricerca sulle patologie legate alla povertà, stanno svolgendo una funzione essenziale alla ripresa delle attività di ricerca in questo settore, di fatto inesistenti fino al 1999. Sono 63 i progetti di ricerca sulle malattie legate alla povertà attivati alla fine del 2004, 18 dei quali in fase di trial clinici, e due persino di registrazione dei farmaci. Da queste iniziative è possibile attendersi 8 o 9 nuovi medicinali nei prossimi 5 anni. L’attesa attira il dibattito su questi nuovi attori “ibridi” nel campo della ricerca scientifica, e della salute globale. Fattore novità a parte, la storia delle PPP è quella di un successo potenziale ma non garantito se il contesto in cui operano resta immutato. Sulla loro sostenibilità il rapporto della LSE, e più recentemente il rapporto CIPIH dell’OMS, pongono molti punti interrogativi. Questi enti sono quasi esclusivamente finanziati dalla filantropia internazionale (Figura 1) – leggasi, Bill Gates – ma i finanziamenti pubblici sono fondamentali per sostenere la sfida (ed i costi) dello sviluppo clinico, e la messa a punto di meccanismi adeguati ad assicurare che i nuovi prodotti possano raggiungere rapidamente i pazienti (le procedure di registrazione dei farmaci).

I governi, per il momento, nicchiano, convinti come sono che le aziende private – tramite il trasferimento dei brevetti o gli incentivi per creare un mercato specifico (gli *advance purchase commitments* tanto invocati in seno al G8) – provvederanno a questa lacuna. Le PPPs, ancorché importanti, non possono tuttavia essere la panacea di fronte alla magnitudine della sofferenza globale dovuta a queste patologie, lo riconoscono distintamente anche alcune di queste iniziative¹³. D'altro canto, non esiste una forte azione di pressione sulle malattie legate alla povertà generata da organizzazioni dei pazienti, come quelle che hanno determinato la creazione del *British Medical Research Council* contro la tubercolosi negli anni '50, o i gruppi mobilitatisi sull'Aids tra gli anni '80 e '90. Politicamente, le malattie dimenticate non sono considerate una questione sanitaria globale. Non sono neppure viste come una minaccia alla sicurezza, malgrado le fosche previsioni derivanti dai cambiamenti climatici. Al fallimento delle regole di monopolio fissate dai regimi commerciali internazionali, quindi, va a sovrapporsi la grave e colpevole insipienza dei governi, del tutto incapaci di garantire i correttivi al drammatico squilibrio nel campo della scienza. La pressoché totale assenza di leadership politica, pur nella emersione di segnali di reazione alle disfunzionalità del sistema, resta uno dei fattori di maggiore preoccupazione degli esperti interessati alle ragioni della salute pubblica, e del diritto.



Figura 1. Partnership Pubblico-Privato. Fonti di finanziamento. Anno 2005

Innovazione di chi? Innovazione per chi?

La diffusa percezione che l'attuale sistema funzioni bene almeno in questa parte del mondo, d'altronde, comincia ad annoverare autorevoli critici. L'inarrestabile mercificazione di beni essenziali come i farmaci, e l'esigenza per le aziende di sopravvivere all'interno di una giungla del mercato sempre più aggressiva, hanno concentrato la capacità di condurre ricerca e sviluppo nel campo farmaceutico in un ambito sempre più ristretto di patologie, con un massiccio spreco di risorse che potrebbero essere utilmente destinate ad altre attività scientifiche. Poiché introdurre nuovi farmaci per le malattie del mondo occidentale garantisce alle aziende un ritorno sostanzioso, anche il minimo scampolo di novità tecnologica viene preso e sfruttato a fini di marketing. Tuttavia, molti dei nuovi prodotti non assicurano un avanzamento rispetto alle terapie esistenti. L'innovazione farmaceutica non corrisponde più, necessariamente, ad un'innovazione terapeutica, con una tendenza quasi fisiologica all'impoverimento della ricerca medica verso le sole prospettive di ritorno sull'investimento, a detrimento della innovazione terapeutica.

I rapporti ufficiali del resto offrono dati inequivocabili in proposito: negli Stati Uniti, meno del 5% dei farmaci immessi sul mercato dalle 25 maggiori case farmaceutiche tra il 1981 ed il 1991 costituivano un'innovazione terapeutica¹⁴. Dei 2257 nuovi prodotti commercializzati in Francia dal 1981 al 2000, il 63% erano cosiddette "me-too drugs", farmaci cioè che non offrivano alcuna genuina novità, e solo 7 (0.13%) proponevano un sostanziale avanzamento scientifico¹⁵. Stando ad un rapporto della *Food and Drug Administration* (FDA), dei 1284 nuovi farmaci approvati negli Stati Uniti tra il 1990 ed il 2004, solo 289 (il 22,5%) erano di una qualche rilevanza sotto il profilo terapeutico, se paragonati a quelli in commercio per la diagnosi, la vaccinazione e la cura di specifiche malattie¹⁶. Di questi solo 184 erano nuove entità molecolari, classificate come prodotti prioritari, a fronte di un contestuale innalzamento dei prezzi, dovuto alla scarsissima concorrenza.

Nel 2002, meno del 30% dei farmaci erano primi o secondi nella classe di appartenenza, una proporzione ben più elevata che negli anni '90¹⁷. Il problema è che proprio in America l'astronomico costo

dei farmaci sta tracciando il solco di una profonda disuguaglianza sociale, una selezione imposta dalla mano visibile del mercato fra chi può pagare e chi invece non si cura perché i soldi non li ha. I meccanismi di rimborso d'altro canto sono sempre più selettivi, con oneri gravosi sulle spalle dei cittadini. Gli americani spendono in farmaci la cifra di 200 miliardi di dollari all'anno, una quota che cresce in media del 12% da un anno all'altro. Nel 2002, il costo medio annuale dei cinquanta medicinali più utilizzati dai pazienti anziani era di circa 1500 dollari¹⁸.

L'industria, sotto la pressione dei mercati finanziari, insegue una ossessiva vocazione alle fusioni fra gruppi farmaceutici, nel tentativo di assorbire le linee di ricerca e sviluppo dei competitori proprio alla vigilia della scadenza, nei prossimi anni, dei brevetti su alcuni medicinali multimiliardari. Le dinamiche aziendali sono sempre più appiattite sulla logica degli investitori, una logica di breve respiro assai poco compatibile con il lento processo della ricerca e sviluppo di nuovi prodotti. Ricorrono sempre più a strategie di acquisto di medicinali prodotti da altri (licenze di acquisto, subappalti dei trial clinici, etc.) riservandosi la messa a punto di piani promozionali del prodotto che assicurino vendite rapide e diffuse.

Lo scollamento dai reali bisogni dei pazienti è in aumento, e mentre un numero crescente di aree di ricerca rimane orfana – non solo per malattie che colpiscono le persone nei paesi poveri – la necessità di sopravvivere nella durissima competizione economica costringe le aziende a concentrare, non a diversificare le possibilità della ricerca. Uno degli effetti di queste forze del mercato è il drastico calo, negli ultimi cinquanta anni, del numero di aziende produttrici di vaccini. Sono lontani i tempi dell'impegno farmaceutico nella produzione del vaccino contro la polio (1955). Dal 1998, nove dei dodici vaccini raccomandati per i bambini non sono più disponibili in quantità sufficiente, con conseguenze notevoli sul piano della salute. La carenza di vaccini anti-influenzali nel periodo 2003-2005 è solo uno degli esempi di questa preoccupante situazione, divenuta ancora più temibile a causa della minaccia dell'influenza aviaria di questi ultimi mesi¹⁹.

Un tempo si inventavano i medicinali contro le malattie. Ora si

inventano le malattie per generare nuovi mercati di potenziali pazienti, fra i consumatori con potere d'acquisto. Ecco che vengono architettate inarrestabili campagne di marketing volte a medicalizzare ordinarie condizioni di vita (come il consumismo)²⁰ o naturali cicli di vita come la menopausa.

Il coraggio di cambiare, quale ruolo per i governi?

Nel fare accenno alle malattie tropicali, abbiamo visto come gli interessi delle nazioni più potenti abbiano marcatamente preso il sopravvento sugli interessi della società nel suo insieme. Gli ideali promulgati dall'OMS alla fine degli anni '70 hanno dovuto presto iniziare a convivere con un'ideologia commerciale ed un credo economico quasi insaziabili, una sorta di fervore fondamentalista che ha di fatto oscurato il progetto politico della "Salute per tutti" promosso con lo strumento della Primary Health Care. Ne è scaturita un'asimmetria di poteri fra salute e commercio, tra i detentori dei monopoli farmaceutici che rivendicano controllo assoluto e titolarità dei dati sulle indagini cliniche da loro finanziate, e gli attori politici della salute, il settore pubblico che pure ha un ruolo importante nella ricerca sanitaria, e nella messa a punto di incentivi che fungano da dispositivi di correzione delle attuali disfunzioni del sistema.

Il finanziamento pubblico è stato tradizionalmente una forza trainante della ricerca scientifica, intesa come attività produttrice di conoscenza. La proporzione di questa presenza del settore pubblico è in effetti diminuita man mano che la conoscenza è andata trasformandosi in un mero motore di crescita economica e competitività; l'attribuzione di fondi pubblici è sempre più legata oggi alla capacità di attrarre investimenti industriali, al rilascio di brevetti, alla capacità di commercializzare con successo i prodotti della ricerca. Nel 1998, i fondi pubblici coprivano globalmente il 47% degli investimenti in ricerca nel campo della salute. La montante pressione finanziaria, in diversi paesi, dovuta ai sussidi dei governi per il costo dei farmaci è confermata anche dall'OCSE: tra il 2000 ed il 2001, il costo dei farmaci è salito del 16% negli USA ed in Canada, del 14% in Australia e del 12% in Italia²¹.

Indirizzare la conoscenza scientifica verso i bisogni reali dei pazienti implica una sostanziale virata nel criterio di valutazione dei prodotti medici, e nel modo in cui renderli disponibili a tutti. La decisione di affrontare la crisi della ricerca medica in generale corrisponde ad una precisa scelta dei governi, che richiede volontà politica ed azione immediata. Abbiamo visto il ruolo fondamentale che la salute riveste (insieme all'educazione) nella *roadmap* degli Obiettivi del Millennio: ridurre la mortalità infantile, migliorare la salute materna e combattere le pandemie globali dell'Aids, la malaria e la tubercolosi, e le altre malattie endemiche in molte aree del sottosviluppo – in particolare dell'Africa sub-sahariana – sono orizzonti che rivendicano scelte politiche coraggiose e lungimiranti, in grado di definire priorità e nuove regole del gioco.

Non si tratta insomma di apportare lievi modifiche alle condizioni in cui oggi opera il mercato, ma di sovvertire la patologica asimmetria dei poteri, che assoggetta politica e società alle regole dell'economia, quasi che le prime fossero, per cause di forza maggiore, *embedded* nella seconda.

Nel caso specifico dell'accesso alle terapie salvavita, e della necessità di mobilitare la scienza per rispondere ai bisogni di un numero crescente di cittadini nel pianeta, occorre superare la logica “*tutte le competenze, nessuna responsabilità*” del settore privato, per cui le aziende farmaceutiche non sarebbero tenute a produrre terapie accessibili ed adeguate ai pazienti che ne hanno veramente bisogno, se non in virtù di una complessa macchina di incentivi (leggi per i farmaci orfani, estensione dei brevetti, esclusività del mercato, crediti fiscali, sostegno per i trial clinici, etc.), o eventualmente per una decisione volontaria di natura “umanitaria”.

I governi hanno la responsabilità ed il mandato – attraverso il coinvolgimento diretto o nuove forme di incentivi – di orientare le priorità della ricerca, di influenzare le scelte sulla produzione e la distribuzione di vaccini, farmaci e diagnostici. La salute e la medicina devono infatti essere considerati settori strategici, come avviene oggi per la difesa e la ricerca spaziale. Non è vero che il settore pubblico non sia in grado di fare ricerca avanzata in campo medico, e che le competenze scientifiche risiedano solo nelle grandi aziende. Il mo-

dello aperto e collaborativo dell'Human Genome Project²², finanziato dai governi, è un chiaro esempio di ciò che si può fare oggi per sviluppare la ricerca come bene comune. L'emergenza SARS del 2003 ha dimostrato senza equivoci che la conoscenza biomedica e le scienze farmaceutiche possono essere mobilitate ad ottenere risultati in tempi sorprendenti, anche grazie alla cooperazione internazionale, quando una sufficiente iniezione di fondi e di determinazione politica guidano il gioco.

Nuove regole per la ricerca essenziale? La risoluzione dell'OMS

In concorrenza con la crescente ondata di coercizione diplomatica legata ai regimi sempre più angusti della proprietà intellettuale imposti con aggressività ai paesi in via di sviluppo, un nuovo strumento giuridico sulla ricerca essenziale in capo medico potrebbe fornire la giusta cornice di indirizzo verso le reali priorità della salute pubblica. Lo hanno proposto, non senza una certa dose di coraggio, Kenya e Brasile con la già citata risoluzione presentata al 117° Executive Board dell'OMS a gennaio 2006. L'obiettivo è quello di creare un gruppo di lavoro preliminare tra gli stati membri per valutare ed attuare (fra l'altro) le raccomandazioni della CIPIH, sviluppare nuove politiche sulla ricerca ed attivare partnership atte a generare – e premiare – l'innovazione come un bene comune globale. Questa risoluzione può offrire un'opportunità unica per superare le barriere dell'attuale ricerca, dinamizzare un regime fondato esclusivamente sui diritti di proprietà intellettuale, e proseguire l'azione che negli anni '70 portò l'OMS alla formulazione del concetto di Farmaci Essenziali, estendendo idealmente la stessa idea di *essenzialità* alla ricerca appunto.

L'elaborazione di un nuovo approccio per la ricerca richiede due condizioni fondamentali per creare un sistema efficace di finanziamento dell'innovazione:

- il premio dovrebbe essere proporzionale al valore sociale – cioè terapeutico – dell'innovazione.
- I prezzi non dovrebbero discostarsi molto dal costo medio di produzione.

Il trasferimento di tecnologie ed il rafforzamento delle capacità locali nei paesi endemici devono essere al centro di questo impegno, tramite accordi di licenza con i paesi in via di sviluppo, ovvero il finanziamento di accordi collaborativi per la ricerca. Uno degli obiettivi fondamentali del trattato è quello di favorire la disseminazione della conoscenza e la condivisione dei saperi, sostenendo la diversità e la concorrenza tra i ricercatori dei paesi industrializzati e quelli in via di sviluppo. A questo scopo, i governi dovrebbero impegnarsi a privilegiare modelli di ricerca aperta, e ad identificare obblighi ed incentivi che possano massimizzare il contributo del settore privato in questo esercizio.

La risoluzione di Kenya e Brasile valuta la proprietà intellettuale come uno degli strumenti per produrre innovazione, ma non il solo. L'intento è quello di assicurare meccanismi sostenibili di finanziamento alla ricerca nel rispetto dei diritti umani e dell'interesse pubblico, spostare il discorso dal commercio alla salute. Ai governi spetta la periodica definizione e valutazione delle priorità di salute pubblica, ai vari livelli. Oltre a rappresentare un traguardo in sé, la risoluzione serve come strumento di cultura e pressione politica. Inoltre, può catalizzare un processo di partecipazione della comunità scientifica, della società civile e dell'opinione pubblica in cerca di soluzioni migliori. L'OMS, in quanto unico organismo intergovernativo con mandato sulla salute globale, potrebbe essere depositaria e garante della convenzione, come dal 2003 avviene con il Trattato sul Tabacco²³.

È convinzione diffusa che la disponibilità di beni comuni globali sia ingrediente essenziale della futura strategia per lo sviluppo. Sulla scia degli impegni solennemente assunti per i prossimi anni, e già in passato traditi con troppa disinvoltura, occorre che i governi si persuadano ad intraprendere con convinzione azioni di leadership per la salute globale, se non vogliono che le malattie regnino nei decenni a venire senza più controllo, con conseguenze imprevedibili per tutto il pianeta.

Note bibliografiche

¹ Le malattie infettive e parassitarie contano per un terzo del carico delle malattie globali, ma solo per un 5% della morbilità e mortalità nei paesi industrializzati, in Troullier et al, *Drug Development for Neglected Diseases: a deficient market and a public-health policy failure*, "Lancet", 2002, vol. 359, pp. 2188-2194, www.thelancet.com.

² "Robbing the poor to pay the rich?! How the US keeps medicines from the world's poorest", Oxfam Report uscito il 1 Dicembre 2003, www.oxfam.org/eng/pdfs/pp031201_rob-bing_medicines_us.pdf

³ Citazione tratta dal discorso di Madame Ruth Dreifus, Presidente della Commissione dell'OMS, ai membri dell'Executive Board dell'OMS in data 26 gennaio 2006, nel corso della relazione sulle attività della CIPIH. Per maggiori informazioni sulla CIPIH, vedasi il sito dell'OMS.

⁴ I dieci membri della Commissione, di estrazioni diverse e divergenti, non sono stati scelti in quanto rappresentanti di istituzioni o governi, ma a titolo di competenze personali. Per maggiori informazioni sui profili dei membri della Commissione si veda "Public Health, Innovation and Intellectual Property Rights", report of the Commission on Intellectual Property Rights, Innovation and Public Health, WHO, April 2006, p. 3.

⁵ L'Appello globale per la Ricerca a favore delle Malattie Dimenticate è stato lanciato nel giugno 2005 da Drugs for Neglected Diseases Initiative (DNDi), con MSF, Oxfam, Kermi, ICMR, Institute Pasteur e Bios Iniziative. L'appello (www.researchappeal.org) chiede nuove regole della politica in materia di accesso alla conoscenza e di procedure per la registrazione dei farmaci.

⁶ Si tratta di una risoluzione presentata al 117 Executive Board dell'OMS a gennaio 2006, e che coincide non a caso con l'uscita del Rapporto della Commissione su Proprietà Intellettuale, Innovazione e Salute Pubblica. Il testo si trova su http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB117/B117_R13-en.pdf

⁷ Neufeld *et al.*, *The rich-poor gap in global health research: challenges for Canada*, CMAJ 2001, 164 (8), pp. 1158-9.

⁸ P. Chirac, E. Torreele, *Global Framework on Essential Health R&D*, "Lancet", vol. 367, 13 maggio 2006. L'articolo presenta un aggiornamento rispetto ai dati precedentemente disponibili, fino al 1999. Ciò che si nota è che non esiste ad oggi un sostanziale cambiamento della situazione, anche se la creazione di molte public-private partnerships (PPP) e l'aumentato numero di progetti di ricerca per le malattie della povertà danno l'impressione di una virata sul fronte della disponibilità di nuovi farmaci ai pazienti.

⁹ Il rapporto, di cui rende conto il BMJ – <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/extract/332/7541/570a?eaf> – è stato pubblicato online dall'International Journal of Epidemiology il 28 febbraio 2006. Può essere scaricato dal sito <http://ije.oxfordjournals.org>, doi:10.1093/ije/dy1027.

¹⁰ "L'Aids pediatrico è ormai quasi esclusivamente una patologia del terzo mondo. Praticamente tutte le donne in Europa e nell'America del Nord fanno il test [...]. Nel 1990, 321 neonati hanno contratto l'Aids a New York. Nel 2003, solo 5. Si tratta di una meravigliosa notizia per i paesi ricchi. Ma ha un effetto collaterale mortale", T. Rosenberg, "The Scandal of Poor People's Diseases", "The New York Times", 29 marzo 2006.

¹¹ P. Farmer *et al.*, "Lancet", 2001, p. 405.

¹² M. Moran *et al.*, *The New Landscape of Neglected Disease Drug Development*, Pharmaceutical R&D Policy Project, The London School of Economics and Wellcome Trust, 2005.

¹³ www.researchappeal.org

¹⁴ UNDP, *Rapporto sullo Sviluppo Umano 1999*, Oxford University Press, p. 69.

¹⁵ Prescrire International, Aprile 2001, vol. 10, n. 52, pp. 52-54.

¹⁶ CDER NDAs approvate negli anni 1990-2004 per potenziale terapeutico e classificazione chimica, Rockville, United States Food and Drugs Administration, 2005 (<http://www.fda.gov/cder/rdmt/pstable.htm>).

¹⁷ Why Big Pharma Needs a New Business Model, *The Economist*, 4th December 2003.

¹⁸ M.D. Angell, *The Truth About the Drug Companies: how they deceive us and what to do about it*, Random House, New York 2004, pp. xi-xx.

¹⁹ A. Offit Paul, *Why Are Pharmaceutical Companies Gradually Abandoning Vaccines?*, "Health Affairs", 2005, 24(3), pp. 622-630, 2005 Project HOPE. Il rapporto può essere reperito anche sul sito http://www.medscape.com/viewarticle/504779_print

²⁰ S. Avery, *Compulsive Shoppers Can Take Pill for Quick Relief*, "National Post", Canada, 5 Agosto, 2000, p. 1.

²¹ D. Henry, *The Pharmaceutical Industry as a Medicines Provider*, "Lancet", vol. 360, Novembre 2002, p. 1591. D'altro canto, come riporta il National Institute of Health (NIH) negli Stati Uniti, scienziati finanziati con soldi pubblici (quindi dei cittadini) hanno condotto il 55% dei progetti di ricerca che hanno prodotto la scoperta e lo sviluppo dei 5 farmaci più venduti nel 1995.

²² L'Human Genome Project (HGP) è stato finanziato da 6 paesi, ed in 10 anni di lavoro è riuscito nel 2003 a decodificare il genoma umano. L'approccio del progetto è stato di immettere tutte le scoperte nel pubblico dominio, creando un database per le sequenze del DNA cui potevano accedere liberamente tutti gli scienziati, e migliorarlo.

²³ N. Denticò, N. Ford (2005), *The courage to change the rules: A Proposal for an Essential Health R&D Treaty*, *Plos Med* 2 (2), e14.

2.7. Le politiche delle organizzazioni internazionali e gli obiettivi di sviluppo del Millennio di Eduardo Missoni* e Guglielmo Pacileo**

Gli obiettivi del millennio: origini e definizione

Il 30 settembre del 1990, in occasione del Summit sull'infanzia settantuno capi di Stato e di Governo sottoscrissero la “Dichiarazione Mondiale sulla Sopravvivenza, la Protezione e lo Sviluppo del Bambino” e un “Piano d'azione” ad essa collegato, fissando obiettivi concreti, in gran parte inerenti la salute, da raggiungere entro il 2000 (Tabella 1).

Tabella 1. Principali obiettivi per la sopravvivenza, la protezione e lo sviluppo del bambino.

Riduzione di un terzo del tasso di mortalità infantile e dei minori di 5 anni
Riduzione del 50% del tasso di mortalità materna
Riduzione del 50% del tasso di malnutrizione grave e moderata nei bambini minori di 5 anni
Accesso universale all'acqua potabile e a sistemi di eliminazione degli escrementi
Accesso universale all'istruzione di base e completamento della scuola primaria per almeno l'80% dei bambini in età scolare
Riduzione dell'analfabetismo degli adulti a per lo meno la metà del livello registrato nel 1990
Miglioramento della protezione dei bambini in circostanze particolarmente difficili

Fonte: Unicef 2006

Nei numerosi vertici successivi (Rio sull'ambiente 1992; Cairo sulla popolazione 1994; Pechino sulla condizione femminile 1995; Istanbul sull'Habitat 1996; Copenhagen sullo sviluppo sociale 1995)

* Istituto di Pubblica Amministrazione, Sanità e Non profit, SDA Bocconi, Milano; Facoltà di Sociologia della Università “Bicocca” di Milano.

** CeRGAS (Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale) - Università Commerciale Luigi Bocconi.

la maggior parte dei Paesi, spesso rappresentati ai massimi livelli, continuò a sottoscrivere a più riprese l'impegno per il raggiungimento di risultati quantificabili anche in riferimento alla salute, in linea con l'impegno preso con la Dichiarazione di Alma Ata del 1978: raggiungere un livello accettabile di salute per tutti entro il 2000.

Nel giugno del 2000, il segretario generale delle Nazioni unite, Kofi Annan, lanciò il rapporto *A better world for all*, frutto della collaborazione, riportata come senza precedenti, tra le quattro maggiori organizzazioni internazionali (Nazioni unite, OCSE, Fondo monetario internazionale e Banca mondiale). Il rapporto era stato elaborato su specifica richiesta dei Paesi del G8 come supporto al monitoraggio del progresso nella lotta alla povertà a livello mondiale e come guida per la creazione di partnership con i Paesi in via di sviluppo¹. Il rapporto registrava tra l'altre cose il "fallimento nell'affrontare le iniquità di reddito, di educazione e di accesso alle cure sanitarie, e le disuguaglianze tra uomini e donne". Inoltre si riconosceva ora l'esistenza di "limitazioni imposte ai Paesi in via di sviluppo per accedere ai mercati globali, il fardello del debito, la riduzione degli aiuti allo sviluppo e, a volte, le incongruenze nelle politiche dei donatori che ostacolano un progresso più rapido"².

Il rapporto non identificava invece i responsabili di quel fallimento. L'anno prima però James Wolfensohn, allora presidente della Banca Mondiale, in un'intervista aveva ammesso: "abbiamo sbagliato tutto, rispetto a vent'anni fa c'è più povertà, più popolazione e meno foreste. Le privatizzazioni fatte prima di aver creato un quadro di regole e un sistema competitivo conducono al disastro"³. Per quanto concerneva poi le soluzioni, nel rapporto lanciato da Annan, a supporto della tesi dell'insufficienza dell'iniziativa pubblica, si affermava che esse non possono che derivare da una vera partnership tra i diversi settori della società.

Eradicazione della povertà e partnership globale per lo sviluppo sono alcuni dei temi centrali della dichiarazione conclusiva del Millennium Summit, tenutosi a New York nel settembre del 2000, in cui vennero lanciati i cosiddetti Obiettivi di Sviluppo del Millennio (Millennium Development Goals – MDGs).

Tenuto conto del citato rapporto *A better word for all*, i vecchi obiettivi sanitari (mancati, aggiornati e parzialmente ampliati) andava-

no ad integrare i nuovi obiettivi. Si proponeva il recupero sul tempo perduto attraverso un'ulteriore accelerazione: la riduzione della mortalità nei minori di cinque anni non sarebbe più stata di un terzo tra il 1990 e il 2000, ma con rinnovato impegno si sarebbe tentato di ridurla di due terzi. Analogamente per la mortalità materna, da una riduzione del 50% entro il 2000, la meta da raggiungere fu portata ad una riduzione di tre quarti nei successivi quindici anni. Invariato l'obiettivo inerente la malnutrizione, seppure spostandone la verifica al 2015.

A questi veniva aggiunto un ulteriore obiettivo: fermare ed aver iniziato a far regredire entro il 2015 la diffusione dell'HIV/AIDS, nonché l'incidenza della malaria e di altre malattie a larga diffusione. Non sfugge il rischio di effetto distorsivo generato dall'attenzione rivolta esclusivamente ad alcune malattie infettive a scapito di altre condizioni parimenti diffuse e invalidanti come le malattie cronicodegenerative e le lesioni causate da incidenti che contribuiscono in eguale misura al carico di malattia nei paesi a medio e basso reddito⁴.

Tre obiettivi su otto sono dunque correlati alla salute, così come 8 sotto-obiettivi su 18 e 18 indicatori su 48 sono ad essa riconducibili (Tabella 2). Tra questi ve ne sono diversi non strettamente di tipo sanitario, come ad esempio, la riduzione del numero di persone che soffrono la fame e il migliorato accesso a fonti di acqua potabile.

Risultati: a che punto siamo dopo i primi cinque anni?

Nel 2005, a soli cinque anni dal lancio degli MDG, la Banca Mondiale lancia l'allarme: se non interverranno cambiamenti, i risultati saranno distribuiti in maniera fortemente diseguale, soprattutto a scapito dell'Africa subsahariana che, con l'attuale trend, non sarà in grado di raggiungere nessuno degli otto Obiettivi⁵. A dire il vero, le stime più recenti, relative ai soli indicatori collegati alla salute, fanno apparire quasi ottimistico il punto di vista della Banca Mondiale. Procediamo per ordine, analizzando le performance dei principali sotto-obiettivi.

Dimezzare, tra il 1990 e il 2015, la percentuale di persone che soffrono la fame. Ambedue gli indicatori adottati per questo sotto-obiettivo non mostrano significativi miglioramenti nella lotta alla fame nei paesi in via di sviluppo (PVS). La prevalenza di bambini sot-

Tabella 2. Obiettivi del Millennio per lo Sviluppo correlati alla Salute.

Sotto-obiettivi legati alla salute	Indicatori legati alla salute
Obiettivo 1: Eliminare la povertà estrema e la fame	
S. 2: Dimezzare, tra il 1990 e il 2015, la percentuale di persone che soffrono la fame	I. 4: Prevalenza di bambini sottopeso con meno di 5 anni d'età I. 5: Percentuale di popolazione al di sotto del livello minimo di consumo calorico
Obiettivo 2: Assicurare a tutti l'istruzione primaria	
Obiettivo 3: Promuovere la parità dei sessi e l'autonomia delle Donne	
Obiettivo 4: Ridurre la mortalità infantile	
S. 5: Ridurre di 2/3, tra il 1990 e il 2015, la mortalità tra i bambini con meno di 5 anni	I. 13: Mortalità tra i bambini con meno di 5 anni
	I. 14: Mortalità infantile
	I. 15: Percentuale di bambini vaccinati contro il morbillo
Obiettivo 5: Migliorare la salute materna	
S. 6: Ridurre di 3/4, tra il 1990 e il 2015, il tasso di mortalità materna.	I. 16: Tasso di mortalità materna
	I. 17: Percentuale di parti assistiti da personale qualificato
Obiettivo 6: Combattere l'AIDS, la malaria ed altre malattie	
S. 7: Aver dimezzato i casi entro il 2015 e aver avviato l'inversione di tendenza	I. 18: La prevalenza di sieropositive tra le donne incinte d'età compresa tra 15 e 24 anni
	I. 19: Tasso di utilizzo del preservativo tra i metodi contraccettivi
	I. 20: Proporzioni di orfani di età compresa tra i 10-14 anni che frequentano la scuola rispetto ai non orfani
S. 8: Aver dimezzato i casi entro il 2015 e iniziato a ridurre l'incidenza della malaria e di altre malattie largamente diffuse	I. 21: Prevalenza e tassi di mortalità associati alla malaria
	I. 22: Percentuale di popolazione che vive in area a rischio malarico che utilizzano efficaci mezzi di prevenzione e di cura
	I. 23: Prevalenza e tassi di mortalità associati alla tubercolosi
	I. 24: Percentuale di casi di TB diagnosticati e curati con DOTS
Obiettivo 7: Garantire la sostenibilità ambientale	
S. 9: Integrare i principi di sviluppo sostenibile nelle politiche e nei programmi nazionali e investire lo spreco di risorse ambientali	I. 29: Percentuale di popolazione che utilizza combustibile fossile
S. 10: Dimezzare entro il 2015 la percentuale di persone senza accesso sostenibile a fonti di acqua potabile e a servizi igienici di base	I. 30: Percentuale di persone con accessi sostenibili a fonti d'acqua di migliorata qualità, sia in ambiente urbano che rurale
S. 11: Entro il 2020 aver ottenuto un significativo miglioramento nelle condizioni di vita di almeno 100 milioni di abitanti delle periferie	I. 31: Percentuale di persone con accesso a migliori misure di igiene, sia in aree urbane che rurali
Obiettivo 8: Sviluppare una partnership globale per lo sviluppo	
S. 17: In collaborazione con le aziende farmaceutiche fornire accesso a farmaci essenziali a prezzi contenuti nei PVS	I. 46: Percentuale di persone con accesso a farmaci essenziali a prezzi contenuti in modo sostenibile

Fonte: WHO 2006

topeso (con età minore di 5 anni) risulta sostanzialmente invariata, così come la percentuale di persone che non raggiungono il minimo apporto calorico giornaliero⁶. Stime della FAO riferite al biennio 2000-2002 indicano che 815 milioni di persone nei PVS sono malnutrite. La fame è particolarmente diffusa tra gli agricoltori non proprietari di terra e nelle periferie delle grandi città⁷.

Ridurre di 2/3, tra il 1990 e il 2015, la mortalità tra i bambini con meno di 5 anni. Il confronto tra il 1990 e il 2005 fa prevedere che questo obiettivo verrà difficilmente raggiunto nel 2015. La riduzione a livello mondiale è stata solo del 16.6%: da 95 morti per 1.000 bambini nati vivi a 80 nel 2005⁸. C'è da segnalare però che la riduzione è stata più significativa nei PVS, in particolare nell'Africa settentrionale e nell'Estremo Oriente. Nell'Africa sub sahariana che conta il 45% di tutte le morti prima dei 5 anni, la riduzione è stata invece molto modesta. Le ragioni sono più d'una: la malnutrizione; i mancati interventi per ridurre le morti dovute a diarree, polmoniti, malaria e morbillo; la cronica fragilità dei sistemi economici e sanitari aggravata dai numerosi conflitti locali e regionali⁹.

Ridurre di 3/4, tra il 1990 e il 2015, il tasso di mortalità materna. Il tasso di mortalità materna è un indice che misura il rischio di morire che corre una donna in gravidanza. Tale rischio dipende in larga parte dalla capacità dei sistemi sanitari di assistere le donne prima, durante e dopo il parto. La principale differenza, tra stime del 2000 e quelle del 1990, consiste in un leggero aumento del numero assoluto di donne morte a causa della gravidanza: 529.000 nel 2000¹⁰ contro le circa 500.000 del 1990¹¹. In apparente contraddizione si situano gli andamenti delle visite fatte durante la gravidanza. In Asia (Cina esclusa) nel medesimo periodo le visite sono aumentate del 31%, in America Latina del 14% e in Medio Oriente e Africa settentrionale del 10%. Anche in Africa sub sahariana è stato registrato un lieve aumento (4%)¹². L'apparente contraddizione si spiega con le notevoli differenze in termini di accesso ai servizi pre-natali tra chi vive in campagna e chi vive in città, tra chi ha un basso o un elevato livello di istruzione, tra poveri e ricchi.

Aver dimezzato i casi di HIV/Aids entro il 2015 e aver avviato l'inversione di tendenza. Nel 1990 la percentuale di persone sieropositive nei PVS, di età compresa tra i 15 e i 45 anni, era pari allo

0.37%, nel 2004 era più che triplicata: 1.26%, con le punte più alte nell'Africa subsahariana (7.2% di cui oltre la metà donne)¹³. Si tratta, purtroppo, di una tendenza non esclusiva di quell'area geografica. L'Aids si sta diffondendo velocemente nei Paesi dell'Est europeo, ma anche in Asia, dove desta forte preoccupazione la diffusione in un paese popolosissimo come la Cina. Inoltre nei paesi occidentali la prevenzione appare dare meno risultati che in passato¹⁴. A livello globale 4.9 milioni di persone hanno contratto il virus HIV nel 2004 e 3.1 milioni sono morti a causa dell'Aids¹⁵.

Aver dimezzato i casi di malaria e di altre malattie entro il 2015 e aver avviato l'inversione di tendenza. I dati disponibili sulla malaria a livello mondiale sono pochi, frammentari e non sempre aggiornati. Più di un milione di persone muore di malaria ogni anno, la maggior parte di loro sono bambini africani. Il numero totale di morti è cresciuto a partire dalla fine degli anni '80, anche a causa della diffusione di parassiti malarici resistenti ai farmaci¹⁶. A differenza della malaria, per la tubercolosi si hanno dati decisamente più puntuali, (Tabella 3). Si tratta tuttavia di numeri contrastanti: ad un aumento dei nuovi casi tubercolosi (incidenza) sembra corrispondere una riduzione dei casi totali (prevalenza) e delle morti. Alcuni attribuiscono questo successo all'introduzione della strategia di controllo raccomandata dalla WHO denominata DOTS (Directly Observed Treatment Strategy)¹⁷. I DOTS rimangono centrali anche nella nuova strategia lanciata il 17 marzo di questo anno. La *Stop TB Strategy* sostiene la realizzazione del *Global Plan to Stop TB 2006-2015*, un piano di lotta alla tubercolosi da 56 miliardi di dollari, che ambisce a curare 50 milioni di malati, a dimezzare la prevalenza e le morti per tubercolosi, salvando la vita di 14 milioni di persone entro il 2015¹⁸.

Tabella 3. Incidenza, prevalenza e morti per tubercolosi a livello mondiale (casi per 100.000, esclusi HIV+)

	1990	2001	2002	2003
Incidenza	119	128	128	129
Prevalenza	308	265	254	240
Morti	27	26	25	24

Dimezzare entro il 2015 la percentuale di persone senza accesso sostenibile a fonti di acqua potabile e a servizi igienici di base. L'accesso all'acqua potabile e la disponibilità di servizi igienico sanitari essenziali rappresentano componenti indispensabili dell'assistenza primaria e della lotta alla povertà, alla fame e alla mortalità infantile. Negli ultimi dodici anni la situazione appare essere leggermente migliorata nei PVS, soprattutto nelle aree rurali, mentre nei paesi ricchi si osserva il fenomeno opposto. Nelle aree rurali di questi ultimi, dal 1990 al 2002, le persone che hanno accesso all'acqua potabile è passato dal 99% al 94%, un fenomeno analogo è stato registrato anche per i servizi igienici di base¹⁹.

Le strategie delle organizzazioni internazionali per raggiungere gli Obiettivi: affinità e divergenze

È opinione diffusa che per raggiungere gli obiettivi di sviluppo del millennio occorrerebbero considerevoli risorse aggiuntive rispetto a quelle attualmente stanziare; purtroppo, alla Dichiarazione approvata dall'Assemblea del Millennio non era collegato alcun documento riguardante gli stanziamenti necessari per il successo della nuova strategia.

In un clima di complessivo disimpegno dei paesi donatori²⁰, la risposta sarebbe dovuta venire piuttosto dal coinvolgimento di nuovi attori attraverso lo sviluppo di una "forte partnership" con il settore privato e con le organizzazioni della società civile finalizzata allo sviluppo e all'eradicazione della povertà.

Alla Conferenza internazionale sul finanziamento dello sviluppo di Monterrey programmata per la fine del 2001, ma rinviata alla primavera dell'anno successivo a seguito degli eventi dell'11 settembre, il presidente degli Stati Uniti d'America, George Bush, si espresse in maniera determinata sull'inopportunità d'imporre «livelli arbitrari» per l'aiuto pubblico allo sviluppo²¹, mentre si tornava ad esortare i Paesi ricchi a destinare lo 0,7% del proprio PIL all'aiuto ai paesi poveri.

Lo 0,7% del PIL corrisponderebbe a oltre 200 miliardi di dollari annui contro i 79 miliardi spesi nel 2004. I risultati prodotti dagli studi del *UN Millennium Project* mostrano che un aumento di 130

miliardi di dollari all'anno sarebbe più che sufficiente per implementare gli interventi necessari al raggiungimento di tutti gli Obiettivi²². Per il settore sanitario si stima che nel 2006 sarebbero necessari 18.25 miliardi di dollari, quattro in più di quelli stanziati nel 2004, dei quali però una quota cospicua era data dai fondi destinati dal Presidente Bush al piano di lotta all'Aids. Inoltre, si calcola che nel 2002 in media solo il 25% delle risorse stanziata dai donatori sia arrivato nei paesi beneficiari e impegnato in attività correlate al raggiungimento degli Obiettivi. Buona parte è stata spesa in assistenza tecnica²³, vale a dire in stipendi per personale in missione all'estero.

Le opinioni dei due principali attori di salute globale (Organizzazione mondiale della sanità e Banca mondiale) divergono sul come impiegare le risorse attuali ed eventuali future.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità. L'OMS vede nel fallimento dei sistemi sanitari l'origine della situazione in cui versa l'Africa sub-sahariana, ma non solo. La crisi dei sistemi sanitari in alcuni casi si è manifestata nell'incapacità dei sistemi a proteggere i poveri, ma in altri casi ha contribuito ad acuire la crisi sociale in atto²⁴. Il raggiungimento degli Obiettivi più direttamente correlati alla salute passa attraverso il rilancio del ruolo dei sistemi sanitari, soprattutto nei paesi a medio e a basso reddito, spesso dotati di deboli meccanismi di governance, vittime di frequenti crisi economico-sociali e che non traggono pieno beneficio dall'aiuto pubblico allo sviluppo a causa di inadeguati meccanismi di coordinamento degli aiuti²⁵. In queste condizioni è illusorio pensare di ottenere successi significativi contemporaneamente nella riduzione della mortalità materna e infantile, nella lotta all'Aids, tubercolosi e malaria, nell'accesso ai farmaci, senza adeguati investimenti nei sistemi sanitari²⁶.

La maggior parte del carico di malattia è dato da condizioni prevenibili e curabili attraverso strumenti noti e poco costosi, ma poco accessibili in molti paesi del mondo. La strategia proposta si fonda sulla necessità di dare risposta ad alcune sfide fondamentali per i sistemi sanitari: riformare i meccanismi di finanziamento in modo che non rappresentino una barriera all'accesso ai servizi; rafforzare i sistemi informativi; implementare politiche mirate a ridurre le disuguaglianze²⁷; introdurre misure in grado di contrastare la carenza di

personale sanitario, che risulta particolarmente drammatica in alcune aree geografiche. Un dato per tutti: quasi il 90% della popolazione africana vive in aree con meno di cinque medici ogni 100.000 abitanti²⁸. In Italia il rapporto è di 4 dottori ogni 1.000 abitanti²⁹. La carenza è data dallo scarso numero di personale che viene formato ogni anno, ma anche dalla fuga di cervelli (*brain drain*) verso i paesi più ricchi. Negli ultimi tempi quest'ultimo fenomeno è stato ulteriormente aggravato dal proliferare di nuovi programmi sanitari frutto di partnership globali pubblico-privato (Global public-private partnership - GPPP), che, con cospicui fondi a disposizione, attirano facilmente professionisti demotivati e impegnati in programmi sottofinanziati³⁰. Le GPPP rappresentano una tendenza molto evidente emersa negli ultimi anni: il ritorno ad investire in grandi iniziative verticali rivolte a singole malattie o problemi di salute. In particolare costruendo intorno a singoli temi nuove strutture dedicate, gestite autonomamente rispetto al tradizionale sistema multilaterale, con la pretesa che la partecipazione del settore privato ne assicuri maggiore efficienza ed efficacia³¹. L'esempio più noto è il Fondo globale per la lotta all'HIV/Aids, la tubercolosi e la malaria lanciato dal G8 nel 2001³², con la benedizione di Kofi Annan, per «finanziare una decisa inversione di tendenza»³³ nella lotta alle tre malattie. L'obiettivo del Fondo, che è plasmato sull'obiettivo numero 6 dei MDG (combattere Aids, malaria ed altre malattie largamente diffuse), tradisce l'idea che si possa agire separatamente su singoli obiettivi specifici senza tenere in conto la necessità di correggere le cause sociali, politiche ed economiche alla radice del problema, ivi incluse le caratteristiche del sistema di salute e le scelte di politica sanitaria.

La Banca Mondiale. Nel 2005 la Banca Mondiale ha pubblicato il rapporto *The Millennium Development Goals for Health – Rising to the challenges*, nel quale, oltre a fare il punto della situazione, indica la strategia da mettere in campo per raggiungere gli Obiettivi. Per quanto riguarda i sistemi sanitari non si fa alcun specifico riferimento alla necessità di migliorare i servizi e di impegnare risorse aggiuntive. Si preferisce piuttosto fare riferimento a un generico rafforzamento delle politiche e delle istituzioni sanitarie attraverso interventi intersettoriali³⁴. Citiamone alcuni: ridurre le barriere finanziarie e

non finanziarie che le famiglie devono superare nel doppio ruolo di produttrici di salute e utenti dei servizi sanitari; migliorare le performance di chi eroga servizi agendo, attraverso una loro maggiore responsabilizzazione, sulla qualità, sulla capacità di rispondere alle aspettative dei pazienti e sull'efficienza; incentivare il personale sanitario non tanto attraverso aumenti salariali o incentivi economici, quanto offrendo loro maggiori opportunità formative.

Infine, il vero problema relativo al mancato raggiungimento degli Obiettivi, non risiede nella carenza di interventi quanto sullo scarso ricorso a quei tipi di intervento la cui efficacia è provata. L'esempio che viene portato fa riferimento alla mortalità dei bambini al di sotto dei cinque anni, su cui la rivista *Lancet* ha pubblicato una serie di studi molto importanti³⁵. Polmoniti, diarree e malaria causano il 52% delle morti in questa fascia d'età. Sulle diarree ci sono una serie di interventi di provata efficacia che potrebbero essere attuati direttamente dalle famiglie senza scomodare i servizi sanitari: allattamento al seno, nutrizione complementare, igiene e acqua potabile, integrazione alimentare di zinco e vitamina A, ma anche terapeutici (reidratazione orale, antibiotici). Si tratta di un atteggiamento in qualche modo minimalista rispetto alle necessità di interventi radicali che la drammatica situazione di milioni di persone richiederebbe. È un atteggiamento che si colloca in una linea ormai consolidata della Banca Mondiale rispetto al come dare risposta a bisogni di salute così palesemente inevasi.

Nell'ultimo *World Development Report (2006)*, che ogni anno sintetizza le strategie della Banca Mondiale, si ritrovano parole molto chiare su questo tema. Per ridurre le disuguaglianze rispetto all'accesso ai servizi bisogna agire essenzialmente su due aree: investimenti pubblici e assicurazioni. Gli investimenti pubblici devono essere indirizzati ad attività ad elevata esternalità, in grado cioè di arrecare beneficio non solo all'utente ma a tutta la collettività: vaccinazioni, misure di igiene pubblica, acqua potabile. Secondo, per ridurre l'impatto catastrofico che una malattia può avere sulle famiglie povere a causa dei costi diretti e indiretti correlati, è necessario investire nello sviluppo di adeguati mercati assicurativi: «il tradizionale modello basato sul finanziamento degli ospedali pubblici funziona male soprattutto per i poveri e i gruppi marginali. Ciò che può funzionare

meglio è il finanziamento o la regolazione di mercati assicurativi in grado di dare una qualche forma di copertura a tutti»³⁶. Da salute per tutti a una polizza per tutti, parafrasando la Dichiarazione di Alma-Ata.

Conclusioni

Chi beneficerà maggiormente degli sforzi per raggiungere gli Obiettivi di sviluppo del Millennio? La domanda non è priva di fondamento né retorica, soprattutto per gli Obiettivi direttamente correlati alla salute. Questi, infatti, a differenza degli altri sono riferiti alla popolazione generale (riduzione della mortalità materna, della mortalità tra i bambini con meno di cinque etc) senza alcun riferimento esplicito ai più poveri³⁷, come nel caso ad esempio del dimezzamento delle persone che soffrono di fame. Il riferimento alle medie nazionali, senza tenere conto dei gruppi più svantaggiati, ha come possibile conseguenza che per raggiungere gli Obiettivi sarà sufficiente ottenere significativi miglioramenti nelle condizioni di salute dei meno poveri e miglioramenti anche solo minimi tra i gruppi di popolazione più poveri³⁸, ammesso che di miglioramenti ce ne siano. Il rischio non è purtroppo solo teorico. Stime recenti degli andamenti globali dei tassi di mortalità nei bambini con meno di cinque anni confermano il persistere di ampie disuguaglianze anche all'interno di paesi a basso e medio reddito in cui il tasso di mortalità si è ridotto³⁹.

Si possono individuare due ordini di ragioni. Primo, condizioni di povertà persistenti e pervasive rendono semplicemente i poveri troppo poveri per riuscire a superare la fame, la malattia, l'analfabetismo⁴⁰. Essi rimangono così intrappolati in un vero e proprio circolo vizioso. Secondo, l'espansione dei servizi sanitari, per restare al nostro ambito d'elezione, raggiunge solitamente prima chi sta bene economicamente e solo dopo quelli che dovrebbero essere i principali beneficiari: i meno abbienti. Non si tratta di un esito inevitabile a patto però di riorientare diversamente i servizi sanitari⁴¹.

Investire sulla salute significa dunque investire sulle persone, aiutandole ad affrancarsi da una condizione di povertà e di assenza di opportunità

Sarebbe un errore però ritenere alcuni obiettivi più importanti di altri e magari consolarsi in questo modo del probabile mancato raggiungimento di almeno una parte di essi. Sarebbe parimenti un errore interrogarsi su quali Obiettivi sono stati raggiunti, senza domandarsi allo stesso tempo chi li ha raggiunti e cosa si può fare per chi è rimasto indietro (come nel caso della mortalità tra i bambini con meno di cinque anni).

La strategia degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio avrà successo solo se l'approccio ai problemi che ostacolano lo sviluppo (povertà, ruolo delle donne, salute, ambiente) sarà sistemico e globale, le azioni dei diversi attori dovranno essere coordinate e mirate sulle diverse dimensioni della povertà (economica, politica, sociale), evitando di focalizzarsi solo su singole tematiche sia pure importanti.

Non a caso l'ultimo degli otto obiettivi è proprio quello di realizzare un'alleanza globale per lo sviluppo tra tutti i soggetti interessati: stati, istituzioni internazionali, settore produttivo e società civile, dove ognuno deve dimostrare di essere capace di assumersi le proprie responsabilità, anche se è palese il rischio che all'idea di una partnership globale basata sulla condivisione di responsabilità si sostituisca quella della creazione di molteplici ed autonome iniziative monotematiche di partnership pubblico-privato, a detrimento della necessaria visione d'insieme.

Note bibliografiche

¹ UN, World Bank, IMF, OECD (2000), *A better world for all*, 26 June 2000, www.paris21.org/betterworld (ultimo accesso 03/11/2005).

² UN, *Poverty can be significantly decreased by 2015. Report for major international organisations*, Press Release PI/1261 SOC/4549, Geneva 26 June 2000.

³ Intervista citata in Il Giubileo dei Poveri, *Il Colibri*, 15/12/1999, p. 12.

⁴ K. Lee, G. Walt, A. Haines, *The Challenge to Improve Global Health - Financing the Millennium Development Goals*, JAMA, 2004, 291, pp. 2636-2638.

⁵ World Bank, *Global monitoring report 2005 - Millennium Development Goals: From Consensus to Momentum*, World Bank, Washington 2005.

⁶ UN, *The Millennium Development Goals Report 2005*, http://unstats.un.org/unsd/mi/mi_dev_report.htm (ultimo accesso 01/03/2006).

⁷ UN, *Progress towards the Millennium Development Goals, 1990-2005*, http://unstats.un.org/unsd/mi/goals_2005/Goal_1_2005.pdf (ultimo accesso 03/11/2005).

⁸ UN, *The Millennium Development Goals Report 2005*, http://unstats.un.org/unsd/mi/mi_dev_report.htm (ultimo accesso 01/03/2006).

⁹ UN, *Progress towards the Millennium Development Goals, 1990-2005*, http://unstats.un.org/unsd/mi/goals_2005/Goal_4_2005.pdf (ultimo accesso 03/11/2005).

¹⁰ WHO, *Maternal Mortality in 2000: Estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA*, WHO, Geneva 2004.

¹¹ UNICEF, *Plan of Action for Implementing the World Declaration on the Survival, Protection and Development of Children in the 1990s*, <http://www.unicef.org/wsc/plan.htm> (ultimo accesso 10/03/2006).

¹² UN, *Progress towards the Millennium Development Goals, 1990-2005*, http://unstats.un.org/unsd/mi/goals_2005/Goal_5_2005.pdf (ultimo accesso 03/11/2005).

¹³ UN, *The Millennium Development Goals Report 2005*, http://unstats.un.org/unsd/mi/mi_dev_report.htm (ultimo accesso 01/03/2006).

¹⁴ UN, *Progress towards the Millennium Development Goals, 1990-2005*, http://unstats.un.org/unsd/mi/goals_2005/Goal_6_2005.pdf (ultimo accesso 03/11/2005).

¹⁵ D.B. Evans, T. Adam, T. Tan-Torres Edejer, S.S. Lim, A. Cassels, T.G. Evans, *Achieving the millennium development goals for health - Time to reassess strategies for improving health in developing countries*, *BMJ*, 2005, 331, pp. 1133-1136.

¹⁶ *Ibidem*.

¹⁷ UN, *Progress towards the Millennium Development Goals, 1990-2005*, http://unstats.un.org/unsd/mi/goals_2005/Goal_6_2005.pdf (ultimo accesso 03/11/2005).

¹⁸ World Health Organization, WHO launches new stop TB strategy to fight the global tuberculosis epidemic, 17 March 2006, <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr12/en/index.html>

¹⁹ UN, *The Millennium Development Goals Report 2005*, http://unstats.un.org/unsd/mi/mi_dev_report.htm (ultimo accesso 01/03/2006).

²⁰ L'Aiuto Pubblico allo Sviluppo dei paesi dell'OCSE/DAC ha raggiunto il suo minimo storico nel 2001, con lo 0,22% sul PIL, registrando una poco significativa inversione di tendenza tra il 2002 e il 2004, quando ha fatto registrare lo 0,26%.

²¹ D. Cevallos, *Cumbre de Monterrey concluye sin decisiones*, IPS, México 22 marzo 2002.

²² J.D. Sachs, J.W. McArthur, *The Millennium Project: a plan for meeting the Millennium Development Goals*, "Lancet", 2005, 365, pp. 347-353.

²³ D.B. Evans, T. Adam, T. Tan-Torres Edejer, S.S. Lim, A. Cassels, T.G. Evans, *Achieving the millennium development goals for health - Time to reassess strategies for improving health in developing countries*, *BMJ*, 2005, 331, pp. 1133-1136.

²⁴ World Health Organization, *Health and the Millennium Development Goals*, WHO, Geneva 2005.

²⁵ Task Force on Health Systems Research. *Achieving the health millennium development goals in fragile states*, Abuja December 2004, www.hlfhealthmdgs.org/Documents/FragileStates.pdf (ultimo accesso 01/03/2006).

²⁶ World Health Organization, *The World health report : 2003 : shaping the future*, World Health Organization, Geneva 2003.

²⁷ *Ibidem*.

²⁸ World Health Organization, *Health and the Millennium Development Goals*, WHO, Geneva 2005.

²⁹ OECD, *Health at a Glance: OECD Indicators - 2005 Edition*, <http://www.oecd.org/dataoecd/55/33/35635683.pdf> (ultimo accesso 10/03/2006).

³⁰ S. Wibulpolprasert, V. Tangcharoensathien, C. Kanchanachitra, *Are cost effective interventions enough to achieve the millennium development goals?*, *BMJ* 2005, 331, pp. 1093-1094.

³¹ Per una trattazione più ampia delle GPPP si veda E. Missoni, *Le partnership globali*

pubblico-privato, in OISG (a cura di E. Missoni), *Rapporto 2004 salute e globalizzazione*, Feltrinelli, Milano 2004.

³² E. Missoni, *Il Fondo globale per la lotta all'Hiv/Aids, la tubercolosi e la malaria*, in OISG (a cura di E. Missoni), *Rapporto 2004 salute e globalizzazione*, Feltrinelli, Milano 2004.

³³ <http://www.theglobalfund.org/en/> (ultimo accesso 15/03/2006).

³⁴ A. Wagstaff, M. Claeson, *The Millennium Development Goals for Health – Rising to the challenges*, The World Bank, Washington 2005.

³⁵ R.E. Black, S.S. Morris, J. Bryce, *Where and why are 10 million children dying every year?*, "Lancet", 2003, 361, pp. 2226-2234.

³⁶ World Bank, *World Development Report 2006 - Equity and Development Overview*, World Bank, Washington 2006, p. 12.

³⁷ D.R. Gwatkin, *Who Would Gain most from Efforts to Reach the Millennium Development Goals for Health? An Inquiry into the Possibility of Progress that Fails to Reach the Poor*, The World Bank, Washington 2002.

³⁸ World Health Organization, *The World health report: 2003: shaping the future*, World Health Organization, Geneva 2003.

³⁹ K.A. Moser, D.A. Leon, D.R. Gwatkin, *How does progress towards the child mortality millennium development goal affect inequalities between the poorest and least poor?*, BMJ, doi:10.1136/bmj.38659.588125.79 (published 11 November 2005).

⁴⁰ J.D. Sachs, J.W. McArthur, *The Millennium Project: a plan for meeting the Millennium Development Goals*, "Lancet", 2005, 365, pp. 347-353.

⁴¹ D.R. Gwatkin, *How much would poor people gain from faster progress towards the Millennium Development Goals for health?*, "Lancet", 2005, 365, pp. 813-817.

2.8. Organizzazioni della società civile e politiche sanitarie. Il movimento dei popoli per la salute di Sunil Deepak*

Introduzione

Le organizzazioni della società civile (OSC), hanno tradizionalmente giocato un ruolo importante per fornire sostegno e servizi ai gruppi più vulnerabili e poveri delle popolazioni. La seconda metà del ventesimo secolo ha visto un'ulteriore crescita delle OSC, sia negli scopi che nelle forme organizzative, come organizzazioni non governative (ONG), movimenti, associazioni, federazioni, forum o come gruppi informali di persone interessate. Allo stesso tempo, le OSC hanno iniziato ad assumere un ruolo sempre più importante nelle discussioni sulle politiche pubbliche internazionali, comprese quelle politiche direttamente legate alla salute.

Nel 2002 L'OMS aveva lanciato l'iniziativa legata alla società civile (*Civil Society Initiative - CSI*) che prendeva atto dell'importanza del lavoro fatto dalle OSC. "Le OSC influiscono significativamente nei processi delle politiche internazionali. Le Nazioni Unite beneficiano di informazioni ed esperienza delle OSC e sempre più spesso le OSC collaborano nei processi delle Nazioni Unite. Per quanto riguarda le politiche globali sanitarie le OSC hanno fornito un contributo importante per temi quali: accordi legati al commercio, costi dei farmaci e accesso alle cure, lotta al tabacco, diritti dei malati, promozione dell'allattamento al seno, controllo del latte in polvere, diritti dei malati di HIV/AIDS e sanità di base"¹.

Durante l'ultima decade, questo ruolo internazionale delle OSC è diventato sempre più visibile nei media nazionali ed internazionali e ha acquistato crescente importanza per la sua influenza sull'opinione pubblica. A parte gli esempi ben conosciuti delle mobilitazioni pub-

* Associazione Italiana Amici di Raoul Follerau (AIFO). Consulente OMS, Unità Disabilità e Riabilitazione.

bliche promosse dalle OSC come la campagna per l'accesso ai farmaci antiretrovirali, vi sono innumerevoli esempi di come le OSC stiano cercando di influenzare le politiche sanitarie. Ecco 3 esempi per illustrare i diversi approcci adottati dalle OSC:

1. Mobilitare l'opinione pubblica per promuovere un'azione locale è la strategia più utilizzata dalle OSC. Questo esempio viene dal Nicaragua e coinvolge la federazione degli utenti delle sedie a rotelle (CADISCA). Tomas scrive riguardo al lavoro di CADISCA: "... fino a tempi abbastanza recenti non potevamo recarci al lavoro in maniera autonoma, nè potevamo entrare negli edifici pubblici. Nel 2003 abbiamo analizzato la situazione dell'accessibilità a Managua e abbiamo identificato 200 edifici che avevano bisogno di rampe. Abbiamo sviluppato una proposta ma quando abbiamo cercato di coordinarci con il consiglio municipale abbiamo incontrato molta resistenza. Non interessavano i problemi delle persone disabili, ci hanno detto che esiste una legge che punisce il danno ai marciapiedi, e che devi pagare 30 dollari ogni volta. Potete pensare quante multe avremmo dovuto pagare per costruire 200 rampe. Allora abbiamo cominciato una campagna, siamo andati in TV, abbiamo parlato con i giornali. Molte persone si sono fatte avanti per aiutarci. Gli studenti universitari, soprattutto gli studenti del corso di architettura, ci hanno aiutato molto e alla fine il municipio ha cambiato la sua posizione, hanno detto che non dovevamo pagare le multe ma dovevamo trovare i fondi dall'estero per costruire le rampe. Abbiamo ricevuto aiuti da Gran Bretagna e Irlanda e abbiamo costruito rampe. Ora il municipio ha accettato di costruire altre 400 rampe..."².

2. Monitorare le politiche nazionali di sanità pubblica. Spesso le OSC iniziano un dialogo con le autorità locali riguardo alle politiche pubbliche, per influenzarle e per modificarle. Questo esempio viene dallo Stato di Karnataka (India), dove le OSC hanno creato un gruppo di lavoro (task force) che collabora con il governo statale per monitorare le politiche statali relative alla salute. Il rapporto per il 2001 del task group rileva che: "Il gruppo di lavoro ha potuto interagire con diversi attori collegati alla salute compresi i fornitori di servizi sanitari, i responsabili delle decisioni e delle politiche, i rap-

presentanti delle associazioni dei professionisti e delle associazioni di volontariato, ecc. Abbiamo identificato diversi aspetti chiave che richiedono risposte urgenti e sostenute dallo Stato. A questo riguardo abbiamo elaborato un'agenda delle priorità per promuovere un sistema sanitario che sia guidato da principi di equità, qualità e integrità con particolare attenzione verso i servizi sanitari di base”³.

3. Influenzare politiche internazionali. Le OSC si possono riunire per influenzare le politiche a livello internazionale. Questo esempio riguarda un'organizzazione che si chiama *Public Citizen* che aveva messo su internet il documento legato ai trattati commerciali, il *Multilateral Agreement on Investment* (Accordo multilaterale sugli investimenti - MAI) del 1997. Fino ad allora questo documento era stato discusso nei Paesi membri dell'OECD ma il pubblico non ne era a conoscenza. La pubblicazione del documento su Internet stimolò una risposta di circa 700 organizzazioni sparse in 60 paesi del mondo. Internet e liste di email furono utilizzate dalle organizzazioni non governative per informare e discutere, per fare pressione e per mobilitare l'opinione pubblica e alla fine la proposta del MAI fu sconfitta.

In campo internazionale la più importante OSC che si occupa di politiche per la salute è Il Movimento dei Popoli per la Salute (MPS).

Movimento dei Popoli per la Salute (MPS)

Le prime discussioni per organizzare il **Movimento dei Popoli per la Salute** (MPS) iniziarono all'inizio degli anni novanta, quando le OSC legate alla salute manifestarono tutta la loro delusione riguardo al processo per raggiungere l'obiettivo di “Salute per tutti entro il 2000”, lanciato alla conferenza di Alma Ata. Diverse reti internazionali e alcune organizzazioni si riunirono per lanciare un processo partecipativo che doveva culminare con un'assemblea internazionale. Il processo partecipativo durò circa 10 anni e la prima Assemblea dei Popoli per la Salute (**APS1**) fu tenuta a Savar in Bangladesh nel dicembre 2000. All'APS1 parteciparono circa 1450 persone provenienti da circa 75 paesi. Al termine dell'Assemblea fu approvata la **Carta dei Popoli per la Salute** (la Carta) – vedi **Box** –, conside-

rato il documento sulla salute con il più ampio consenso a livello mondiale dopo la Dichiarazione di Alma Ata⁴. La Carta ha trovato largo consenso, è stata tradotta in più di 40 lingue del mondo ed è stata firmata da migliaia di organizzazioni, attivisti e persone singole.

Il Movimento si è organizzato in circoli nazionali, regionali e tematici (<http://www.phmovement.org/>).

La seconda Assemblea dei Popoli per la Salute (**APS2**), si è tenuta a Cuenca (Ecuador) nel luglio 2005. Uno degli obiettivi dell'APS2 era di coinvolgere maggiormente i gruppi di lingua spagnola e portoghese dell'America Latina nella rete internazionale del Movimento.

All'Assemblea hanno partecipato circa 1500 rappresentanti provenienti da 82 Paesi del mondo. L'Assemblea ha trattato 5 temi fondamentali: 1) Salute come diritto umano fondamentale; 2) Contro la militarizzazione e contro l'occupazione militare; 3) Lotta contro il degrado ambientale; 4) Rinascita dello spirito della "Salute per Tutti"; 5) Ruolo del Movimento dei Popoli per la Salute nei prossimi 5 anni.

Mentre l'APS1 era stata ignorata da quasi tutte le istituzioni internazionali, l'APS2 registrò la presenza di rappresentanti ufficiali dell'OMS e di altre organizzazioni delle Nazioni Unite, compreso il Presidente della Commissione sui determinanti sociali della salute, il Prof. Michael Marmot.

Nella sua relazione all'Assemblea, il Prof. Marmot ha parlato del rapporto tra la sanità di base ed i determinanti sociali della salute: "La salute è un indicatore per misurare se le politiche rispondono ai bisogni umani e sociali". Marmot ha parlato delle disuguaglianze tra i Paesi e all'interno degli stessi Paesi e dell'aumento delle disuguaglianze. Riguardo al rapporto tra il miglioramento degli indicatori relativi alla salute e lo sviluppo economico, Marmot ha citato l'esempio della riduzione in mortalità, "Essa può essere mediata dallo sviluppo economico se lo sviluppo economico è ben esteso e partecipativo, come in Hong Kong e Sud Corea, per cui vi è stata una diminuzione della povertà e un miglioramento nello stato della salute dei cittadini. Essa può essere guidata anche da un sostegno da parte dei Governi come è successo in Costa Rica, Kerala (India) e Sri Lanka, dove la qualità della vita è migliorata grazie ai servizi sociali ed educativi"⁵.

Mentre le presentazioni dei rappresentanti dell'Iraq e della Palesti-

na durante l'Assemblea hanno stimolato molto interesse e dibattiti, alcune altre discussioni e riflessioni sono state seguite da molte persone. Per esempio, la relazione di una rappresentante americana, Lori Smith che ha parlato delle difficoltà di accesso ai servizi sanitari da parte di gruppi poveri ed emarginati negli Stati Uniti, e la relazione di una ragazza della Tanzania, malata di AIDS, hanno avuto grande impatto sui partecipanti. L'Assemblea aveva molte relazioni relative alle esperienze legate all'accesso ai servizi sanitari dall'America Latina.

L'Assemblea è culminata nella **Dichiarazione di Cuenca**, documento finale che ha cercato di raccogliere le diverse discussioni e conclusioni emerse durante l'Assemblea. La dichiarazione di Cuenca ha riaffermato la fondamentale importanza della Carta dei Popoli per la Salute e invita i popoli a mobilitarsi per garantire il diritto alla salute e creare alleanze con gli altri movimenti che lottano per i diritti all'acqua, alla sicurezza alimentare, ad un ambiente sano, al lavoro dignitoso, all'educazione universale, ecc. La dichiarazione afferma l'importanza di lanciare una campagna internazionale sul "diritto globale alla salute e ai servizi sanitari" da promuovere a vari livelli per difendere la salute e i sistemi della sicurezza sociale (compreso i servizi sanitari). Inoltre la dichiarazione invita a documentare e opporsi alle disuguaglianze sanitarie e al non rispetto del diritto alla salute⁶.

Osservatorio Globale sulla Salute

L'**Osservatorio Globale sulla Salute** (OGS) fu lanciato nel 2002 da persone e organizzazioni legate al Movimento dei Popoli per la salute. OGS ha elaborato il primo rapporto per farlo coincidere con l'Assemblea di Cuenca. Il primo rapporto dell'OGS è suddiviso in 5 parti e si focalizza sulle 5 aree principali identificate nella Carta dei Popoli per la Salute: 1) La salute per tutti in un mondo "senza frontiere"; 2) Servizi sanitari e sistemi sanitari; 3) La salute delle comunità vulnerabili; 4) Il contesto più ampio della salute (i cambiamenti climatici, l'acqua, il cibo, l'educazione, la guerra); 5) La responsabilità delle istituzioni globali, delle multinazionali e dei paesi ricchi.

“Il rapporto dell’Osservatorio Globale sulla Salute – si legge nell’introduzione – nasce da una delle più grandi mobilitazioni della società civile mai avvenute, sui temi della salute. Le sue radici affondano negli esperimenti innovativi degli anni settanta e ottanta quando gli attivisti avevano lanciato campagne per sfidare le disuguaglianze tra i Paesi del nord e del sud, tra i Paesi ricchi e poveri. Avevano formulato proposte per promuovere un cambiamento e avevano influenzato la dichiarazione della conferenza di Alma Ata nel 1978. Sanità comunitaria, il concetto dei farmaci essenziali, la campagna contro le multinazionali che promuovono l’uso del latte artificiale, ecc. sono solo alcuni dei risultati delle proposte di quegli anni che hanno avuto un importante impatto sulla vita di milioni di persone”.

Il primo rapporto dell’OSG (2005) e il relativo piano d’azione può essere scaricato gratuitamente dal sito web www.ghwatch.org.

La campagna per il diritto alla salute

Nel corso dell’APS2 è stata lanciata l’iniziativa di una campagna internazionale sul “Diritto alla Salute” con due principali obiettivi:

- Sostenere campagne o iniziative relative ai determinanti chiave della salute (per esempio campagne per il diritto all’acqua o alla sicurezza alimentare).
- Sostenere una campagna specifica del Movimento dei Popoli per la Salute sul diritto di accesso ai servizi sanitari.

La campagna per il Diritto alla Salute avverrà in stretta collaborazione con l’OGS e il secondo rapporto dell’Osservatorio sarà dedicato ai rapporti sullo stato di servizi sanitari in Paesi di diverse parti del mondo.

Sfide e Prospettive per il Movimento dei Popoli per la salute

Negli ultimi 15 anni, da quando sono iniziate le discussioni che hanno portato alla nascita del Movimento fino alla seconda Assemblea tenutasi in Ecuador, il Movimento è cresciuto e ormai può vantare di avere sostenitori in tutte le parti del mondo. Allo stesso tem-

po le persone legate al Movimento possono dichiararsi soddisfatte della sua influenza su partner chiave come l'OMS.

Nonostante questi successi, il Movimento deve affrontare diverse sfide per raggiungere il suo obiettivo – il sogno di un mondo più equo e giusto dove tutti i popoli hanno il diritto alla salute. Molte di queste sfide non sono prerogativa del MPS, ma si possono applicare a molti altri movimenti e reti internazionali. Quando movimenti e reti raggiungono un certo livello di successo, tendono a “professionalizzarsi” rischiando di allontanarsi da alcuni degli attori che hanno partecipato alle fasi iniziali e garantito il successo.

Alcune delle sfide specifiche che il Movimento deve affrontare comprendono:

- **Superare le barriere linguistiche:** il MPS è composto quasi esclusivamente da persone e da organizzazioni di lingua inglese. Nonostante i continui sforzi per coinvolgere altri gruppi di lingua francese, spagnola e portoghese provenienti dai Paesi in via di sviluppo, le barriere che questi devono affrontare per partecipare sono molte. La decisione di organizzare l'APS2 in Ecuador era motivata anche dal desiderio di ridurre questa barriera linguistica e promuovere un maggior coinvolgimento delle organizzazioni e reti dell'America Latina al Movimento. Si pensava che dopo l'Assemblea uno dei Paesi dell'America Latina avrebbe ospitato la segreteria del Movimento per alcuni anni. Invece le barriere linguistiche hanno costretto a spostare il segretariato del Movimento alla regione del medio-oriente e al nord Africa. Altre barriere linguistiche riguardano le lingue dei paesi in via di sviluppo. Le lingue dei Paesi in via di sviluppo, come arabo, cinese o hindi, anche se parlati da milioni di persone trovano spazi ancora più ridotti nel dialogo internazionale, il che esclude alcuni rappresentanti dei gruppi di base dei Paesi in via di sviluppo.
- **Le voci dei gruppi vulnerabili:** assicurare che i diversi gruppi di popolazioni possano portare le proprie esperienze alle discussioni del Movimento è un'altra sfida. Il rischio è di invitare qualche rappresentante dei gruppi vulnerabili che risultino soltanto una

presenza simbolica che non mette in discussione le logiche dell'oppressione. Persone provenienti dalle aree rurali, gruppi di "bassa casta", persone disabili, gruppi indigeni, ecc. sono alcuni dei gruppi vulnerabili che richiedono uno spazio nel Movimento. È importante per il movimento avere dei porta-voce esperti e dei bravi comunicatori. Dall'altra parte la tendenza alla "professionalizzazione" del Movimento riduce lo spazio disponibile per i gruppi emarginati e sarà importante assicurare che vi sia un equilibrio nel movimento tra i due gruppi.

- **Uguale opportunità di partecipazione Nord e Sud:** L'inserimento di voci provenienti dal sud del mondo rimane una priorità per il Movimento. Parzialmente la difficoltà è dovuta alle barriere linguistiche ma è anche una questione di risorse. Per esempio, Paesi popolosi come Cina e Indonesia, sono poco rappresentati nel Movimento che è dominato da persone provenienti dall'Europa e dall'Asia del sud. In generale, anche il continente africano è rappresentato poco se escludiamo il Sud Africa.
- **Creazione di una rete con altri movimenti e iniziative:** Anche se diverse reti delle Organizzazioni civili internazionali sostengono il Movimento dei Popoli per la Salute, essa rimane una questione chiave. Da una parte molti movimenti e reti sono correlati perché condividono gli obiettivi finali, d'altra parte, fattori complessi come questioni di appartenenza, potere e identità creano barriere o approcci paralleli.
- **Identità del Movimento dei Popoli per la Salute:** Qualche volta le persone che sostengono il Movimento devono chiedersi se continuano a sentirsi parte del gruppo. In parte ciò è dovuto al successo del Movimento che ha attirato diversi altri attori che chiedevano diritto di appartenenza e di poter parlare in suo nome. Alcuni di questi gruppi possono essere un po' radicali nel loro approccio e ciò crea disagio in altri gruppi che si sentono parte del Movimento. Dall'altra parte, per definizione, un Movimento è un gruppo di persone e organizzazioni senza chiari ruoli e regolamenti, per cui approfondire e risolvere questa problematica resta difficile.
- **Identificare obiettivi intermedi raggiungibili:** Mentre la Carta e gli ideali del Movimento sollecitano un consenso assai diffuso, dopo un po', si rischia di creare un senso di frustrazione e scoraggia-

mento perché gli obiettivi del Movimento possono sembrare troppo grandi e difficili da raggiungere. In questa situazione, diventa importante per il Movimento identificare obiettivi intermedi concreti e raggiungibili che mantengano un senso di speranza e partecipazione tra i suoi sostenitori. La definizione della nuova campagna sul Diritto alla Salute può essere un passo in questa direzione.

Conclusioni

Nelle ultime decadi, le organizzazioni della società civile hanno assunto un importante ruolo per quanto riguarda il diritto alla salute, denuncia delle disuguaglianze, advocacy, pressione politica e come fornitrici di servizi. Questo aumento nell'importanza del ruolo delle OSC è parallelo al crescente potere delle grandi corporazioni e multinazionali, e della globalizzazione economica. Sempre più spesso le OSC si riuniscono a vari livelli per definire gli interessi degli esclusi della globalizzazione economica e per dialogare con le istituzioni come l'Organizzazione Mondiale della Sanità per promuovere nuove strategie più inclusive e partecipative. Il Movimento dei Popoli per la Salute è uno degli esempi più significativi del "convenire insieme" delle organizzazioni non governative degli ultimi anni, focalizzato specificatamente alle questioni strettamente legate alla salute e ai servizi sanitari.

Il Movimento dei Popoli per la Salute promuove significativi cambiamenti delle strategie sanitarie nazionali ed internazionali affinché aiutino la riduzione delle disuguaglianze e promuovano il diritto alla salute secondo lo spirito della dichiarazione di Alma Ata.

Brani dalla
CARTA DEI POPOLI PER LA SALUTE

Nel 1978 alla conferenza di Alma-Ata, i ministri di 134 Paesi membri, in collaborazione con l'OMS e l'UNICEF, dichiararono: "Salute per tutti entro l'anno 2000", individuando la sanità di base come migliore strumento per il raggiungimento di questo obiettivo. Sfortunatamente questo sogno non si è mai avverato. Lo stato di salute della popolazione del terzo mondo non è migliorato e, in parecchi casi, è anche peggiorato. Al momento stiamo attraversando una crisi della sanità a livello mondiale, caratterizzata da ineguaglianze crescenti fra e all'interno delle nazioni.

Emergono continuamente nuove insidie alla salute, aggravate dalle forze negative della globalizzazione che ostacolano la equa distribuzione delle risorse per la salute dei popoli, specialmente dei poveri. Per quanto riguarda la salute, la mancata implementazione dei principi di sanità di base ispirati alla Dichiarazione di Alma-Ata, hanno significativamente aggravato la crisi della sanità mondiale. I governi e le istituzioni internazionali sono ampiamente responsabili di questo fallimento.

La salute è una questione sociale, economica e politica ma soprattutto un diritto umano fondamentale. Ineguaglianza, povertà, sfruttamento, violenza e ingiustizia sono le radici della mancanza di salute e della morte di gente povera ed emarginata. Salute per tutti significa sfidare interessi potenti, combattere la globalizzazione e cambiare drasticamente le priorità politiche ed economiche.

Equità, sviluppo ecologicamente sostenibile e pace sono il cuore della nostra filosofia per un mondo migliore, un mondo in cui una vita sana per tutti sia una realtà; un mondo che rispetti, apprezzi e celebri la vita e le diversità; un mondo che permetta il fiorire del talento e delle abilità individuali per l'arricchimento reciproco; un mondo nel quale la voce della gente guidi le decisioni che modellano le nostre vite.

Il raggiungimento del più alto grado possibile di salute e benessere è un diritto umano fondamentale, a prescindere dal colore, gruppo etnico, religione, genere o età, abilità, orientamento sessuale o classe della persona.

- I principi di sanità di base universale e completa previsti nel 1978 dalla dichiarazione di Alma-Ata, dovrebbero costituire la base per formulare politiche relative alla salute. Oggi più che mai c'è bisogno di un approccio equo, partecipativo e intersettoriale alla salute ed ai servizi sanitari.
- I Governi hanno la responsabilità fondamentale di assicurare l'accesso universale ai servizi sanitari di qualità, all'educazione ed agli altri servizi sociali in relazione ai bisogni della gente e non sulla base delle loro possibilità economiche.
- La partecipazione dei popoli e delle organizzazioni popolari, è essenziale alla formulazione, all'implementazione e valutazione di tutti i programmi e delle politiche sanitarie e sociali.
- La salute è determinata primariamente dall'ambiente politico, economico sociale e fisico e dovrebbe, in accordo con l'equità e lo sviluppo sostenibile, essere una priorità assoluta nella formulazione di politiche locali, nazionali e internazionali.

Note bibliografiche

¹ R. Loewenson, *Civil Society Influence on global health policy*, WHO CSI/2003/B14, Geneva 2003, p. 3, 13.

² H. Tomas, *Rivolucìon Rampista*, New Internationalist Magazine, Nov. 2005.

³ Task Force on Health & Family Welfare, Karnataka towards equity, integrity and Quality in health - focus on primary health care and public health, Government of Karnataka, India, April 2001.

⁴ PHM News Briefs 1, Get Involved, <http://www.phmovement.org/en/resources/newsbriefs>, PHM, 2000 PHM News Briefs 5, People's Health Assembly 2000: A resounding success, <http://www.phmovement.org/en/resources/newsbriefs>, PHM, 2001.

⁵ M. Marmot, *The relationship between Primary Health Care and the Social Determinants of Health*, <http://phmovement.org/pha2/papers/documents/FinalPlenaryPHAECuadorJuly2005Marmot.ppt#2>, PHM, 2005 (consulted in March 2006).

⁶ Cuenca Declaration, http://phmovement.org/pha2/papers/cuenca_dec.php, PHM, 2005 (consulted in March 2006).

Parte Terza

Le diseguaglianze nella salute
all'interno di una nazione

3.1. Le diseguaglianze nella salute in Europa di Giuseppe Costa*, Silvia Bellini** e Teresa Spadea**

Introduzione

Il tema delle diseguaglianze sociali nella salute è un importante aspetto della sanità pubblica che coinvolge, in diversa misura, tutti i paesi europei. Nella prima parte del capitolo si illustrano le differenze sociali di salute a livello europeo utilizzando la mortalità e la morbosità¹, nella seconda parte si delinea lo stato dell'arte sulle politiche attuate dai singoli paesi per contrastarle².

Relativamente alla mortalità sono disponibili i dati dagli anni '80, ma per pochi paesi è possibile utilizzare indicatori e disegni di studio comparabili. I dati sulla morbosità derivano da indagini campionarie condotte in modo confrontabile in un maggior numero di paesi. Essi tuttavia, misurano differenze di salute riferite dai soggetti intervistati, che possono essere influenzate anche dal contesto culturale. La valutazione sulle politiche, invece, può contare su un livello solo qualitativo di conoscenze.

Mortalità

Negli ultimi vent'anni il calo della mortalità è stato più veloce nelle classi sociali più avvantaggiate, probabilmente perchè hanno adottato stili di vita più salubri (cessazione del fumo, esercizio fisico, dieta equilibrata), hanno migliorato di più le proprie condizioni di vita e di lavoro ed hanno beneficiato maggiormente dell'assistenza sanitaria. Indipendentemente dall'indicatore sociale utilizzato, i differenziali sociali di mortalità sono cresciuti tra gli anni '80 e gli anni '90 in tutti i paesi³.

* Dipartimento di Sanità Pubblica e Microbiologia. Università di Torino.

** Servizio Regionale di Epidemiologia ASL5 Piemonte.

Si presume che anche nei paesi dell'Europa dell'est le differenze sociali nella mortalità abbiano giocato un ruolo importante anche se non sono disponibili dati affidabili prima degli anni '90. A partire dal crollo del comunismo, la situazione è stata studiata in alcuni Paesi, dove ha mostrato quadri molto variabili, come in Repubblica Ceca in cui l'eccesso di rischio di mortalità alla fine degli anni '80 nei gruppi meno istruiti rispetto ai più istruiti era del 66% fra gli uomini e del 9% fra le donne, in Ungheria (97% e 58%) e in Estonia (138% e 123%). Tali eccessi di rischio tra i gruppi meno istruiti sono riconducibili da un lato, a fattori di contesto (precarietà economica, povertà, caduta dello stato sociale) che hanno colpito maggiormente gli strati sociali più bassi, dall'altro a fattori di rischio comportamentali verso cui tali gruppi risultano maggiormente esposti⁴.

Occorre precisare che le disegualianze sociali hanno un impatto sulla salute ancor prima della nascita, come dimostrano i maggiori rischi di esito sfavorevole della gravidanza (natimortalità, mortalità neonatale e infantile) tra le classi più svantaggiate⁵. Lo stesso dicasi per altri indicatori di salute riproduttiva quali, il basso peso alla nascita, la prematurità e le malattie congenite. Differenze significative persistono anche nell'infanzia relativamente alla mortalità per cause accidentali e infezioni.

In generale, le donne presentano differenziali sociali nella mortalità minori rispetto agli uomini. A partire dai 60 anni tali differenziali diminuiscono nelle donne molto meno che negli uomini, per cui l'eccesso di rischio diventa simile nei due sessi attestandosi attorno al 30%⁶. La spiegazione di tale fenomeno è attribuibile al diverso profilo delle cause di mortalità nei due sessi. Nelle donne infatti, prevale il tumore della mammella, per il quale risultano maggiormente a rischio le classi sociali più avvantaggiate. Inoltre, alcuni fattori di rischio comportamentale, strettamente associati alla bassa posizione socio-economica, quali il fumo, l'abuso di alcol e una dieta povera di frutta e verdura fresca, sono più diffusi tra gli uomini che tra le donne; solo il sovrappeso e l'obesità, mostrano differenziali sociali più alti tra le donne⁷.

In particolare, per quanto riguarda il fumo, l'epidemia presenta fasi e velocità di transizione diverse tra i generi e le fasce sociali⁸:

– stadio 1: all'inizio del ventesimo secolo l'abitudine al fumo comin-

- cia a diffondersi soprattutto tra gli uomini di elevata classe sociale;
- stadio 2: dopo la seconda guerra mondiale si assiste ad una rapida crescita della prevalenza di fumatori in tutte le classi sociali; le donne seguono lo stesso andamento degli uomini con un ritardo di 10-20 anni (il Portogallo è l'unico paese europeo ancora in questo stadio negli anni Novanta);
 - stadio 3: si assiste ad una diminuzione dell'abitudine al fumo, maggiormente nelle classi sociali più elevate, a seguito delle campagne antifumo, del divieto di fumare nei luoghi pubblici e dell'aumento del costo delle sigarette (Spagna, Italia, Francia sono all'inizio di tale stadio, particolarmente tra gli uomini, Finlandia e Germania quasi al termine);
 - stadio 4: il fumo diventa, per entrambi i sessi, un'abitudine diffusa soprattutto tra i gruppi socio-economici più svantaggiati (Gran Bretagna, Norvegia, Svezia, Paesi Bassi).

La Tabella 1 riporta i contributi percentuali delle specifiche cause di morte alle disuguaglianze nell'istruzione tra gli uomini, in otto Paesi europei⁹. Si osserva che i principali gruppi di cause per le quali è riconosciuto un importante impatto delle disuguaglianze sociali sono le malattie cardiovascolari, i tumori e le cause accidentali che, nonostante contribuiscano in misura minore alle disuguaglianze, hanno notevole rilevanza in termini di anni di vita persi poiché colpiscono soprattutto le fasce di età più giovani. Di seguito si prenderanno in considerazione questi tre gruppi di cause.

Malattie cardiovascolari. In Europa la mortalità cardiovascolare spiega, da sola, almeno il 40% delle disuguaglianze nella mortalità negli uomini e una percentuale decisamente superiore nelle donne: circa il 60%⁹. La Figura 1 mostra l'eccesso di rischio di morire per malattie ischemiche del cuore e per ictus nei meno istruiti rispetto ai più istruiti in 10 popolazioni europee. Si può notare che la mortalità per malattie ischemiche del cuore presenta differenze sociali molto intense nei paesi nordici, che si attenuano seguendo un gradiente nord-sud. Torino, Barcellona e Madrid infatti, hanno differenze minime o inesistenti, soprattutto fra gli uomini¹⁰. Infatti, nel Nord Europa, dopo la seconda guerra mondiale, si è assistito ad una diffusio-

Tabella 1. Contributo percentuale delle specifiche cause di morte alle differenze tra bassa ed elevata istruzione tra gli uomini di 45 anni e oltre in otto paesi europei.

	Finlandia	Norvegia	Inghilterra/ Galles	Belgio	Austria	Svizzera	Torino	Barcellona/ Madrid
Cardiovascolare	50.0	52.5	47.5	27.6	46.1	42.5	19.7	13.5
IHD*	33.3	31.6	37.4	7.1	13.6	17.6	-8.3	2.8
cerebrovascolari	6.3	9.8	5.5	6.8	11.0	6.8	23.2	7.9
altre cardiovascolari	10.5	11.1	4.6	13.6	21.5	18.2	4.7	2.7
Tumori	19.7	12.9	27.9	23.8	24.4	25.9	33.8	35.0
polmone	12.3	6.6	13.6	17.2	11.1	12.6	19.9	11.0
altre sedi	7.4	6.3	14.3	6.6	13.3	13.3	13.9	24.1
Cause accidentali	7.4	4.4	-0.3	5.9	5.8	3.5	5.3	2.2
Altre patologie	22.8	30.3	24.9	42.8	23.8	28.1	41.2	49.3
Mortalità totale	100	100	100	100	100	100	100	100

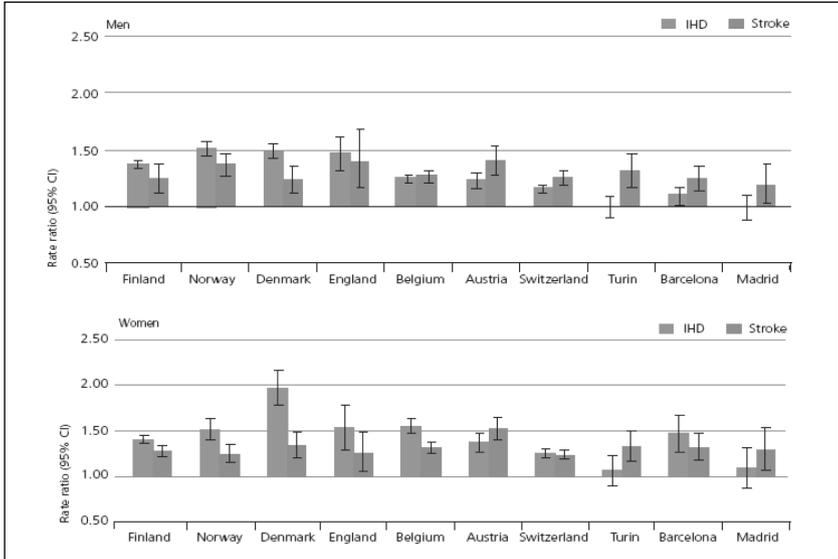
* IHD = *malattie ischemiche del cuore.*
Fonte: M. Huisman, et al. [9].

ne di stili di vita cosiddetti “del benessere” (fumo, dieta ricca di grassi e proteine, sedentarietà) e, di conseguenza, una maggior prevalenza di infarto nei gruppi socio-economici più elevati. Successivamente l’inversione della diffusione sociale di questi fattori ha determinato agli inizi degli anni ’70, un calo nella mortalità per tale patologia, che è stato più rapido e anticipato nei gruppi più avvantaggiati, configurando l’attuale scenario. Al contrario, nei paesi del Sud Europa questa evoluzione presenta un ritardo, con bassi differenziali nella mortalità per malattie cardiovascolari, anche se il passaggio allo stadio 4 dell’epidemia del fumo fa prevedere un quadro simile a quello descritto per i paesi nordici.

Come si può rilevare dalla Figura 1, la mortalità per ictus ha da sempre mostrato, in tutti i paesi europei, differenze sociali di dimensione comparabile a sfavore dei gruppi svantaggiati, in relazione alla maggior prevalenza dell’ipertensione che ne rappresenta il principale fattore di rischio e che risulta correlata a scorrette abitudini alimentari, quali l’eccessivo consumo di sale e l’abuso di alcolici¹⁰.

Tumori. Il contributo delle disuguaglianze sociali ai tumori, seconda causa di mortalità nei paesi europei, è del 24% fra gli uomini e 11% fra le donne⁹. L’associazione tra incidenza di tumori e bassa classe sociale è molto intensa per alcune sedi tra cui stomaco, polmone, orofaringe, laringe, esofago e cervice uterina. Tali differenze sono riconducibili rispettivamente a lunghe storie di povertà, al fumo, all’alcol e al fumo, e a comportamenti sessuali (HPV)¹¹. Viceversa, ci sono alcune sedi tumorali che, in relazione a particolari stili di vita, colpiscono maggiormente i più ricchi ed istruiti: colon, melanoma, mammella e ovaio. Per la mammella e l’ovaio, ad esempio, l’associazione è attribuibile al comportamento riproduttivo delle donne delle classi più elevate che sempre più riducono il numero dei figli, posticipano l’età al primo figlio e di conseguenza allattano per meno tempo. Tali differenze sociali si rispecchiano anche nella mortalità, con l’eccezione del colon per il quale, contrariamente all’incidenza, si rileva un modesto svantaggio delle classi sociali più basse in tutti i paesi. Questo significa che il vantaggio rispetto all’incidenza di questo tumore, viene perso nella sopravvivenza, probabilmente a causa di differenze nella tempestività della diagnosi, per cui il tumo-

re viene diagnosticato nelle persone meno istruite quando ormai è in fase avanzata e minori sono le probabilità di guarigione¹².



Nota: 95% CI = intervallo di confidenza al 95%.

IHD (ischaemic heart disease) = malattie ischemiche del cuore.

Stroke= ictus

Fonte: M. Avendano, et al. [10].

Figura 1. Diseguaglianze nella mortalità – uomini e donne – per malattie ischemiche del cuore e ictus per livello di istruzione in 10 paesi europei negli anni '90.

Cause accidentali. Tra le cause accidentali ricordiamo gli incidenti stradali e i suicidi. In Europa, fra gli uomini con opposti livelli di istruzione, i tassi di mortalità per incidente stradale passano da 12x100.000 a 20x100.000 e i giovani sono quelli a maggior rischio¹³. Riguardo ai suicidi, l'intensità delle diseguaglianze varia tra i paesi: gli uomini meno istruiti hanno un rischio quasi tre volte maggiore a Madrid e poco superiore all'unità a Torino. Nelle donne invece, non si evidenziano differenziali netti e in alcuni paesi tra cui Norvegia, Danimarca, Svizzera e Inghilterra muoiono di più quelle con un elevato livello di istruzione¹⁴.

Indagini sulla salute

Salute percepita. Le differenze nella salute percepita in funzione del reddito sono stabili e minori nei paesi nordici, dove minori sono le differenze distributive dei redditi nella popolazione rispetto ai paesi dell'Europa continentale e latina. La Tabella 2 mostra quanto sia maggiore la probabilità che i meno istruiti giudichino come non buona la loro salute rispetto ai più istruiti. Si nota che in paesi come la Finlandia, la Norvegia, la Danimarca i meno istruiti hanno un rischio circa tre volte maggiore rispetto ai più istruiti di dare un giudizio negativo sul loro stato di salute, mentre l'Italia e la Spagna hanno rischi inferiori. Tuttavia, passando dagli anni '80 ai '90, nei paesi nordici tali rischi rimangono stabili, mentre in Italia e in Spagna aumentano significativamente¹⁵.

Malattie croniche e disabilità riferite. Sono molte le malattie croniche che affliggono maggiormente i meno istruiti: ictus, artrite, diabete, disturbi al sistema nervoso, e, come visto, quelle cardiovascolari^{16,17}. I figli di famiglie a basso livello socio-economico dichiarano di soffrire maggiormente di cattive condizioni di salute rispetto alle famiglie benestanti¹⁸. Tra gli adolescenti e i giovani le differenze sono più inconsistenti perché influenzate dal progressivo passaggio dallo stato socio-economico della famiglia d'origine al costituirsi di uno proprio. Considerando l'altezza un indicatore oggettivo dell'influenza sulla salute dei fattori di rischio che agiscono durante l'infanzia e l'adolescenza (nutrizione, condizioni abitative, malattie pregresse, stress psicosociale), notiamo in tutta Europa una differenza da 1 a 3 cm in ragione del livello di istruzione¹⁹. Fra le classi sociali più elevate prevalgono le allergie, probabilmente a causa di una maggior attenzione diagnostica piuttosto che di una reale maggior incidenza che potrebbe anche essere influenzata dalla differente distribuzione sociale dei fattori di rischio ad essa associati (contatto con animali, riscaldamento centralizzato, biancheria utilizzata, eccessiva cura per l'igiene del corpo e della casa).

Le disuguaglianze sociali hanno un importante ruolo anche nelle limitazioni delle attività quotidiane e strumentali (ADL e IADL) tra i soggetti anziani. Tra coloro che sono meno istruiti o con minor reddito, circa il 50% (età >50 anni) presenta una o più limitazioni nella

Tabella 2. Intensità delle disuguaglianze nell'istruzione relativamente alla salute percepita come non buona: uomini e donne tra i 25-69 anni.

Country	Odds ratio (95% confidence interval)					
	Men			Women		
	1980s	1990s	1990s	1980s	1990s	1990s
Finland	3.15 (2.55-3.88)	2.99 (2.44-3.66)		2.86 (2.28-3.58)		3.29 (2.60-4.18)
Sweden	2.37 (1.71-3.29)	2.37 (1.70-3.30)		3.32 (2.37-4.66)		3.06 (2.22-4.23)
Norway	2.93 (2.16-3.98)	2.30 (1.73-3.04)		3.10 (2.13-4.50)		2.84 (2.10-3.82)
Denmark	2.96 (1.99-4.40)	2.16 (1.45-3.21)		2.88 (1.91-4.34)		3.00 (2.13-4.21)
England	3.11 (2.27-4.25)	3.08 (2.57-3.68)		2.08 (1.59-2.71)		2.66 (2.21-3.19)
Netherlands	2.95 (2.46-3.52)	2.81 (2.39-3.30)		1.95 (1.63-2.35)		2.12 (1.81-2.49)
W. Germany	1.50 (1.20-1.88)	1.76 (1.44-2.14)		1.89 (1.43-2.50)		1.91 (1.50-2.44)
Austria	3.39 (2.92-3.93)	3.22 (2.79-3.71)		2.75 (2.37-3.19)		2.67 (2.31-3.07)
Italy	2.05 (1.79-2.34)	2.94 (2.54-3.40)		1.86 (1.62-2.15)		2.55 (2.20-2.95)
Spain	1.86 (1.58-2.17)	2.58 (1.81-3.67)		1.97 (1.63-2.37)		3.10 (2.18-4.41)
Total (excl. Italy)	2.61 (2.41-2.83)	2.54 (2.35-2.75)		2.48 (2.28-2.69)		2.70 (2.50-2.92)

Fonte: Kunst AE, et al. [15]

mobilità o sensibilità e circa il 20% (età ≥ 76 anni) ha gravi difficoltà nel camminare; queste prevalenze sono circa il doppio di quelle osservate tra le classi più avvantaggiate²⁰.

Così come le differenze nella mortalità sulla base dell'istruzione danno ragione di una differenza nella speranza di vita (tra i 25 e i 75 anni) di 2.8 anni negli uomini e 1.1 anni nelle donne, le disegualianze nei tassi di morbosità contribuiscono a differenze nell'aspettativa di vita in buona salute, cioè nel numero di anni che ci si attende che un individuo viva in buona salute, di 10.5 anni e 4.6 anni nei due sessi rispettivamente²¹. Quindi, le persone meno istruite non solo vivono di meno, ma anche peggio, perché affette da malattie per buona parte della loro vita .

Le politiche in Europa

Lo sviluppo di politiche relative alle differenze sociali di salute è partito negli anni '80, ma ha iniziato ad affermarsi soprattutto verso la fine degli anni '90. In seguito al Summit Europeo di Lisbona del 2000, i 25 paesi dell'Unione europea hanno sottoscritto un accordo che riconosce l'importanza di un'azione di contrasto alla povertà e all'esclusione sociale. Le sfide lanciate da Lisbona sono: maggior partecipazione al mercato del lavoro, modernizzazione dei sistemi di sostegno sociale, equità nell'istruzione e nella formazione, abolizione della povertà infantile, garanzia di una degna abitazione, miglioramento dell'accesso a servizi di qualità, lotta alle discriminazioni e aumento dell'integrazione sociale dei disabili, minoranze etniche ed immigrati. Analizzando l'impatto dei fattori di tipo sociale nell'insorgenza di differenze negli esiti di salute, si riconosce la necessità di integrare a livello di strategia politica di intervento, i due ambiti, sociale e sanitario. In molti paesi tale integrazione ancora non esiste; occorre che la sanità attui una riduzione delle disegualianze agendo sui fattori sociali che le determinano e che la giustizia sociale valuti anche gli esiti sulla salute delle sue azioni politiche.

Gli impegni nazionali. I risultati di una indagine qualitativa sui paesi europei² distinguono tre livelli crescenti di coinvolgimento degli Stati nella lotta alle differenze sociali di salute. Tale suddivisione prende spunto dallo schema proposto da M. Whitehead per analiz-

zare le diverse fasi di consapevolezza, predisposizione e azione, da parte delle istituzioni politiche dei diversi paesi, nell'affrontare il tema delle diseguaglianze sociali di salute²². Il primo livello comprende paesi come la Grecia e la Germania, in cui il contrasto alle diseguaglianze è presente solo come indicazione di principio nei documenti legislativi che regolano il welfare. Per la Grecia ad esempio, la definizione di sanità pubblica comprende anche la prevenzione della povertà e dell'esclusione e la tutela dei gruppi più vulnerabili; di conseguenza le politiche di sanità pubblica devono rispondere non solo a criteri di efficacia ed efficienza, ma anche di equità. La costituzione del sistema sanitario tedesco si fonda su un principio di solidarietà tra poveri e ricchi, tra sani e malati e tra famiglie e la sanità pubblica ha un esplicito mandato verso interventi di promozione della salute rivolti ai gruppi più svantaggiati.

Il secondo livello riguarda l'adozione nei documenti di indirizzo e programmazione politica dei principi di promozione dell'equità in salute, con obiettivi di lotta alle diseguaglianze, anche se non sono contemplati specifici target quantitativi. A questo livello rientrano paesi come Danimarca, Francia, Ungheria, Italia, Norvegia, Polonia, Repubblica Slovacca, Svezia. Il Piano sanitario nazionale italiano 2003-05²³, ad esempio, riconosce l'importanza delle diseguaglianze sociali negli indicatori di salute, ma rivolge l'attenzione soltanto a due gruppi sociali emarginati: immigrati e tossicodipendenti. L'Ungheria si è focalizzata sui Rom, con l'obiettivo di ridurre le differenze nell'aspettativa di vita rispetto al resto della popolazione che attualmente è di circa 10 anni. In Svezia diversi documenti di politica sanitaria riconoscono l'attualità e l'importanza delle differenze sociali di salute. La Francia ha come obiettivo la riduzione della mortalità e morbosità evitabile e delle differenze di salute tra le regioni, così come la Polonia vuole intervenire nella prevenzione delle differenze sociali nella salute riproduttiva.

Nell'ultimo livello rientrano paesi che affrontano il tema in maniera più sistematica, con target specifici e obiettivi quantificabili il cui raggiungimento è previsto entro limiti temporali pianificati. Possiamo ulteriormente distinguere i paesi che rientrano in questo livello in tre raggruppamenti. Il primo comprende Repubblica Ceca, Lettonia e Lituania, che seguono le raccomandazioni espresse dalla

Organizzazione Mondiale della Sanità²⁴. La Lettonia, ad esempio, vuole ottenere per il 2010 una riduzione di almeno un quarto delle differenze sociali per i principali indicatori di salute (mortalità, morbosità e disabilità), un migliore e maggiore accesso ai servizi socio-sanitari per i gruppi più svantaggiati e una riduzione significativa della povertà. Il secondo raggruppamento è costituito da Paesi Bassi e Finlandia che si sono posti uno o due target quantitativi di tipo generico. I primi, per il 2020, hanno l'obiettivo di aumentare la speranza di vita in buona salute dei gruppi a basso reddito del 25% rispetto all'attuale differenza di 3 anni.

La Finlandia si pone l'obiettivo per il 2015 di ridurre del 20% le disegualianze di mortalità per sesso, livello di istruzione e categorie professionali. Nel terzo raggruppamento, infine, rientrano Irlanda e Regno Unito, che affrontano una serie più ampia di target. L'Irlanda ha esposto i suoi obiettivi nei documenti "*Quality and fairness: a health system for you*" e nel "*National Action plan against poverty and social exclusion*"²⁵: entro il 2007, intende diminuire di almeno il 10% le differenze sociali nella mortalità per malattie cardiocircolatorie, tumori e cause accidentali; ridurre le differenze nei tassi di basso peso alla nascita del 10% rispetto a quelli del 2001; ridurre di almeno il 10% le differenze nella speranza di vita tra la comunità nomade e il resto della popolazione. L'Inghilterra, entro il 2010, vuole ridurre del 10% le differenze sociali nella mortalità infantile e nella speranza di vita alla nascita; ha identificato delle aree geografiche più deprivate su cui focalizzare interventi di riduzione delle disegualianze nella mortalità cardiovascolare e tumorale. Inoltre ha l'obiettivo di ridurre, entro il 2010, la percentuale di fumatori adulti almeno al 21%, dei lavoratori manuali al 26%, di ridurre del 50% i concepimenti al di sotto dei 18 anni e di bloccare l'aumento dell'obesità infantile tra le classi più povere. La Scozia e il Galles si sono concentrati sul miglioramento delle condizioni dei gruppi più deprivati, piuttosto che cercare di ridurre le differenze tra gruppi sociali. L'Irlanda del Nord, nel documento "*Investing for Health*" (2002)²⁶, ha promosso una strategia, che prevede più che un'azione di cura della malattia, un approccio preventivo sui fattori che danneggiano la salute e determinano disegualianze tra aree geografiche diverse e distinte classi socio-economiche.

Le responsabilità. Sempre dalla stessa indagine qualitativa² risulta che in tutti i paesi europei, l'organo di governo di norma responsabile della gestione dei temi dell'equità nella salute è il Ministero o Dipartimento della Salute e i compiti vengono suddivisi tra i diversi dipartimenti. I diversi paesi si distinguono però circa il livello di coordinamento delle azioni di governo da implementare. Infatti, in paesi come Estonia, Italia, Paesi Bassi e Repubblica Slovacca, c'è un unico organo di governo responsabile della gestione delle disuguaglianze di salute, ma non esistono, tra i vari ministeri o dipartimenti, livelli di coordinamento formalizzati per l'implementazione delle azioni politiche da intraprendere. Ciò non significa però, che non esistano esempi di iniziative multisettoriali a livello regionale o locale. In Ungheria, Spagna, Germania, Danimarca e Polonia invece, esistono meccanismi di coordinamento nazionale, anche se ad un livello meno formalizzato e capillare rispetto a paesi come Irlanda, Regno Unito e Svezia. Nell'Irlanda del Nord ad esempio esiste, da un lato, un impegno formalizzato da parte delle istituzioni politiche, dall'altro, una partecipazione alle strategie politiche di fondazioni pubbliche, associazioni di volontariato, consigli di zona, organizzazioni locali. Le strategie sono pianificate da un gruppo di alti funzionari appartenenti trasversalmente a tutti gli organismi di governo sovracoordinati dal Ministero della salute, dei Servizi sociali e della Pubblica sicurezza. In Inghilterra è un ristretto team, l'*Health Inequalities Unit*, facente parte del Dipartimento della Salute, ad occuparsi della gestione delle disuguaglianze. Non si prende carico direttamente di tutti gli aspetti relativi a tale settore, ma coinvolge e stringe alleanze con tutte quelle istituzioni che possono essere interessate a svolgere iniziative a tale riguardo. La Svezia si distingue dagli altri paesi perché non possiede un organo istituzionale di responsabilità e coordinamento. Le autorità pubbliche di ogni livello istituzionale hanno, come obiettivo comune, quello di migliorare la salute pubblica attraverso attività di welfare sociale, un'attenzione particolare ai trasporti e all'ambiente e sono riunite in un direttivo (il *National Executive for Public Health Issue*), che promuove il coordinamento delle attività di welfare a livello nazionale, regionale e locale.

Il monitoraggio e la valutazione. Contrastare efficacemente le di-

seguaglianze sociali di salute attraverso una mirata strategia politica comporta da parte dei governi non solo una presa di coscienza del loro impatto, ma anche, come si è visto, un impegno serio ad intervenire attraverso la pianificazione di interventi che vedano coinvolti in maniera coordinata tutti gli organi istituzionali. Il passo successivo è il monitoraggio dei risultati e dei processi per capire in quale misura si stiano raggiungendo gli obiettivi prefissati. In questo senso, solo alcuni paesi possiedono sistemi di monitoraggio collaudati, fra cui l'Irlanda e il Regno Unito. In base agli obiettivi espressi nei programmi di intervento, questi paesi hanno definito alcuni indicatori di mortalità, morbosità e utilizzo dei servizi socio-assistenziali e provvedono a monitorarli nel tempo, generalmente anno per anno. In altri paesi tra cui la Finlandia, la Danimarca, la Germania, la Lettonia, i Paesi Bassi, la Polonia, l'Italia e la Spagna il monitoraggio non avviene in maniera sistematica e i dati sulle disuguaglianze provengono per lo più da indagini campionarie di salute condotte periodicamente, in cui sono incluse informazioni su condizioni di vita, lavoro e caratteristiche socio-economiche.

I fattori di successo. Non esiste un modello di intervento per ridurre le disuguaglianze di salute adottato in tutti i paesi europei, poiché non ci sono ancora evidenze circa l'efficacia delle politiche di contrasto. Inoltre, i risultati di attività anche meritevoli spesso non vengono resi disponibili al di fuori dei confini nazionali, ostacolando così la diffusione di buone pratiche. Sebbene ogni politica di intervento sia influenzata dal contesto locale, dalla cultura e dai valori propri di quel paese, esistono elementi chiave per le iniziative di contrasto alle disuguaglianze che si associano a maggiori probabilità di successo.

Per questo scopo si potrebbe considerare come esemplari quei paesi, come l'Irlanda e il Regno Unito, i cui governi hanno formulato un **piano di azione esplicito**, che illustra i temi da affrontare secondo una lista di priorità e di modalità per contrastare i differenziali sociali di salute; hanno definito **obiettivi quantificati** nel tempo; hanno un sistema di **monitoraggio** con una serie di indicatori centrati sulle principali aree di intervento; lavorano in un'ottica di **collaborazione** ed integrazione **multisetoriale** tra tutti i soggetti pubblici

competenti a livello nazionale e regionale. Inoltre, in questi paesi si riconosce l'importanza di un'azione che provenga sì da un livello centrale, governativo, ma anche di attività che sono più ad appannaggio di **istituzioni locali** quali organizzazioni non governative, associazioni comunitarie o corporazioni.

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

Note bibliografiche

¹ J.P. Mackenbach, *Health inequalities: Europe in profile*, UK Presidency of the EU, London 2005.

² K. Judge, S. Platt, C. Costongs, K. Jurczak, *Health inequalities: a challenge for Europe*, UK Presidency of the EU, London 2005.

³ J.P. Mackenbach, V. Bos, O. Andersen, *et al.*, *Widening socio-economic inequalities in mortality in six Western European countries*, "Int. J. Epidemiol", 2003; 32: 830-837.

⁴ M. Leinsalu, D. Vågerö, A.E. Kunst, *Estonia 1989-2000: enormous increase in mortality differences by education*, "Int. J. Epidemiol", 2003; 32: 1081-1087.

⁵ T. Valkonen, *Trends in differential mortality in European countries*, in J. Vallin, F. Mesle, T. Valkonen, *Trends in mortality and differential mortality*, Council of Europe Publishing, Strasbourg 2001, pp. 185-301.

⁶ M. Huisman, A.E. Kunst, O. Andersen, *et al.*, *Socio-economic inequalities in mortality among elderly people in 11 European populations*, "J. Epidemiol Community Health", 2004; 58: 468-475.

⁷ A.E.J.M. Cavelaars, A.E. Kunst, J.P. Mackenbach, *Socio-economic differences in risk factors for morbidity and mortality in the European Community*, "J. Health Psychology", 1997; 2(3): 353-372.

⁸ M. Huisman, A.E. Kunst, J. Mackenbach, *Inequalities in the prevalence of smoking in the European Union: comparing education and income*, "Prev. Med.", 2005; 40: 756-764.

⁹ M. Huisman, A.E. Kunst, M. Bopp, *et al.*, *Educational inequalities in cause-specific mortality in middle-aged and older men and women in eight Western European populations*, "Lancet", 2005; 365: 493-500.

¹⁰ M. Avendano, A.E. Kunst, M. Huisman, *et al.*, *Socio-economic status and ischaemic heart disease mortality in 10 Western European populations during the 1990s*, "Heart", 2005 Oct 10; [Epub ahead of print].

¹¹ M. Kogevinas, N. Pearce, M. Susser, P. Boffetta (eds.), *Social inequalities and cancer*, "IARC Scientific Publications", No. 138, Lyon, IARC, 1997.

¹² C.T.M. Schrijvers, J.W. Coebergh, L.H. Heijden van der, J.P. Mackenbach, *Socio-economic variation in cancer survival in the South-eastern Netherlands, 1980-1989*, "Cancer", 1995; 75(12): 2946-2953.

¹³ C. Borrell, A. Plasència, M. Huisman, *et al.*, *Education level inequalities and transportation injury mortality in the middle aged and elderly in European settings*, "Inj. Prev.", 2005; 11: 138-142.

¹⁴ V. Lorant, A.E. Kunst, M. Huisman, *et al.*, *Socio-economic inequalities in suicide: a European comparative study*, "Br. J. Psychiatry", 2005; 187: 49-54.

¹⁵ A.E. Kunst, V. Bos, E. Lahelma, *et al.*, *Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 10 European countries*, "Int. J. Epidemiol", 2005; 34: 925-305.

¹⁶ J.A.A. Dalstra, A.E. Kunst, C. Borrell, *et al.*, *Socio-economic differences in the prevalence of common chronic diseases: an overview of eight European countries*, "Int. J. Epidemiol" 2005; 34: 316-326.

¹⁷ J. Bunting, *Morbidity in health-related behaviour of adults – a review*, in F. Drever, M. Whitehead (ed.), *Health Inequalities*, Decennial supplement, The Stationery Office, London 1997; 198-221.

¹⁸ M. Halldórsson, A.E. Kunst, L. Köhler, J.P. Mackenbach, *Socio-economic inequalities in the health of children and adolescents*, "Eur. J. Public Health", 2000; 10: 281-288.

¹⁹ A.E.J.M. Cavelaars, A.E. Kunst, J.J.M. Geurts, *et al.*, *Persistent variations in average height between countries and between socio-economic groups: an overview of 10 European countries*, "Ann. Hum. Biol.", 2000; 27(4): 407-421.

²⁰ M. Avendano, A.R. Aro, J.P. Mackenbach, *Socioeconomic disparities in physical health in 10 European countries*, in A. Boersch-Supan, A. Brugiavini, H. Juerges, *et al.*, *Health, ageing and retirement in Europe*, "Mannheim Research Institute for the Economics of Ageing", Mannheim 2005: 89-94.

²¹ A. Sihvonen, A.E. Kunst, E. Lahelma, *et al.*, *Socio-economic inequalities in health expectancy in Finland and Norway in the late 1980s*, "Soc. Sci. Med.", 1998, 47(3), 303-315.

²² M. Whitehead (1998), *Diffusion of ideas on social inequalities in health: a european perspective*, "The Milbank Quarterly", 76, 3, pp. 469-492.

²³ Piano Sanitario nazionale 2003-2005, Gazzetta Ufficiale n. 139 del 18 giugno.

²⁴ World Health Organization (1999), *Health 21: the health for all policy framework for the WHO European Region*, European Health for all series, n. 6, Copenhagen.

²⁵ Department of Health and Children (2001), *Quality and fairness: a health system for you*, Government of Ireland, Dublin.

²⁶ Department of Health, Social Services and Public Safety (2002), *Investing for Health*; Belfast. www.dhsspsni.gov.uk/publications/2002/investforhealth.asp

3.2. Introduzione ai case studies di Gavino Maciocco*

Come è ben descritto nel capitolo 2.1. (Il profilo globale delle diseguaglianze nella salute) le diseguaglianze nel reddito e nella salute si sono dilatate a partire dagli anni ottanta del secolo scorso. Si è allargato il gap tra paesi ricchi e paesi poveri e – all’interno delle singole nazioni – tra differenti gruppi di popolazione, tra differenti classi sociali. Anche paesi con solidi sistemi di welfare (e con servizi sanitari universalistici) non sono immuni dal problema delle diseguaglianze nella salute: anche in questi paesi il gap tra ricchi e poveri si è ampliato negli ultimi due decenni, come evidenziato nel capitolo 3.1. (Le diseguaglianze nella salute in Europa).

Il motivo del dilagare su scala planetaria del fenomeno delle diseguaglianze è stato già descritto nella Prefazione del Rapporto. Ricordiamo solo che dal 1980 ad oggi l’ideologia liberista ha trovato ben pochi ostacoli alla sua espansione, con molte forze economiche (le grandi compagnie multinazionali) e grandi istituzioni internazionali (Banca Mondiale, Fondo Monetario Internazionale, Organizzazione Mondiale del Commercio) ad agire da promotori e da veicoli.

Va ricordato anche che gli anni ’80 sono stati un periodo di grave recessione mondiale (seguita alle crisi petrolifere degli anni ’70) che mise in ginocchio le economie di molti paesi, costretti a ricorrere ai prestiti della Banca Mondiale per salvarsi dalla bancarotta e – contemporaneamente – a subire draconiani interventi di “aggiustamento strutturale”.

Jeffrey D. Sachs, nel suo libro “La fine della povertà”¹, analizza così gli avvenimenti di quel periodo:

“Sfortunatamente, nell’era degli aggiustamenti strutturali questioni egoistiche e ideologiche furono alla base degli errori di indirizzo e degli aiuti in-

* Dipartimento di Sanità Pubblica. Università di Firenze.

sufficienti concessi ai paesi in via di sviluppo. L'aspetto egoistico è evidente: la responsabilità della povertà fu scaricata integralmente sugli stessi poveri; da ciò discese che non erano necessari aiuti finanziari internazionali. Negli anni Ottanta e Novanta gli aiuti allo sviluppo crollarono: per esempio, nell'Africa sub-Sahariana passarono dai 32 dollari pro capite nel 1980 ai 22 del 2001, nonostante nel periodo l'intero continente africano fosse devastato da una pandemia [Hiv/Aids, ndr] e la necessità di un aumento della spesa pubblica (soprattutto sanitaria) fosse evidente. Ma i paesi ricchi erano convinti di aver fatto tutto quello che competeva loro, dato che le questioni in esame rimanevano al di fuori delle loro responsabilità.

Anche gli aspetti ideologici di questa politica dello sviluppo sono chiari. I governi degli Stati Uniti, della Gran Bretagna e degli altri paesi conservatori hanno utilizzato le istituzioni internazionali per promuovere politiche che a casa propria non avrebbero potuto applicare. Negli ultimi vent'anni, molti paesi africani hanno subito fortissime pressioni da parte della Banca Mondiale per privatizzare il sistema sanitario o, almeno, volgere a pagamento i servizi sanitari e d'istruzione. Eppure, i maggiori azionisti della Banca Mondiale (cioè i paesi ricchi) hanno sistemi sanitari ad accesso gratuito e universale, e sistemi scolastici che garantiscono l'accesso di tutti alla pubblica istruzione”.

Dagli anni '80 in poi i servizi sanitari pubblici dei paesi più poveri vengono rasi al suolo. La privatizzazione – per lo più forzata e caotica – della sanità espone la popolazione al pagamento di tariffe molto spesso insopportabili, al punto da rappresentare, le spese mediche, un motivo di bancarotta familiare.

“Negli ultimi due decenni, la spinta verso riforme dei sistemi sanitari basate sul mercato si è diffusa in tutto il mondo, da nord verso sud, dall'occidente all'oriente. Il “modello globale” di sistema sanitario è stato sostenuto dalla Banca Mondiale per promuovere la privatizzazione dei servizi e aumentare il finanziamento privato, attraverso il pagamento diretto delle prestazioni (*user fees*). (...) Questi tentativi di minare alla base i servizi pubblici da una parte rappresentano una chiara minaccia all'equità nei paesi con solidi sistemi di welfare in Europa e Canada, dall'altra costituiscono un pericolo imminente per i fragili sistemi per i paesi con medio e basso reddito. Queste due tendenze – l'introduzione delle *user fees* nei servizi pubblici e la crescita dei pagamenti diretti (*out-of-pocket expenses*) nei servizi privati –, se combinate, possono rappresentare una vera e propria trappola della povertà”.

Questo brano tratto da un articolo di Lancet², mette in luce la preoccupazione che il “modello globale” possa rappresentare una minaccia per i modelli di welfare europei e canadese, finora considerati tetragoni e impermeabili alle suggestioni liberiste.

La preoccupazione di Lancet non è infondata: in realtà i paesi che nel mondo attuano politiche universalistiche di welfare in campo sanitario (o attraverso “sistemi sanitari nazionali” – modello Beveridge – o attraverso sistemi fondati sulle “assicurazioni sociali obbligatorie” – modello Bismark –) sono un’esigua minoranza, interessando meno del 15% della popolazione mondiale: Unione Europea (con area di sofferenza tra gli ultimi paesi entrati), Canada, Australia, Nuova Zelanda, Giappone e pochi altri paesi asiatici e latino-americani.

I paesi che abbiamo selezionato per i *case studies* appartengono al restante 85%. Il criterio della scelta è stato quello di offrire ai lettori lo spaccato di differenti sistemi sanitari, localizzati in diverse aree del mondo: Asia, America del Nord e del Sud, Africa e Europa Orientale.

Cina e India insieme rappresentano oltre un terzo della popolazione del pianeta. Hanno in comune un impetuoso sviluppo economico e la prospettiva di diventare “il nuovo centro del mondo, dove si decide il futuro dell’umanità” (vedi il bel libro di Federico Rampini, *L’impero di Cindia*³), ma anche sistemi sanitari quasi completamente privatizzati, con reti di protezione debolissime e con gigantesche diseguaglianze nella salute e nell’assistenza sanitaria.

Gli **Stati Uniti** sono un caso a parte rispetto agli altri *case studies*. Non fosse altro perchè la somma delle spese sanitarie pro-capite di questi ultimi rappresenta il 7,4% della spesa sanitaria degli USA (403\$ vs 5.264\$), quando la popolazione della nazione più potente del mondo rappresenta l’11,3% della somma delle popolazioni degli altri paesi (294 milioni vs 2.599 milioni).

Il **Brasile** è un caso tipico di molti sistemi sanitari del centro/sud America. Sulla carta sistemi pubblici e universalistici, nei fatti – per precisi calcoli politici e, di conseguenza, a causa dell’esiguità delle risorse investite nei servizi pubblici – sistemi fortemente privatizzati sia sul versante assicurativo che su quello dell’erogazione delle prestazioni.

Tabella 1. Profilo statistico dei sette paesi (2003).

	Brasile	Cina	USA	India	Uganda	Moldova	Kazakhstan
Popolazione (migliaia)	178.470	1.311.700	294.043	1.065.462	25.827	4.267	15.433
Reddito pro-capite \$	7.762	4.460	36.056	1.568	1.038	2.177	7.663
Speranza di vita alla nascita M	66	70	75	60	47	63	56
F	73	73	80	63	50	71	67
Mortalità infantile >5 anni M	39	32	9	85	146	36	83
F	32	43	7	90	133	27	62
Spesa Sanitaria Totale pro-capite \$	209	63	5.264	30	18	27	56
Spesa Sanitaria Totale come % PIL	7,9	5,8	14,6	6,1	7,4	7,0	3,5
Spesa Sanitaria Privata pro-capite \$	115	42	2.906	6	12	11	26
Spesa Sanitaria Privata come % della Spesa Sanitaria Totale	54,1	66,3	55,1	80,0	72,6	40,7	46,4

Fonte: OMS

L'**Uganda** è uno dei pochi paesi africani con buone performance economiche e una discreta stabilità politica. Eppure anche in questo caso alla crescita economica non è corrisposto un parallelo rafforzamento del sistema sanitario e un miglioramento delle condizioni di salute della popolazione.

I casi del **Kazakhstan** e **Moldova** sono paradigmatici della situazione delle ex-repubbliche dell'Unione Sovietica. Con la caduta del Muro di Berlino sono crollati anche i sistemi sanitari statalizzati – burocratici e inefficienti – di quei paesi. Il vuoto che si è creato è stato riempito da interventi inefficienti e frammentari anche a causa delle scarsissime risorse pubbliche disponibili: la conclusione, anche in questi casi, è la sostanziale privatizzazione del sistema sanitario.

Nella Tabella 1 è riportato un essenziale profilo statistico dei 7 paesi.

Note bibliografiche

¹ J.D. Sachs, *La fine della povertà*, Mondadori, Milano 2005, pp. 87-88.

² M. Whitehead, G. Dahlgren, T. Evans, *Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap?*, "Lancet", 2001; 358: 833-36.

³ F. Rampini, *L'impero di Cindia*, Mondadori, Milano 2006.

3.2.1. Cina

di Paola Agnelli* e Gavino Maciocco**

Da Mao Tsetung a Deng Xiaoping

Nel 1949 – quando Mao Tsetung e il Partito Comunista Cinese presero il potere – la Cina era un paese stremato dopo più di due decenni di invasioni straniere e di guerra civile; povertà, malnutrizione, malattie endemiche (dalla tubercolosi alla schistosomiasi) erano piaghe estremamente diffuse da cui derivavano alti tassi di mortalità infantile (252 morti x 1000 nati vivi) e bassi livelli di sopravvivenza della popolazione (32 anni di speranza di vita alla nascita)¹.

Nel Primo Congresso Nazionale sulla Salute (1950) furono annunciate le quattro linee che avrebbero guidato negli anni a venire la politica sanitaria del paese: a) La medicina doveva servire i lavoratori, i contadini e i soldati; b) La medicina preventiva doveva avere la precedenza su quella curativa; c) La medicina tradizionale cinese doveva essere integrata con la medicina scientifica occidentale; d) Gli interventi sanitari dovevano avere il sostegno dei movimenti di massa².

Fu così allestito un sistema sanitario dotato di un robusto apparato di sanità pubblica, impegnato a combattere le principali malattie infettive attraverso vaste campagne vaccinali e radicali interventi di bonifica dell'ambiente (es.: lotta contro la malaria e la schistosomiasi³). Tutte le strutture sanitarie (dai grandi ospedali ai piccoli dispensari) erano pubbliche, in parte gestite direttamente dal governo, e per la maggior parte dalle Unità di Lavoro (Danwei). Nelle aree rurali il pilastro del sistema sanitario fu la Comune (Gongshe). Le Comuni erano proprietarie della terra, organizzavano la sua coltivazione, distribuivano i raccolti, erogavano i servizi sociali a tutti i suoi membri, tra cui l'assistenza sanitaria attraverso il Sistema Medico Cooperativo.

* Medico. Esperta di sanità cinese, vive a Pechino.

** Dipartimento di Sanità Pubblica. Università di Firenze.

Dagli anni 50 agli inizi degli anni 80 il sistema sanitario cinese ha ottenuto “enormi risultati” – come scrivono David Blumental e William Hsiao in un articolo pubblicato sul *New England Journal of Medicine*: la mortalità infantile è crollata al 34 per 1000 nati vivi e la speranza di vita alla nascita si è innalzata a 68 anni⁴.

La morte di Mao, avvenuta nel 1976, pose fine all’esperienza del comunismo cinese culminata con la Rivoluzione Culturale durata dieci anni, causa tra l’altro di una grave stagnazione dell’economia. Il nuovo presidente Deng Xiaoping introdusse profonde riforme economiche basate sul mercato, smantellò le Comuni e aprì le porte agli investimenti stranieri. Da allora l’economia cinese ha cominciato a galoppare al ritmo di crescita di circa il 10% all’anno.

La privatizzazione del sistema sanitario

Il nuovo corso politico-economico ha avuto drammatiche conseguenze sul sistema sanitario. Tra queste la più importante è stata la drastica riduzione della spesa sanitaria statale e il conseguente trasferimento alle province e alle autorità locali della responsabilità finanziaria sui servizi sanitari, attraverso la tassazione locale. Ciò ha avuto l’immediato effetto di favorire le province più ricche della costa rispetto a quelle rurali più povere e di porre le basi per una crescente disparità tra sanità urbana e sanità rurale. Il governo centrale, con questa scelta, ha drasticamente ridotto la sua capacità di redistribuire le risorse dalle aree più ricche a quelle più povere, in un immenso paese dove la grande maggioranza della popolazione vive nelle povere regioni rurali.

La riduzione del finanziamento statale ha provocato di fatto la privatizzazione del sistema sanitario cinese; i finanziamenti locali infatti coprono solo una piccola parte (10-30%) delle spese dei servizi e dei presidi sanitari, che sono così costretti a vendere le prestazioni in un regime di mercato. Ospedali e centri sanitari, dotati di una forte autonomia, impongono tariffe e possono generare profitti, da cui dipendono gli stipendi del personale medico⁵. Il risultato è l’esplosione della vendita di farmaci molto costosi (il 50% della spesa sanitaria in Cina è assorbita dai farmaci⁴) e di servizi ad alta tecnologia. La privatizzazione degli ospedali non ha giovato alla loro efficienza,

anche perchè l'aumento dei prezzi ha rappresentato un deterrente alla loro utilizzazione: negli ospedali generali delle grandi città il tasso di utilizzazione dei posti letto è calato dall'86% del 1990 al 71% del 2003, negli centri sanitari delle piccole città il calo nell'utilizzazione è stato dal 43% al 36% e il numero di visite ambulatoriali per medico al giorno è passato da 8,1 a 4,7⁶.

Il taglio dei finanziamenti pubblici ha colpito pesantemente anche i servizi di sanità pubblica che sono stati autorizzati a erogare prestazioni a pagamento (controlli su ristoranti e alberghi, ispezioni degli impianti industriali), incamerando gli introiti per auto-finanziarsi. Tutto ciò ha distratto i servizi dall'occuparsi di questioni meno redditizie come l'educazione sanitaria, la salute materno-infantile e il controllo delle epidemie.

Un'altra conseguenza, frutto della privatizzazione dell'economia rurale e dello smantellamento delle Comuni, è stata l'improvvisa scomparsa della rete di protezione sanitaria per 900 milioni di persone residenti nelle aree rurali. I "medici scalzi" – gli operatori sanitari di villaggio, protagonisti al tempo di Mao di grandi progressi nella promozione della salute – sono diventati liberi professionisti, impegnati anch'essi – al pari dei medici delle città – a lucrare vendendo farmaci molto costosi⁷.

In conclusione, l'impatto sulla sanità delle trasformazioni avvenute in Cina dagli anni 80 in poi è stato quello del collasso di un sistema di accesso universale ai servizi di base, che per anni ha rappresentato un modello per i paesi in via di sviluppo.

Il finanziamento del sistema sanitario

Nel 2003 la spesa sanitaria totale è stata di 658 miliardi di yuan (80 miliardi di US\$), pari a 509 yuan (61 US\$) pro-capite.

La Tabella 1 mostra il confronto tra il 1978 e il 2003 non solo riguardo alla spesa sanitaria totale (anche come % del PIL), ma anche in relazione alla sua distribuzione in tre diversi capitoli: lo stanziamento statale, la spesa connessa alle assicurazioni sociali (sostenuta dai dipendenti e dalle imprese pubbliche e private), la spesa diretta dei cittadini (*out-of-pocket*). Quest'ultima dal 1978 al 2003 è quasi triplicata passando dal 20 al 56% della spesa sanitaria totale, secon-

Tabella 1. Spesa sanitaria totale, pro-capite, come % del PIL. Suddivisione in capitoli di spesa (*governativa, assicurazioni sociali, diretta dei cittadini*). Anni 1978-2003.

	Spesa Sanitaria Totale (miliardi di Yuan e US\$)		Spesa Sanitaria Totale (Yuan e US\$), pro-capite		Spesa Sanitaria Totale come % del PIL	Stanziamiento statale (%)	Spesa delle assicurazioni sociali (%)	Spesa diretta dei cittadini (%)
	11	9	11	9				
1978	11	9	11	9	3,04	32,16	47,41	20,43
2003	658	80	509	61	5,62	16,96	27,16	55,88

Fonte: Nota bibliografica 8.

do le fonti governative⁸; altre fonti ufficiali⁶ assegnano alla componente *out-of-pocket* una percentuale molto più alta, il 68%.

La spesa sanitaria governativa è stata nel 2003 di 111 miliardi di Yuan, pari al 16,96% della spesa sanitaria totale ed equivalente al 0,95% del PIL. Tale spesa – dimezzata rispetto al 1978 – serve a finanziare, molto parzialmente, le spese ricorrenti degli ospedali, dei centri sanitari, dei servizi di sanità pubblica e a sostenere le assicurazioni sociali. Nel Box 1 i dati riguardanti le risorse del sistema sanitario cinese.

Da dove provengono i 111 miliardi di Yuan? La quasi totalità, il 91,8%, della spesa sanitaria governativa è a carico del governo locale, a conferma del fatto che il governo centrale ha un ruolo sempre più residuale nella sanità del paese. Ciò sta producendo crescenti disegualianze nell'assistenza sanitaria e nella salute tra le varie regioni della

BOX 1

Le risorse del sistema sanitario cinese

Ospedali: 17.844

Posti letto ospedalieri: 2 x 1.000 abitanti.

Centri sanitari in aree rurali: 46.014

Posti letto dei centri sanitari: 1 x 1.000 abitanti delle aree rurali.

Medici: 1,47 x 1.000 abitanti (Città: 1,95 x 1.000; Campagna: 1,17 x 1.000)

Infermieri: 1,00 x 1.000 abitanti (Città: 1,65 x 1.000; Campagna: 0,54 x 1.000)

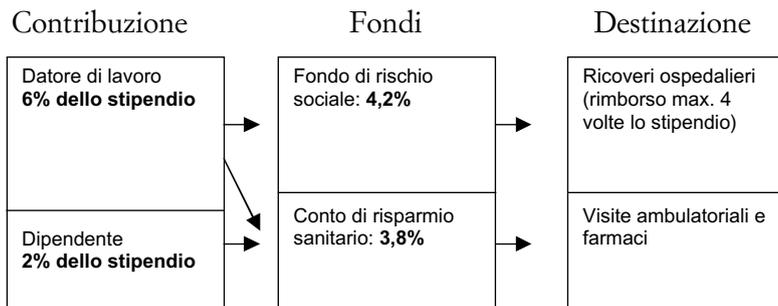
Da: 2003 – *Year Book of Health in the People's Republic of China*.

Cina. Infatti le aree più ricche e sviluppate del paese destinano alla sanità locale risorse fino a 8-9 volte maggiori rispetto a quelle più povere: il sussidio governativo pro-capite per le spese ricorrenti delle strutture sanitarie è di 175 Yuan a Pechino e 130 Yuan a Shanghai mentre è intorno ai 20 Yuan nelle Province di Hubei, Anhui, Hunan e Henan.

La copertura assicurativa

I dati sul livello di copertura assicurativa della popolazione cinese non sono univoci: una ricerca commissionata dal Ministero della Sanità a OMS e UNDP (*United Nations Development Programme*) ha rivelato che il 71% del campione intervistato non godeva di alcuna forma di copertura assicurativa (il 90% nelle aree rurali e il 51% in quelle urbane)⁹; secondo un'altra fonte (*China Household Health Survey 2003*) il 44,8% di popolazione urbana (che si eleva al 76% nel 20% più povero delle famiglie) e il 79,1% della popolazione rurale sarebbe senza assicurazione⁸. Nella migliore delle ipotesi almeno due terzi della popolazione cinese è priva di qualsiasi forma di protezione assicurativa in campo sanitario.

Il sistema assicurativo cinese è stato riformato nel 1998, quando le due tradizionali assicurazioni sociali – una delle imprese pubbliche e l'altra delle aziende private – sono state unificate in un'unico sistema assicurativo. Un sistema rivolto ai lavoratori dipendenti delle aree urbane la cui struttura è sintetizzata nella Figura 1.



Fonte: Nota bibliografica 10.

Figura 1. Struttura del nuovo sistema assicurativo urbano.

L'assicurazione sociale (formalmente obbligatoria per tutte le imprese pubbliche e private) prevede un contributo pari all'8% del salario (il 6% a carico del datore di lavoro e il 2% a carico del lavoratore) che alimenta due diversi fondi: a) il **conto di risparmio sanitario**, da cui il lavoratore attinge denaro contante per pagare le prestazioni ambulatoriali (esaurito il conto il lavoratore deve pagare di tasca propria); b) il **fondo di rischio sociale** da utilizzare in caso di ricoveri ospedalieri; da notare che: a) si può ricorrere a tale fondo dopo che il lavoratore ha comunque versato il 10% del suo salario annuale; b) il fondo di rischio sociale versa un contributo massimo equivalente a 4 volte lo stipendio medio dei lavoratori di quella città; esaurita questa cifra il lavoratore deve pagare di tasca propria, salvo una diversa copertura garantita da un'assicurazione supplementare¹⁰.

La caratteristica della nuova assicurazione, rispetto alla formula precedente, è la dimensione cittadina della distribuzione del rischio; in questo modo gli eventuali deficit dei fondi delle singole imprese vengono coperte dalle autorità locali, che hanno il compito di arruolare le imprese e raccogliere i contributi.

Va detto che l'applicazione del nuovo sistema assicurativo procede a rilento e in mezzo a molte difficoltà, dato che molte imprese, attraverso vari stratagemmi, evitano di versare i contributi e molte autorità locali non si sono adeguatamente organizzate per gestire una materia così complessa. Va inoltre osservato che comunque i beneficiari di tale assicurazione sono solo i lavoratori assunti regolarmente: rimangono fuori dal sistema lavoratori autonomi e professionisti (oggetto di attenzione di compagnie assicurative private, anche straniere) e la grande massa di lavoratori "irregolari".

Rimane ancora molto lontana la piena realizzazione di sistema assicurativo nelle aree rurali. Il governo si è impegnato a istituire un fondo assicurativo "ad hoc" per coprire i bisogni sanitari essenziali, attraverso l'erogazione di un contributo da parte del governo centrale di 20 Yuan all'anno a persona, un analogo contributo da parte delle autorità locali e un contributo di 10 Yuan da parte dei beneficiari. Data l'esiguità dei contributi – poco più di 5 US\$ per assicurato all'anno – il programma copre soltanto l'assistenza ospedaliera (con alti livelli di franchigia) e non si occupa dell'assistenza primaria. La partecipazione al programma, avviato nel 2002, è ancora vo-

lontana e nel 2004 il progetto pilota interessava 310 contee per un totale di circa 70 milioni di persone⁶.

La transizione demografica ed epidemiologica

La Cina si trova nel mezzo di una poderosa transizione demografica ed epidemiologica. Nel 2000 solo il 7% della popolazione era composto da soggetti ultra sessantacinquenni; nel 2040 la popolazione anziana rappresenterà – secondo le stime più attendibili – il 20% della popolazione (un quadro simile alla situazione attuale dei paesi più industrializzati). Oltre all'innalzamento della popolazione, la Cina sta sperimentando una drammatica trasformazione in molti aspetti della vita sociale ed economica. Il paese dal 1978 ha registrato una spettacolare crescita economica che ha determinato un netto cambiamento degli standard di vita nelle fasce medie e alte della popolazione nelle città. Dal 1990 al 2000 la proporzione di popolazione che vive nelle città è passata dal 26 al 36% e raggiungerà il 45% nel 2010 e il 60% nel 2030. L'urbanizzazione è un potente determinante dello sviluppo delle malattie croniche; il pattern di prevalenza del diabete nelle diverse aree della Cina ne è un chiaro esempio: il 6% di prevalenza nelle grandi città, il 3,8% nelle piccole-medie città; il 2,1 nei villaggi rurali più ricchi; lo 0,7% nelle campagne più povere. In Cina le malattie croniche rappresentano il 79% delle cause di morte. Su 1 miliardo e 300 milioni di abitanti, 300 milioni di uomini sono fumatori e 160 milioni di adulti sono ipertesi. L'obesità nei bambini è ormai considerata un'epidemia: obesità più sovrappeso interessano il 25% dei maschi e il 17% delle femmine (nel 1985 il fenomeno interessava l'1-2% dei bambini)¹¹. Molto elevata è anche la mortalità per malattie respiratorie croniche attribuita largamente all'inquinamento atmosferico delle città e all'inquinamento domestico nelle aree rurali (provocato dai combustibili per riscaldamento).

Ma in Cina le malattie dell'urbanizzazione e dello sviluppo industriale convivono con quelle della povertà e del sottosviluppo:

- La tubercolosi è ancora una malattia molto diffusa: 4 milioni e mezzo ne sono affetti – prevalenza di 122 casi per 100.000 – (l'80% di questi vive nelle aree rurali), con 600 mila nuovi casi al-

l'anno di forme diffuse.

- La malaria è presente in due province (Yunnan e Hainan) con 300 mila nuovi casi all'anno.
- La schistosomiasi è presente in sette province con oltre 800 mila nuovi casi all'anno.
- L'epidemia di Hiv/Aids è ufficialmente sotto controllo: nel 2005 – secondo le stime dell'OMS – erano 650 mila le persone che vivevano con l'infezione, 190 mila casi in meno rispetto alla rilevazione del 2003. Gli esperti sono scettici su questa diminuzione e prospettano una stima di almeno 1 milione e mezzo di casi¹².
- Le miniere di carbone sono la causa dell'85% delle malattie occupazionali: nel 2003 sono stati denunciati 558 mila casi di pneumoconiosi (malattia dei polmoni causata dall'inalazione di polveri) con un tasso di letalità del 32%. Le morti per infortuni sul lavoro sono state nel 2003 15,4 x 100.000 lavoratori, un livello molto superiore agli standard internazionali.

Mortalità infantile, malnutrizione e mortalità materna presentano indici (dati 2002) molto diversi tra città e campagna, da una parte livelli abbastanza vicini (ma ancora lontani) dai paesi più sviluppati, dall'altra situazioni simili ai paesi più poveri:

- il tasso di mortalità infantile è del 15 per 1000 nati vivi nelle città e del 40 per mille nelle campagne;
- l'11% dei bambini è malnutrito, ma la prevalenza della malnutrizione nelle zone rurali è da 2 a 3 volte maggiore che nelle aree urbane; più del 40% dei bambini nati nelle province occidentali della Cina sono lievemente o moderatamente malnutriti;
- la mortalità materna è su scala nazionale di 43 x 100.000 nati vivi, ma con abissali differenze tra diverse aree del paese: 9 x 100.000 a Shanghai e 399 x 100.000 nel Tibet⁶.

Le diseguglianze nella salute e nell'assistenza sanitaria

I paragrafi precedenti hanno già chiaramente messo in evidenza come uno dei maggiori problemi della sanità cinese – riconosciuto ormai dallo stesso governo cinese – siano le profonde diseguglianze

nella salute e nell'accesso alle cure. Le differenze tra città e campagna sono la più macroscopica (e al momento più misurabile) espressione di queste disuguaglianze: disuguaglianze nella salute e nell'accesso alle cure che si correlano (è quasi inutile sottolinearlo) con altrettanto profonde disuguaglianze nella condizione socio-economica. La Tabella 2 mostra molto chiaramente come livelli di reddito e di analfabetismo, gradi di speranza di vita, di mortalità infantile e di disabilità si distribuiscono differentemente, con inesorabile sincronia e iniquità, dalle città più grandi a quelle più piccole, dalle contee più ricche a quelle più povere¹³.

In Cina – secondo le fonti ufficiali – circa 200 milioni di abitanti nelle campagne e 100 milioni di persone che si sono trasferite dalla campagna alle città vivono in povertà. Questi ultimi – complessivamente 120 milioni di persone – sono per lo più assunti irregolarmente quindi fortemente svantaggiati nell'accesso all'assicurazione sanitaria.

La povertà o il basso reddito associati alla mancanza dell'assicurazione sanitaria rendono precario o addirittura impossibile l'accesso alle cure mediche (Box 2). La prevalenza di coloro che non possono permettersi l'assistenza medica è cresciuta dal 32 al 39% nelle aree rurali e dal 32 al 36% nelle aree urbane, nel periodo tra il 1993 al 2003¹⁴. Secondo uno studio della Banca Mondiale le spese mediche rappresentano mediamente il 7% delle spese di una famiglia, ma le spese sanitarie “catastrofiche” interessano ogni anno il 12% delle famiglie cinesi; nel 2003 il 30% delle famiglie povere ha attribuito la propria povertà ai costi eccessivi dell'assistenza sanitaria¹⁵.

Secondo i dati del Ministero della Sanità è in continua crescita il numero delle persone che si curano da sé rivolgendosi ai venditori (talvolta abusivi) di farmaci: il 28% di tutte le malattie sono trattate con questa modalità. “Ciò è molto pericoloso – afferma il Ministero – per la mancanza di controlli sulla qualità dei farmaci e di un'accurata informazione ai pazienti sul loro uso”¹⁶.

Accanto al settore sanitario pubblico (anche se semi-privatizzato e comunque a pagamento) prospera un settore sanitario privato. Paradossalmente è proprio a quest'ultimo che si rivolgono in maggioranza i gruppi più poveri della popolazione, perchè più economico (anche se di peggiore qualità) rispetto alle strutture sanitarie pubbliche⁹,

Tabella 2. Indicatori socio-economici e sanitari nella città per grandezza e per contee rurali per livello di reddito, 1993.

Indicatore	Aree urbane			Aree rurali			
	Città grandi	Città medie	Città piccole	Contee 1	Contee 2	Contee 3	Contee 4
PII, pro-capite (yuan)	5.002	4.070	3.040	2.523	1.305	939	664
Reddito pro-capite (yuan)	2.291	1.947	1.158	927	677	561	441
Tasso di analfabetismo (%)	9,6	14,8	14,2	26,4	26,8	28,1	50,7
Speranza di vita alla nascita (anni)	74,5	71,3	70,0	71,0	69,0	68,3	64,5
Tasso di mortalità infantile (per 1000)	15,8	17,1	30,1	29,3	34,5	44,2	71,8
Prevalenza di disabilità (x 1000) femmine	6,4	7,5	8,5	10,6	10,8	11,5	12,5
Prevalenza di disabilità (x 1000) maschi	6,3	7,6	9,5	9,9	10,3	12,3	12,4

Fonte: Nota bibliografica 13.

BOX 2**La storia dolorosa di Jin Guilian**

Questa è la storia di Jin Guilian, un lavoratore migrante con problemi cardiaci che fu riportato a morire dai suoi familiari alla sua casa da Guangdong, 500 miglia a sud.

Jin era venuto via, ventenne, da un villaggio della provincia di Anhui, una delle più povere della Cina, per cercare lavoro. Viveva con un suo zio nella provincia di Heilongjiang, quando un giorno ebbe un collasso mentre trasportava del legname. Fu portato in un ospedale, ma lasciato senza cure per mancanza di soldi.

Questo fu il primo di una catena di episodi; alla fine i medici diagnosticarono una malattia congenita del cuore fino ad allora non trattata. Alcuni dottori consigliarono i suoi fratelli di farlo operare: una sostituzione valvolare da eseguire in una grande città come Shanghai, al costo di circa 10 mila dollari.

Sempre alla ricerca di lavoro Jin si trasferisce a Shantou, provincia del Guangdong, non lontano da Hong Kong. Trova il sospirato impiego come aiutante in un grande ospedale per 6 dollari al giorno; da questo magro stipendio doveva restituire 30 dollari al mese all'ospedale per il privilegio di mantenere quel posto di lavoro. Fu proprio all'ospedale di Shantou che la malattia di Jin subisce un aggravamento. Jin scopre allora di non aver diritto ad essere assistito, in quanto "lavoratore migrante". Per essere ricoverato nell'ospedale dove lavorava da 10 anni, Jin doveva versare un deposito che lui non si poteva permettere. Si trasferì in una clinica nei sobborghi della città, dove gli fu data una flebo con soluzione salina. Egli chiamò i suoi familiari che, quando si accorsero che era in fin di vita, decisero che era meglio riportarlo a casa. Uno dei suoi fratelli, Jin Guixiu, alla domanda se non era pentito di non averlo fatto a suo tempo operare si commosse. "Come non essere pentito, ma a che serve" egli disse. "Per noi del villaggio il problema sono i soldi. Questo è mio fratello e se avessimo avuto il denaro sufficiente naturalmente l'avremmo curato".

Tratto da un reportage del New York Times a cura di Howard W. French: "Wealth Grows, but Health Care Withers in China", January 14, 2006.

sempre più costose (il prezzo di un breve ricovero ospedaliero è di 4.000 Yuan, pari a circa la metà di uno stipendio medio, ma il doppio dello stipendio della fascia più povera della popolazione)¹⁵.

Costruire una società Xiaokang

Nel 1979 Deng Xiaoping auspicò lo sviluppo della società cinese attraverso quattro fasi: dalla fase della povertà si sarebbe passati a quella del soddisfacimento dei bisogni essenziali, a cui sarebbe seguita, prima di raggiungere una situazione di prosperità, una fase intermedia – quella della società Xiaokang; una società in grado di raggiungere più alti livelli di sviluppo umano, dove tutti i cittadini avrebbero dovuto equamente condividere una serie di diritti: il cibo, il lavoro, l'istruzione, l'assistenza sanitaria.

Nel documento di programmazione 2006-2011 (11° Piano Quinquennale) Il governo cinese si impegna a realizzare la società Xiaokang. Già il precedente Presidente Jiang Zemin nel 2002 aveva ammesso la grave arretratezza della situazione sociale del paese (a fronte di un rapido, tumultuoso sviluppo economico) aggiungendo che: “Nelle prime due decadi del 21° secolo noi dobbiamo impegnarci a estendere a oltre un miliardo di persone un più alto livello di società Xiaokang. Noi dobbiamo ulteriormente sviluppare l'economia, rafforzare la democrazia, fare avanzare la scienza e l'educazione, coltivare la coesione sociale, e offrire una vita prospera alla popolazione”¹⁶.

Note bibliografiche

¹ T.L. Hall, V.W. Sidel, *Diseases in the Modern Period in China*, in K.F. Kiple (ed.), *The Cambridge World History of Human Disease*, Cambridge University Press, Cambridge 1993.

² T. Hesketh, W. Xing Zhu, *Health in China: from Mao to market reform*, BMJ, 1997; 314: 1543-45.

³ J. Farley, *Schistosomiasis*, in K.F. Kiple (ed.), *The Cambridge World History of Human Disease*, Cambridge University Press, Cambridge 1993.

⁴ D. Blumental, W. Hsiao, *Privatization and Its Discontent – The Evolving Chinese Health Care System*, “N. Engl. J. Med.”, 2005; 353: 1165-70.

⁵ T. Hesketh, W. Xing Zhu, *The healthcare market*, BMJ, 1997; 314: 1616-8.

⁶ United Nation Health Partners Group in China, *A Health Situation Assessment of the People's Republic of China*, July 2005, Beijing, p. 33.

⁷ G. Bloom, G. Xingyuan, *Health sector reform lessons from China*, “Soc. Sci. Med.”, 1997, 45: 351-60.

⁸ China National Health Economic Institute, *Assessing Government Health Expenditure in China*, Final Draft, October 2005.

⁹ M. Lim et al., *Public Perception Of Private Health Care in Socialist China*, “Health Affairs”, 2004, vol. 23, n. 6, pp. 222-234.

¹⁰ Y. Liu, *Reforming China's urban insurance system*, Health Policy 2002; 60: 133-150.

¹¹ L. Wang *et al.*, *Preventing chronic disease in China*, www.thelancet.com published online October 5, 2005.

¹² <http://www.youandaids.org/Asia%20Pacific%20at%20a%20Glance/China/index.asp> accesso del 28/5/2006.

¹³ Y.L. Liu, K. Rao, T. Evans, Y. Chen, W.C. Hsiao, *China: Increasing health gaps in transitional economy*, in T. Evans, M. Whitehead, F. Diderichsen, A. Bhuiya, M. Wirth (eds.), *Challenging inequalities in health: from ethics to action*, Oxford University Press, Oxford 2001, pp. 77-89.

¹⁴ Center for Health Statistics and Information. *An analysis report of China National Health Services Survey in 2003*, Ministry of Health of People's Republic of China, Beijing 2004.

¹⁵ Rural health in China: briefing note n. 3. China health sector – why reform is needed. Beijing World Bank Office, 2005.

¹⁶ China Human Development Report 2005, <<http://www.undp.org.cn/modules.php?op=modload&name=News&file=article&catid=18&topic=40&sid=242&mode=thread&order=0&thold=0>>

3.2.2. India

di Mira Shiva* e Sunil Deepak**

Introduzione

Il sistema sanitario indiano ha le radici nella sua storia ed è influenzato dai cambiamenti sociali, politici ed economici che si sono via via succeduti. Accanto alla medicina occidentale esistono altre forme di medicina: Ayurveda (“scienza della vita”), omeopatia, Sidha e Unani (ispirate all’antico sistema di medicina greca). La costituzione indiana assegna allo Stato la responsabilità della tutela della salute: “Compito dello Stato è innalzare il livello di nutrizione e lo standard di vita e migliorare la salute della popolazione”.

L’India è una repubblica federale e la responsabilità dei servizi sanitari è spartita tra governo nazionale e governo degli stati. Secondo la costituzione la responsabilità di settori come la sanità pubblica, l’igiene ambientale e gli ospedali ricade negli stati, mentre la responsabilità di altri settori come il controllo delle nascite, il benessere delle famiglie, l’educazione sanitaria, l’igiene degli alimenti, la produzione e il controllo sui farmaci è condivisa tra governo centrale e stati.

Nel 1946, un anno prima dell’indipendenza dell’India dal dominio britannico, fu istituita una commissione (*The Health Survey and Development Committee*) per definire la politica sanitaria del paese. La commissione raccomandò l’organizzazione di un sistema sanitario basato sui principi di universalità, equità e globalità dell’assistenza sanitaria.

Dopo l’indipendenza, nel 1947, la politica sanitaria del paese – come il complesso delle politiche economiche e sociali – è scandita dalla programmazione quinquennale. Da allora sono stati compiuti grandi progressi nella salute della popolazione: la speranza di vita al-

* International People’s Health Council (IPHC), Health Action International (HAI).

** Associazione Italiana Amici di Raoul Follerau (AIFO). Consulente OMS, Unità Disabilità e Riabilitazione.

la nascita è passata dai 32 anni (maschi) e 31,4 anni (femmine) del 1947 agli attuali 64,1 anni (maschi) e 65,8 anni (femmine).

Un sistema sanitario sempre più privatizzato

Nel 1947 il settore privato rappresentava solo il 5-10% dell'assistenza sanitaria del paese, ma con gli anni la sua presenza si è progressivamente allargata, e oggi l'India è tra i paesi con il più alto livello di sanità privatizzata (insieme a Burundi, Birmania, Pakistan, Sudan e Cambogia). La percentuale della spesa sanitaria pubblica rispetto al PIL è progressivamente diminuita nel tempo: era oltre il 3% negli anni 50, intorno al 2% negli anni 80; era dell'1,3% nel 1991 ed è attualmente dello 0,9%. La spesa sanitaria totale pro-capite è di 30 dollari, di cui la spesa pubblica è solo il 20%, 6 miseri dollari all'anno per abitante. Tutto ciò comporta due conseguenze:

1. Una pressochè totale privatizzazione dei servizi sanitari. La qualità dei servizi pubblici è generalmente di infimo livello, le strutture pubbliche sono abbandonate a sè stesse, prive di attrezzature e di farmaci, inutilmente affollate con interminabili liste di attesa, con medici che invitano sistematicamente i pazienti a rivolgersi ai loro studi privati (ma nella maggior parte delle aree rurali le strutture sanitarie pubbliche sono prive di medici, a causa dei bassissimi stipendi e delle pessime condizioni di lavoro).

2. Gran parte della popolazione non ha alcuna forma di copertura assicurativa ed è costretta a pagare di tasca propria le prestazioni (la spesa *out-of-pocket* rappresenta l'84,6% della spesa sanitaria). A causa di ciò più del 40% di tutti i pazienti ammessi in ospedale ha dovuto indebitarsi o ha venduto il proprio patrimonio per coprire le spese per il ricovero, mentre si stima che il 25% dei contadini siano trascinati al di sotto della soglia di povertà a causa dei costi dell'assistenza medica¹. Inoltre, un quarto della popolazione più povera rinuncia tout-court a curarsi in caso di malattia². Un'organizzazione femminile che gestisce il microcredito (SEWA, Self-Employed Women Organization) ha rilevato che la grande maggioranza delle donne che ha ottenuto dei prestiti dalla SEWA Bank li ha poi rimborsati. Chi ha avuto le maggiori difficoltà a ripagarli sono le donne che li hanno richiesti per pagare le spese mediche, generalmente non per loro ma per i mariti e i figli.

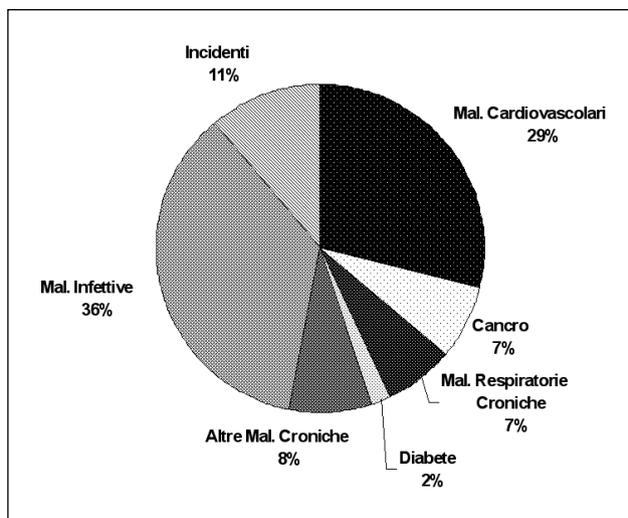
Il boom del turismo sanitario

Se la sanità indiana è avara e disastrosa per la grande maggioranza dei cittadini del secondo paese più popoloso al mondo, essa – in alcune sue nicchie – è particolarmente attraente per pazienti provenienti dall'estero, particolarmente da Stati Uniti e Gran Bretagna. Numerosi ospedali privati infatti si stanno specializzando nel turismo sanitario offrendo prestazioni a prezzi concorrenziali con minimi tempi di attesa. Un intervento di bypass cardiaco (+ il viaggio aereo) viene offerto in India a 6.000 dollari, quando in un ospedale privato in Gran Bretagna costa 23.000 dollari o 30.000 dollari negli USA. L'industria del turismo sanitario sta funzionando a pieno regime. Lo Stato Indiano del Maharashtra ha istituito un apposito comitato (*Council for Medical Tourism*) per promuovere all'estero questo tipo di attività, che potrà generare – secondo le stime della *Confederation of Indian Industry* – fino a 2 miliardi di dollari di reddito all'anno³.

“L'enfasi sul turismo sanitario distorce le prospettive dei produttori sanitari, promuovendo una medicina di stampo puramente commerciale e creando standard di qualità assolutamente insostenibili per la maggioranza dei cittadini indiani”, sostiene Ritu Priya del Centro di Medicina Sociale e Salute Comunitaria dell'Università di New Delhi. “Che logica è quella del governo che spende energie e sforzi per attrarre pazienti stranieri nel settore privato quando la stragrande maggioranza dei pazienti indiani ha difficoltà ad accedere all'assistenza sanitaria?”, si chiede Amit Sen Gupta, esperto di politica sanitaria, che aggiunge: “Gli incentivi finanziari specificamente diretti agli ospedali che trattano i pazienti esteri stanno a significare che il governo sussidia indirettamente i pazienti esteri”³.

La doppia epidemia

L'India rappresenta il paradigma di un paese alle prese con una doppia epidemia: quella delle malattie da povertà e quella delle malattie da affluenza. Il profilo di mortalità del paese è illustrato dalla Figura 1: nel 2005 le malattie croniche complessivamente rappresentavano il 53% di tutte le morti; nel 1990 erano il 40,4%, e le previsioni del Global Burden of Disease Study per il 2020 parlano del



Fonte: Nota bibliografica 4

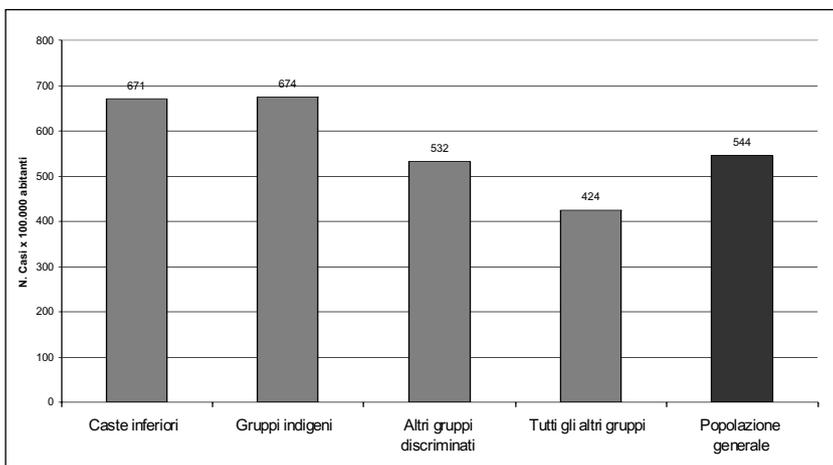
Figura 1. Cause di morte, tutte le età. India, 2005.

66,7%⁴. Una crescita impressionante della mortalità per malattie croniche alimentata dall'incremento dell'incidenza di malattie cardiovascolari, tumori, diabete. L'India ha il più elevato numero di diabetici nel mondo: erano 19,3 milioni nel 1995 (con una prevalenza del diabete di tipo 2 dell'11,8% nelle aree urbane), saranno, secondo le previsioni 57,2 milioni nel 2025. La prevalenza dell'ipertensione varia dal 20 al 40% negli adulti delle città e dal 12 al 17% nelle aree rurali. Il numero degli ipertesi si stima passerà dai 118,2 milioni nel 2000 ai 213,5 milioni nel 2025.

Questo profilo di salute della popolazione indiana è strettamente connesso con i fattori demografici, economici e sociali di cui urbanizzazione, industrializzazione e globalizzazione sono parte integrante. L'economia indiana sta progredendo al ritmo del + 7% all'anno; la percentuale della popolazione residente nelle città è attualmente del 30%, ma si stima sarà del 43% nel 2021; nel decennio 1991-2001 la popolazione è cresciuta del 18% nelle aree rurali e del 31% nelle aree urbane. Urbanizzazione, industrializzazione e globalizza-

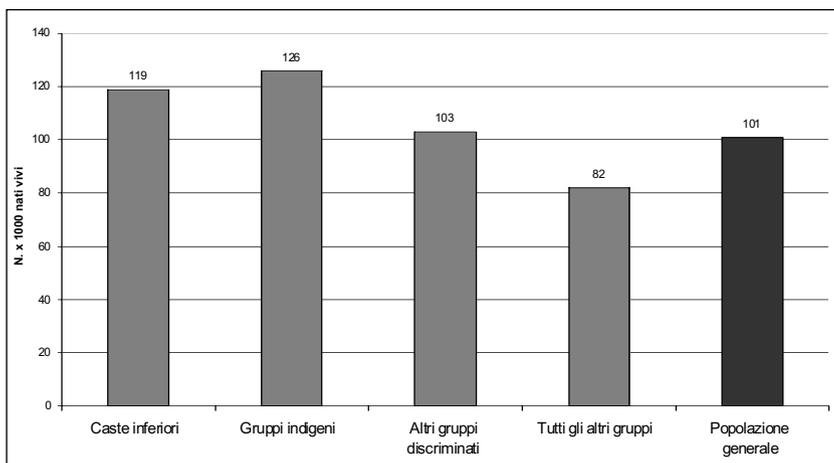
zione stanno cambiando le abitudini di vita delle persone, facendo dilagare i comportamenti a rischio: la prevalenza del fumo nei maschi di età 12-60 anni è del 55,8%, con un range tra il 21,6% nel gruppo 12-18 anni e il 71,5% nel gruppo 51-60 anni; il sovrappeso (BMI>25) riguarda da un terzo alla metà della popolazione; la prevalenza della dislipidemia è del 37,5% nella popolazione di età 15-64 anni.

“Con l’avanzare della transizione epidemiologica – si legge in un articolo pubblicato su *Lancet* – i poveri sono sempre più colpiti dalle malattie croniche e dai loro fattori di rischio. Bassi livelli di istruzione e di reddito sono predittivi non solo per più elevati livelli di consumo di tabacco, ma anche di aumentato rischio di malattie coronariche. Poiché il consumo quotidiano di frutta e verdura è di soli 130 g. per persona, i poveri sono esposti più di altri alla carenza di fitonutrienti protettivi. Gli slum di Delhi hanno elevati tassi di diabete e dislipidemia. La mancanza di consapevolezza delle malattie e dei relativi fattori di rischio e l’inadeguato accesso all’assistenza sanitaria, aumentano il rischio di morte prematura o di grave disabilità nei gruppi più svantaggiati della popolazione”⁴.



Fonte: NFHS, 1998

Figura 2. India. Prevalenza della tubercolosi (x 100.000 abitanti) per classi sociali.



Fonte: NFHS, 1998

Figura 3. India. Mortalità dei bambini al di sotto dei 5 anni (x 1000 nati vivi) per classi sociali.

Ma nell'altra parte della torta della Figura 1 si evidenzia un 36% di mortalità attribuito alle malattie infettive. Hiv/Aids colpisce circa 5 milioni di indiani e ne uccide 400 mila all'anno; la tubercolosi è responsabile di circa mezzo milione di morti e le malattie diarroiche di più di 600 mila decessi all'anno.

Lo stato di salute dei vari gruppi di popolazione è fortemente condizionato dal loro stato socio-economico, come dimostrano le Figure 2 e 3. I livelli di prevalenza della tubercolosi e di mortalità dei bambini di età inferiore ai 5 anni sono molto più elevati tra i gruppi sociali più poveri e discriminati.

La salute materno-infantile

I livelli di mortalità infantile sono molto elevati: 90/85 per 1000 nati vivi, rispettivamente per femmine e maschi. Un terzo dei neonati sono di basso peso alla nascita e il 52% dei bambini sono malnutriti.

La mortalità materna è anch'essa particolarmente elevata: 540 decessi per 100.000 nati. Si comprende bene questo alto livello di mor-

talità se si pensa che gran parte delle gestanti sono gravemente anemiche e che una emorragia pre- o post-partum – in mancanza di un facile accesso alle strutture sanitarie, di rapidi mezzi di trasporto, di reparti ostetrici adeguatamente attrezzati e dotati di sangue per trasfusione – può mettere immediatamente a rischio la vita della donna e del feto. Ed infatti il 72,4% delle morti materne è dovuta a cause dirette, soprattutto emorragie pre- e post-partum e poi eclampsia, infezioni, sproporzione feto-pelvica, complicazioni del parto⁵.

Vari studi sulla domanda di cure rilevano che le donne trascurano se stesse e i propri bisogni, ritardando la diagnosi e il trattamento, dando priorità ai bisogni di altri membri della famiglia. Le donne povere e con basso livello d'istruzione sono il gruppo più vulnerabile nei confronti delle malattie.

Un alto livello d'istruzione femminile è invece associato a ridotti tassi di mortalità infantile e più elevati livelli di speranza di vita alla nascita. Lo Stato indiano del Kerala registra la più alta percentuale di donne scolarizzate (87,8%) ed insieme i più bassi tassi di mortalità infantile (10 per 1000 nati vivi) e un alto livello di speranza di vita alla nascita (76,2) (Tabella 1).

A. Sen a tale riguardo afferma: “L'effetto dell'alfabetizzazione femminile sulla mortalità infantile è straordinariamente rilevante; la prima riduce la seconda più di tutte le altre variabili operanti nella medesima direzione. Tenendo queste variabili costanti, un aumento dell'alfabetizzazione primaria dal 22% (il valore del 1981 in India) al 75% riduce il valore previsto della mortalità dei bambini al di sotto dei 5 anni di età dal 156 (il valore del 1981) al 110%”⁶.

Se negli anni 70 e 80 si era registrata una riduzione delle disuguaglianze nella salute dovute al gradiente socio-economico, dagli anni 90 tale declino si è rallentato o addirittura invertito.

Il fenomeno delle “donne mancanti”

Il concetto di “donne mancanti” (“missing women”) fu presentato da Amartya Sen in un editoriale del 1992 del *British Medical Journal*⁷ e si riferiva al terribile deficit di donne in gran parte dell'Asia e Nord-Africa, a causa della discriminazione sessuale. Usando come standard di riferimento il rapporto femmine/maschi – 1,022 –

Tabella 1. Indicatori demografici e epidemiologici per alcuni Stati Indiani.

Stato	Popolazione (in milioni)	% di alfabetizzazione femminile > 7 anni di età (2002)	Tasso di mortalità infantile per 1000 nati vivi (2002)	Speranza di vita alla nascita (2002)	Femmine per 1000 maschi (2002)
Andhra Pradesh	76.2	51.2	62	64.4	978
Bihar	82.9	33.6	61	59.3	919
Delhi	13.8	75.0	ND	ND	821
Gujarat	50.6	58.6	60	64.2	920
Goa	01.3	75.5	ND	ND	961
Haryana	21.1	56.3	62	65.2	861
Kerala	31.8	87.8	10	76.2	1058
Punjab	24.3	63.5	51	69.3	876
Tripura	03.1	65.4	ND	ND	948

Fonte: Health Information of India 2004, ISSN 0971-0159, Government of India,
Central Bureau of Health Intelligence, DGHS, Ministry of Health & Family Welfare, New Delhi, 2005

dell’Africa sub-Sahariana (dove c’è un minore livello di discriminazione a sfavore delle donne) A. Sen calcolò che in Cina c’erano 44 milioni di donne mancanti, 37 milioni in India e circa 100 milioni in tutto il mondo. A circa 10 dieci anni di distanza lo stesso autore torna sull’argomento con l’editoriale di apertura della stessa rivista⁸ chiedendosi: è cambiato qualcosa? Qualcosa è realmente e radicalmente cambiato, in due opposte direzioni: da una parte è diminuito lo svantaggio in mortalità delle donne, ma ciò è stato controbilanciato da un nuovo svantaggio, quello nella natalità, a causa dell’aborto selettivo e del feticidio. Rispetto allo standard di 95 femmine per 100 maschi alla nascita (osservato in Europa e Nord-America – il dato tedesco del 94,8% è considerato la linea di crinale), Singapore e Taiwan hanno 92, Sud Korea 88, Cina 86. In India, data l’incompletezza dei registri di nascita, non è possibile avere un dato attendibile al riguardo, mentre basandosi sui dati dei censimenti emerge che nei bambini di età inferiore ai sei anni il rapporto femmine/maschi era 94,5 femmine per 100 maschi nel 1991 e di 92,7 femmine per 100 maschi nel 2001. Lo svantaggio a carico delle femmine è di per sè rilevante, ma il fenomeno si mostra in tutta la sua gravità se si disaggregano i dati delle varie regioni indiane. Gli stati del nord e dell’ovest dell’India – Punjab, Haryana, Dehli e Gujrat con rapporti femmine/maschi dal 79,3 al 87,8 – sono nettamente al di sotto della media indiana, ma anche della Korea e della Cina. Dall’altra parte gli stati del sud e est dell’India – Kerala, Andhra Pradesh, West Bengal e Assam – presentano dati di gran lunga superiori alla media indiana ed anche europea: da 96,3 a 96,6. I diversi rapporti femmine/maschi tra stati indiani non sono associati a differenti livelli di benessere economico o di maggiore disponibilità di risorse mediche, nè a differenze religiose e neppure a differenti livelli di istruzione delle donne.

Secondo uno studio pubblicato su *Lancet* ogni anno in India si perdono – a causa dell’aborto selettivo – 500 mila nascite femminili⁹.

Il fenomeno delle “donne mancanti” è un indicatore dello stato delle donne in una società ed è legato una serie di fattori socio-culturali, tra cui la “fissazione” per il maschio, la svalutazione delle donne e la discriminazione e violenza contro le donne, il gradimento della dote nelle famiglie dei maschi, la paura della dote nelle famiglie delle femmine, a cui va aggiunto ovviamente il facile accesso alle

tecnologie mediche che consentono il riconoscimento del sesso del nascituro¹⁰.

Allarmato da questa situazione il governo indiano ha emanato nel 1996 una legge (*Pre-natal Diagnostic Technique Regulation Act*) che rende illegale l'uso dell'ecografia per la determinazione del sesso; un'ulteriore legge è stata approvata nel 2002 (*Pre-Conceptual, Pre-Natal Diagnostic Technique Regulation Act*). Tuttavia, finora questi strumenti legali non sono stati in grado di arrestare il declino del rapporto femmine/maschi.

Il deterioramento di questo rapporto che determina la perdita di milioni di donne, ha come conseguenza l'aumento dell'insicurezza e della violenza contro le donne stesse; inoltre è facile leggere sui giornali storie di donne costrette a sposarsi con più uomini della stessa famiglia o di uomini che dalle aree rurali degli stati di Punjab e Haryana vanno a "comprare" la moglie negli stati più poveri come Bihar.

Va detto che il fenomeno dell'aborto e del feticidio selettivo si estende oltre i confini della nazione. Donne indiane di nazionalità britannica che vogliono sbarazzarsi di un feto di sesso femminile vengono indirizzate (dopo la 24^o settimana, quando in Inghilterra non è più possibile abortire su richiesta) alla "mafia" dei dottori di Delhi, Mumbai, Calcutta e Chennai¹¹.

Note bibliografiche

- 1 A. Sengupta, S. Nundy, *The private health sector in India*, BMJ, 2005; 331: 1157-8.
- 2 Report of the National Commission on Macro-economics and Health, *Ministry of Health and Family Welfare*, Government India, Aug 2005.
- 3 G. Mudur, *Hospitals In India woo foreign patients*, BMJ, 2004; 328: 1338.
- 4 K.S. Reddy *et al.*, *Responding to the threat of chronic disease in India*, www.thelancet.com published online October 5, 2005.
- 5 Burden of Disease in India, Background paper, National Commission on Macroeconomics, Health, Ministry of Health and Family Welfare, Government of India, Sep. 2005.
- 6 A. Sen, *Lo sviluppo è libertà*, Mondadori, Milano 2001, p. 200.
- 7 A. Sen, *Missing women*, BMJ, 2002; 304: 586-7.
- 8 A. Sen, *Missing women - revisited*, BMJ, 2003; 327: 1297-8.
- 9 P. Jha *et al.*, *Low male-to-female sex ratio of children born in India: national survey of 1.1 million households*, "Lancet", 2006; 367: 211-217.
- 10 M. Shiva, A. Bose, "Darkness at Noon", Voluntary Health Association of India, 2004.
- 11 The Telegraph newspaper on 9 March 2006.

3.2.3. USA

di Gavino Maciocco* e Fabrizio Tediosi**

Il sistema sanitario più costoso

Il sistema sanitario americano è molto costoso. Gli ultimi dati disponibili (2003) ci dicono che la spesa sanitaria totale pro-capite USA – di 5.635 US\$ – 15% come percentuale del PIL – è di gran lunga superiore a quella di ogni altro paese (gli immediati “inseguitori” sono molto distanziati: Svizzera 3.781 US\$ – 11,5% come percentuale del PIL –, Canada 3.003 US\$ – 9,9 % come percentuale del PIL, Germania 2.817 US\$ – 11,1% come percentuale del PIL –)¹. Una spesa destinata a crescere nei prossimi anni – secondo le stime del governo americano – ad un ritmo del 6-7% all’anno, per raggiungere nell’anno 2014 il livello di 11.045 US\$ pro-capite, e il 18,7% come percentuale del PIL².

Le ragioni dello sproporzionato costo della sanità americana sono riconducibili a due principali ordini di problemi: a) gli alti prezzi dei prodotti e dei servizi sanitari; b) l’estrema frammentazione del sistema sanitario.

I prezzi dei prodotti e dei servizi sanitari. Secondo l’indice comparativo dei prezzi nel settore sanitario prodotto dall’OCSE gli USA si collocano ad un livello di oltre il 30% superiore rispetto alla media (dato del 1999)³; inoltre, parecchi studi, condotti con approcci e metodologie diverse, hanno rilevato come nel sistema americano i prezzi siano notevolmente superiori a quelli degli altri paesi⁴. Anche gli stipendi dei medici sono molto più alti negli USA rispetto agli altri paesi dell’OCSE. Nel 1996 lo stipendio lordo medio di un medico americano era di \$199.000, mentre la mediana OCSE era di \$70.324; inoltre, il rapporto fra lo stipendio medio dei medici e quello della

* Dipartimento di Sanità Pubblica, Università di Firenze.

** Swiss Tropical Institute, Swiss Center for International Health, Basel, Switzerland.

totalità dei lavoratori dipendenti americani era superiore a quello degli altri paesi (circa 5,5 volte, rispetto al 4,4 della Germania, al 3,2 del Canada, all'1,9 della Francia e all'1,4 del Regno Unito).

La frammentazione del sistema sanitario. Il sistema sanitario americano è estremamente complesso a causa della grande frammentazione dei livelli di finanziamento, di governo, di committenza e acquisto, di produzione ed erogazione dei servizi⁵. La maggioranza dei cittadini è assistita da *Managed Care Organizations* (MCOs), organizzazioni private che svolgono la doppia funzione di assicurare ed erogare – direttamente o indirettamente tramite strutture convenzionate – prestazioni sanitarie agli assistiti. Negli USA vi sono numerose MCOs (in media 5-10 per ogni stato) ma alcune di esse sono veri colossi industriali, presenti in quasi tutti gli stati, con potenti succursali all'estero (soprattutto in America Latina, ma anche in Asia).

Nel 2004

- il **68,1%** della popolazione USA era iscritta presso questo tipo di assicurazioni: il 59,8% tramite il proprio datore di lavoro, che finanzia in tutto o in parte la polizza, il 9,3% vi era iscritta individualmente, pagando di tasca propria;
- il **27,2%** è coperta da assicurazioni sanitarie pubbliche: il 13,7% è iscritta a Medicare (il programma federale che assiste tutti i cittadini ultra65enni), il 12,9% è iscritta a Medicaid (il programma statale che assiste alcune – solo alcune – categorie di poveri), il 3,7% è iscritta a enti che assistono i militari in servizio e in pensione (*Military health care*);
- il **15,7%** – non gode di alcuna forma di copertura assicurativa.

La somma di tutte le varie opzioni assicurative + il numero dei non assicurati eccede il totale della popolazione americana; ciò si spiega col fatto che una stessa persona può essere titolare di più di una copertura assicurativa: è frequente, ad esempio, che una persona anziana acquisti una polizza privata per coprire le prestazioni non previste da Medicare, o che sia contemporaneamente assistito, se povero, anche da Medicaid⁶.

La così forte parcellizzazione degli attori sulla scena del sistema sanitario, la netta prevalenza del settore privato nel versante assicurativo, e – ancor più – in quello della produzione dei servizi, da una

parte non consentono di attuare politiche pubbliche nazionali di programmazione e controllo sulla spesa (es: valutazione su costo-efficacia delle tecnologie⁷, controllo sui prezzi dei farmaci), dall'altra determinano una crescente espansione della spesa per attività burocratico-amministrative. S. Woolhandler e D.U. Himmelstein, professori presso l'Harvard Medical School, da tempo dedicano le loro analisi alle dinamiche della spesa amministrativa della sanità americana, confrontandola con quella del Canada. Nel 1999 tale spesa (che include non solo i costi amministrativi delle assicurazioni private e pubbliche, ma anche quelli sostenuti dai datori di lavoro per la gestione delle polizze dei dipendenti e dai gestori di servizi sanitari) ha rappresentato negli USA il 31% della spesa sanitaria totale, rispetto al 16,7% del Canada. Altro dato impressionante: rispetto al totale della forza lavoro impegnata nella sanità, negli USA il personale amministrativo è passato dal 18,2% del 1969 al 27,3% del 1999⁸. Il commento finale degli autori è che se negli USA le spese amministrative fossero contenute allo stesso livello del Canada si otterrebbe un risparmio di oltre 200 miliardi di dollari all'anno, sufficienti a finanziare un sistema sanitario universalistico.

Essere non assicurati in America: la salute e la borsa

Negli USA l'istituzione di un sistema sanitario universalistico è una chimera. Ci hanno provato senza successo vari presidenti – T. Roosevelt nel 1935, H. Truman nel 1945, B. Clinton nel 1994 –, ma dopo il fallimento di quest'ultimo, con la presidenza di G. Bush, al potere dal 2000, il sistema sanitario americano ha accentuato i suoi tratti di iniquità e di inefficienza: dal 2000 al 2004 le persone completamente prive di copertura assicurativa sono cresciute di 6 milioni (da 39.8 mln a 45.8 mln).

Assicurare contro le malattie una famiglia di quattro persone costa oggi in USA oltre 10 mila dollari all'anno. Il costo equivalente a un salario minimo, la metà dello stipendio di un impiegato. Inevitabilmente, ciò produce una forte pressione a ridurre o a eliminare il benefit assicurativo. Cosa che sta regolarmente avvenendo, soprattutto presso le piccole e medie imprese: dal 2000 al 2004 la percentuale dei cittadini americani in possesso dell'assicurazione sanitaria

basata sull'impiego è passata dal 63,4% al 59,8%; una massa di lavoratori che è andata a ingrossare la fila dei non-assicurati, dato che nello stesso periodo è diminuita anche la percentuale di coloro che hanno acquistato individualmente l'assicurazione sanitaria (dal 9,5% al 9,2%)⁹. Le compagnie che mantengono il benefit assicurativo tendono comunque a ridurne il costo, scaricando parte dell'onere sui lavoratori; polizze più economiche per il datore di lavoro sono quelle che prevedono alti livelli di franchigia (le prime spese sanitarie fino a 3-5.000 dollari vengono pagate direttamente dal paziente) e di compartecipazione alla spesa (es: 20-30% del costo delle prestazioni a carico del paziente), esclusione dei benefici per alcune prestazioni.

The Commonwealth Fund (istituzione che si occupa dei problemi delle assicurazioni sanitarie – www.cmwf.org) titola il suo rapporto (biennale) del 2006: “*Gaps in health insurance: an all-American problem*”¹⁰. Il vuoto nell'assistenza sanitaria è diventato un problema per tutti gli americani e non solo per i disoccupati e le famiglie a basso reddito; infatti sta aumentando il numero delle persone non assicurate tra le fasce medie di reddito.

Lo studio in particolare segnala che: a) gli adulti con un reddito annuo inferiore ai 20 mila dollari sono i più esposti al rischio di non essere assicurati: più del 53% di loro nel 2005 ha trascorso del tempo senza assicurazione (37% per tutto l'anno, 16% per una parte); b) Il 41% degli americani con un reddito annuo tra i 20 mila e i 40 mila dollari sono stati privi di assicurazione per almeno una parte del 2005 (28% per tutto l'anno, 13% per una parte); un incremento rapido e drammatico se si pensa che nel 2001 la percentuale era stata del 28% (17% per tutto l'anno, 11% per una parte); c) la maggior parte della popolazione non assicurata (67%) si trova in famiglie in cui almeno una persona lavora con rapporto a tempo pieno.

Le conseguenze della condizione di non-assicurato (ma anche di sotto-assicurato) sono molto pesanti sia sul piano sanitario che su quello economico.

Le conseguenze sanitarie. Il rapporto del *Commonwealth Fund* rileva che tre adulti non-assicurati su cinque non ricevono le cure necessarie a causa del loro costo. Solo il 41% delle persone non-assicurate riferisce di avere un medico di famiglia o comunque un medi-

co a cui potersi rivolgere regolarmente, rispetto all'86% delle persone assicurate.

Il 59% dei portatori di malattie croniche – come diabete, ipertensione e asma – non si approvvigiona dei farmaci prescritti, o ne salta l'assunzione, perchè non se li possono permettere; la condizione di non-assicurato molto spesso non consente un buon controllo della malattia e favorisce l'insorgere di situazioni di scompenso: ed infatti nel 2005 il 35% dei malati cronici non-assicurati si è rivolto ai dipartimenti di emergenza degli ospedali rispetto al 16% dei malati cronici assicurati.

Le persone non-assicurate ricorrono molto meno degli altri ad interventi preventivi: meno della metà (48%) delle donne non-assicurate di età 50-64 anni si è sottoposta a mammografia negli ultimi due anni, rispetto al 75% delle donne assicurate; solo il 18% degli adulti non-assicurati di età 50-64 anni si è sottoposto a screening del cancro del colon, rispetto al 56% degli assicurati. È da notare che la differenza nell'accesso ad interventi preventivi tra assicurati e non-assicurati rimane elevata anche se quest'ultimi appartengono a fasce di reddito molto elevato¹¹.

Le conseguenze economiche. Il 34% degli adulti americani (età 19-64 anni) riferisce di aver avuto nel corso dell'ultimo anno problemi di pagamento di conti sanitari (non essere in grado di pagarli, essersi indebitati per pagarli, aver cambiato tenore di vita a causa delle spese mediche). Il problema riguarda molto di più le persone prive di assicurazione (53%), ma sorprendentemente interessa anche un'alta percentuale (26%) di persone assicurate.

Una conseguenza dell'indebitamento di una famiglia è la bancarotta. Il numero delle famiglie americane che richiedono di attivare le procedure fallimentari (*bankruptcy*) – anche al fine di difendersi dalla pressione dei creditori – è in continua crescita: nel 2001 sono state un milione e 458 mila (coinvolgendo 3,9 milioni di persone, appartenenti prevalentemente alle *middle and working classes*), con un incremento del 360% rispetto al 1980.

Per conoscere qual'è stato il contributo del fattore malattia al collasso dell'economia familiare D.U. Himmelstein *et al.* hanno studiato un campione di 1.771 di queste famiglie¹². In oltre la metà

(54,5%) dei casi di richiesta di procedure fallimentari ricorre una causa medica (una malattia o un infortunio, un debito dovuto a spese mediche), che rappresenta la ragione specifica di collasso finanziario nel 28,3% dei casi.

La malattia è stata la causa dei problemi finanziari sia direttamente (a causa dei costi medici) che indirettamente (a causa del mancato guadagno): nel 59,9% dei casi i conti delle spese mediche hanno contribuito alla bancarotta (e nel 47,6% come prima voce di spesa c'erano i farmaci); nel 35,3% dei casi una malattia è stata la causa della perdita del lavoro (molto spesso – 52,8% – per assistere un membro della famiglia).

Il 75,7% dei debitori erano assicurati all'inizio del collasso finanziario dovuto alla malattia, ma il 38,4% di essi ha perso la copertura assicurativa successivamente.

Dallo studio emerge un forte intreccio tra problemi di salute, problemi di lavoro e costi delle spese mediche. Per esempio, un debitore fu sottoposto a un intervento chirurgico a un polmone ed ebbe un attacco cardiaco. Entrambi i ricoveri ospedalieri furono rimborsati dall'assicurazione fornita dall'impresa presso cui lavorava, ma il paziente non fu in grado di tornare presso quel posto di lavoro. Egli trovò un nuovo impiego, ma gli fu negata la copertura assicurativa a causa delle sue condizioni di salute che richiedevano il proseguimento di cure costose. Un altro caso: un'insegnante a causa di un attacco cardiaco non fu in grado di tornare al lavoro per molti mesi, perse l'impiego e anche l'assicurazione. L'ospedale presso cui si era stata ricoverata cancellò il suo debito di 20 mila dollari, dovette tuttavia ricorrere alle procedure fallimentari a causa delle spese mediche e farmaceutiche.

In un saggio dedicato alla crisi del sistema sanitario USA (pubblicato su *The New York Review of Books*¹³), Paul Krugman e Robin Wells osservano come la questione delle assicurazioni sanitarie stia avendo un forte impatto anche sulla mobilità dei lavoratori e sulle politiche di reclutamento dei dipendenti da parte delle imprese. Così le persone con problemi di salute vanno alla ricerca di imprese che garantiscano l'assicurazione sanitaria, mentre le persone sane tendono a rinunciare al benefit sanitario in cambio di stipendi più elevati. Tutto ciò rischia di condizionare la distribuzione dei lavoratori nelle

imprese – ed anche le scelte delle stesse imprese riguardo alle assunzioni – sulla base del criterio “salute”. Per esempio – riferisce il New York Times – una circolare interna di Wal-Mart (catena di supermercati) suggerisce di introdurre nelle prove di selezione del personale degli esercizi fisici – che non hanno attinenza con gli effettivi compiti – per escludere persone con potenziali problemi di salute.

Le diseguaglianze nella salute

La nazione più ricca e potente del mondo non è tale per quanto riguarda la salute dei suoi cittadini. Riferendoci agli indicatori più comunemente usati per misurare lo stato di salute delle popolazioni si nota che gli USA sono superati da tutti i paesi industrialmente più avanzati: la speranza di vita alla nascita degli uomini americani è 75 anni, delle donne 80 (Canada 78/82, Giappone 78/85, Italia 78/84); la mortalità dei bambini al di sotto dei 5 anni è di 8 per 1000 nati vivi, quasi il doppio della media dei paesi dell'Europa occidentale (Svezia, Finlandia e Norvegia: 4 x 1000, Francia, Germania, Spagna e Italia: 5 x 1000). Generalmente si attribuisce la bassa performance in salute degli Stati Uniti agli alti livelli di mortalità registrati in alcuni gruppi di popolazione, in particolare nella minoranza nera. Effettivamente gli afro-americani hanno una speranza di vita mediamente inferiore di 5 anni rispetto alla popolazione bianca¹⁴, tuttavia ciò non spiega interamente il differenziale di salute tra gli americani e le popolazioni di altri paesi industrializzati.

Un articolo pubblicato su JAMA ha analizzato la diffusione delle malattie croniche in Inghilterra e Stati Uniti, con uno studio dove sono stati arruolati solo soggetti bianchi non ispanici, di età 55-64 anni¹⁵. La ricerca si è basata su interviste che riguardavano: a) la presenza di malattie croniche (diabete, ipertensione, ogni malattia cardiaca, infarto miocardico, ictus, malattie polmonari e cancro); b) fattori di rischio legati agli stili di vita; c) il livello di educazione; d) il livello di reddito. Il risultato mette in evidenza che gli americani di “mezza età” stanno molto peggio in salute rispetto ai coetanei inglesi. In ognuna delle malattie croniche sopracitate gli americani presentano livelli di prevalenza nettamente superiori (es: Diabete: 12,5% tra gli americani, 6,1% tra gli inglesi; Cancro: 9,5% vs

5,5%). Sia tra gli americani che tra gli inglesi il differente stato socio-economico influenza fortemente la distribuzione delle malattie croniche – vedi Tabella 1 –, ma le diseguaglianze sono molto più marcate negli Stati Uniti (es.: negli USA il diabete colpisce il 9,2% della popolazione ad alto reddito e il 16,8% di quella a basso reddito, in Inghilterra il divario è 6,0%-8,1%). Le differenze fra americani e inglesi sono eclatanti nelle fasce basse di reddito e per quasi tutte le patologie esaminate, ma sono ben presenti anche tra i soggetti appartenenti ad alte fasce di reddito, in particolare per quanto riguarda diabete, ipertensione, ogni malattia cardiaca e cancro.

Le diseguaglianze nella salute negli USA sono profonde: esse rispecchiano non solo le grandi diseguaglianze nello stato socio-economico (reddito ed educazione), ma anche le altrettanto profonde differenze razziali. Scrive a questo proposito M. Marmot: “Viaggiando in metro nella linea che dai sobborghi di Washington conduce a Montgomery County, una distanza di 12 miglia, la speranza di vita aumenta di un anno e mezzo per ogni miglio percorso: a un capo del viaggio troviamo neri poveri con una speranza di vita di 57 anni e all’altro capo bianchi ricchi con una speranza di vita di 76,7 anni”¹⁶. Negli USA essere nero spesso significa essere anche povero, ma l’essere nero aggiunge un ulteriore fattore di rischio per la salute, a causa dei meccanismi di discriminazione ed emarginazione sociale¹⁷. Infatti, la speranza di vita alla nascita degli afro-americani (entrambi i sessi) è 71,4 anni – aggiustando per condizione socio-economica 74,1 –, quella dei bianchi non ispanici 77,2. Ciò significa che la parità di reddito non annulla la differenza tra neri e bianchi nella speranza di vita alla nascita, rimanendo un differenziale di oltre 3 anni¹⁸.

Il 24,7% degli afroamericani si trova al di sotto della soglia di povertà, il 19,7% è privo di assicurazione sanitaria. L’iscrizione a Medicare, obbligatoria per tutti gli anziani, dovrebbe teoricamente mettere al riparo da diseguaglianze a danno degli afro-americani nell’utilizzazione e nella qualità dei servizi; purtroppo ciò non accade come è ben documentato in un rapporto dell’*Institute of Medicine*¹⁹. Come si può notare nella Tabella 2 gli anziani afro-americani hanno minore probabilità dei loro coetanei bianchi di fruire di procedure ad alta tecnologia e di interventi preventivi, ma – viceversa – sono

Tabella 1. Stato di salute auto-dichiarato, per fasce di reddito (basso, medio, alto) – distribuzione %. Et  55-64 anni. Inghilterra e Stati Uniti d'America.

	Inghilterra			Stati Uniti				
	Basso	Medio	Alto	Totale	Basso	Medio	Alto	Totale
Diabete	8,1	7,7	6,0	7,2	13,9*	11,9*	10,6*	12,5*
Ipertensione	37,9	35,8	31,6	35,1	46,1*	42,8*	38,2*	42,4*
Tutte le malattie cardiache	14,3	9,1	6,9	10,1	20,2*	13,1*	12,1*	15,1*
Infarto miocardico	6,7	3,3	2,5	4,2	8,6	4,3	3,3	5,4^
Ictus	3,5	1,9	1,6	2,3	5,8^	3,7*	1,8	3,8*
Malattie polmonari	7,6	6,3	4,8	6,2	12,3*	7,0	5,1	8,1*
Cancro	5,7	5,1	5,5	5,4	9,3*	9,8*	9,5*	9,5*

* $P < .01$ vs dati dell'Inghilterra

^ $P = .05$ vs dati dell'Inghilterra

Fonte: Nota bibliografica n. 14

molto più esposti a interventi come l'amputazione degli arti, che sono generalmente la conseguenza della gestione poco accurata del diabete.

Tabella 2. Differenze tra pazienti bianchi e neri iscritti a Medicare (di 65 anni e oltre) nell'esecuzione di procedure medico-chirurgiche.

	Bianchi	Neri	Rapporto N/B
Angioplastica (procedure x 1000 iscritti all'anno)	5,4	2,5	0,46
Bypass aorto-coronarico (procedure x 1000 iscritti all'anno)	4,8	1,9	0,40
Mammografia (procedure x 100 donne iscritte all'anno)	26,0	17,1	0,66
Riparazione frattura di femore (procedure x 100 donne iscritte all'anno)	7,0	2,9	0,42
Amputazione di un arto (procedure x 1000 iscritti all'anno)	1,9	6,7	3,64

Fonte: Nota bibliografica 18

Quali prospettive per la sanità americana

Il malcontento sulla sanità americana è molto diffuso; le stesse organizzazioni mediche americane, tradizionalmente ostili ad ogni forma di “medicina socializzata”, oggi invocano interventi che garantiscano la copertura assicurativa universale. Ma non c'è consenso su come riformare un sistema così complesso e frammentato²⁰.

L'amministrazione Bush ha invece una linea abbastanza chiara sullo sbocco da dare alla sanità americana, certamente non nella direzione di una copertura universale, supportata dal governo, come voleva essere la riforma (fallita) di Bill e Hillary Clinton. L'idea è quella di allargare il mercato privato delle assicurazioni. Infatti, una nuova generazione di assicurazioni, fortemente promossa dall'amministrazione Bush con una legge del 2003, si sta affacciando sul mercato della sanità americana, ed ha il nome di **Health Savings Account** (HSA, deposito bancario riservato alle spese sanitarie). La condizione per accedere al nuovo programma è quella di essere già in possesso di un'assicurazione con alta franchigia (almeno \$ 1,000

per un singolo, almeno \$ 2,000 per una famiglia; ma i prodotti di questo tipo prevedono livelli di franchigia molto più alti). L'HSA viene alimentato da versamenti annuali (anche a rate mensili), con un limite massimo di \$ 2,790 per una persona singola e di \$ 5,230 per le famiglie. In caso di malattia le persone attingono al HSA per sostenere i costi delle prestazioni; nel caso che le spese sanitarie prosciughino completamente il conto, si farà ricorso alle risorse personali fino al raggiungimento del tetto della franchigia, al punto cioè in cui interviene l'assicurazione. Nel caso in cui il conto sia non usato o parzialmente usato, il deposito si accumula di anno in anno e all'età di 65 anni (momento in cui gli americani usufruiscono del programma pubblico di assistenza sanitaria, Medicare) entra nella piena disponibilità dell'individuo o della famiglia. L'HSA gode di un trattamento fiscale di assoluto favore: i versamenti sul conto sono deducibili dalle tasse e gli interessi maturati sono esenti da tasse. Nel caso che si decida di ritirare il deposito per motivi non sanitari il conto viene tassato e applicata una penalità del 10%.

I principi su cui si fonda l'HSA sono assolutamente coerenti con la visione del Presidente Bush di "*ownership society*", la "società dei proprietari". Proprietari delle proprie case, del proprio business, della propria pensione e anche della propria assicurazione sanitaria. "Oggi – scrive J.C. Robinson, professore di economia sanitaria all'Università della California – la più visibile incarnazione di tale visione nel settore dell'assistenza sanitaria è l'HSA, che riflette uno spostamento filosofico nell'enfasi dalla responsabilità collettiva a quella individuale nella gestione e nel finanziamento dell'assistenza sanitaria. (...) Il linguaggio della proprietà individuale – così si conclude l'articolo di Robinson – tanto indebolisce il senso di responsabilità collettiva nella società nei confronti dei membri più vulnerabili, quanto mette in risalto l'importanza dello sforzo individuale nel generare le risorse economiche necessarie a ogni sistema assistenziale. L'HSA fa compiere alla nazione un altro passo verso un sistema sanitario personalizzato e privatizzato"²¹.

Il Presidente Bush nel discorso sullo Stato dell'Unione del 31 gennaio 2006 ha confermato la volontà della sua amministrazione di

promuovere questa nuova forma assicurativa. Questo il commento del New York Times: “Le proposte riguardanti l’assistenza sanitaria avanzate dal Presidente Bush nel suo discorso sullo Stato dell’Unione non scalfiranno in alcun modo i due principali problemi che affliggono la sanità della nazione: i costi crescenti e le sempre più affollate legioni di cittadini non assicurati. La sua proposta mostra semplicemente dove lui e molti conservatori vogliono che si indirizzi il finanziamento dell’assistenza sanitaria, verso un sistema dove i consumatori paghino di tasca propria la loro assistenza, nella speranza che ciò serva a ridurre i consumi (...).

Non sorprende che l’HSA favorisca le persone sane e benestanti a spese dei poveri e dei malati cronici. Quelli che stanno relativamente bene ottengono notevoli vantaggi fiscali, investono più denari nel conto, non usano il deposito per le spese mediche e lo trasformano in un fondo pensione privilegiato (...).

Il pericolo maggiore è che l’HSA possa accelerare l’erosione della forma tradizionale di assicurazione finanziata dai datori di lavoro, dal momento che le imprese cercano di ridurre le loro spese spostando una crescente parte dei costi sui dipendenti. Se da una parte i lavoratori più sani sceglieranno l’HSA, dall’altra i lavoratori più anziani e malati si rifugeranno nelle assicurazioni tradizionali, che saranno per forza costrette a rincarare le polizze, rendendole meno sostenibili e accessibili (...). Questa nuova forma assicurativa necessita di essere studiata attentamente per essere sicuri che non provochi più danni che benefici”²².

Note bibliografiche

¹ OECD, Health data 2005.

² S. Heffler *et al.*, *U.S. Health Spending Projections for 2004-2014*, “Health Affairs”, 2005, Web Exclusive W5, 74.

³ OECD, *OECD, Purchasing Power Parities and Real Expenditure*, 2002.

⁴ G.F. Anderson *et al.*, *It’s The Prices, Stupid: Why The United States Is So Different From Other Countries*, “Health Affairs”, 2003, vol. 22, n. 3, 89-105.

⁵ G. Maciocco, F. Tediosi, *Il sistema sanitario americano*, Prospettive Sociali e Sanitarie, n. 19, 1 novembre 2003.

⁶ US Census Bureau, *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2004*, August 2005.

⁷ P.J. Neumann, A.B. Rosen, M.C. Weistein, *Medicare and Cost-Effectiveness Analysis*, “New England Journal of Medicine”, 2005, 353, 1516-1521.

⁸ S. Woolhandler, T. Campbell, D.U. Himmelstein, *Health care administration in the United States and Canada: micromanagement, macrocost*, "International Journal of Health Services", 2004, vol. 34, pp. 65-78.

⁹ US Census Bureau, *ibidem*, Table C-1.

¹⁰ S.R. Collins *et al.*, *Gaps in health insurance: an all-American problem*. Findings from the Commonwealth Fund biennial health insurance survey, April 2006.

¹¹ J.S. Ross, E.H. Bradley, S.H. Busch, *Use of health care services by lower-income and higher-income uninsured adults*, JAMA, 2006, 295: 2027-36.

¹² D.U. Himmelstein, E.W. Warren, D. Thorne, S. Woolhandler, *Illness and Injury as contributors to Bankruptcy*, "Health Affairs", 2005, Web Exclusive W5-63.

¹³ P. Krugman, R. Wells, *The health care crisis and what to do about it*, "The New York Review of Books", vol. 53, n. 5, March 23, 2006.

¹⁴ S.J. Kunitz, I. Pesis-Katz, *Mortality of white Americans, African Americans, and Canadians: the causes and consequences for health of welfare state institutions and policies*, "The Milbank Quarterly", 2005, vol. 83, n. 1.

¹⁵ J. Banks, M. Marmot, Z. Oldfield, J.P. Smith, *Disease and Disadvantage in the United States and in England*, JAMA, 2006, 295: 2037-45.

¹⁶ M. Marmot, *Status Syndrome*, JAMA, 2006, 295: 1304-07.

¹⁷ I. Kawaki, N. Daniels, D.E. Robinson, *Health disparities by race and class: why both matter*, "Health Affairs", 2005, vol. 24, n. 2, 343-352.

¹⁸ P. Franks, P. Muennig, E. Lubetkin, H. Jia, *The burden of disease associated with being African-American in the United States and the contribution of socio-economic status*, "Social Science & Medicine", 62 (2006), 2469-2478.

¹⁹ Institute of Medicine, *Unequal Treatment. Confronting racial and ethnic disparities in health care*, March 2002, www.iom.edu

²⁰ V.R. Fuchs, J.E. Ezekiel, *Health Care Reform: Why? What? When?*, "Health Affairs", 2005, vol. 24, n. 6, 1399-1414.

²¹ J.C. Robinson, *Health Savings Accounts, The Ownership Society in Health Care*, "N. Engl. J. Med.", 2005, 353: 1199-1202.

²² Editorial, *The Lopsided Bush Health Plan*, "The New York Times", February 3, 2006.

3.2.4. Brasile

di Gilliatt H. Falbo*, Paulo G. Frias*
e Pricila M. Pereira*

Introduzione

L'attenzione alla salute della donna e dei bambini rappresenta una priorità nella maggior parte dei paesi, dal momento che garantire la riproduzione della popolazione in condizioni favorevoli è un fatto di pubblico interesse. In modo particolare, poi, i bambini suscitano un sentimento di protezione a causa della loro estrema fragilità ed innocenza, tanto che le politiche che focalizzano la loro attenzione sui bambini solitamente ottengono il pubblico consenso. Nonostante questo, il peso della mortalità e della morbilità infantile è ancora elevato in gran parte del mondo, a causa delle condizioni di vita disagiate in cui versa la maggioranza della popolazione. Le conseguenze di questo disagio sono gravi nei bambini dal momento che, essendo all'inizio della vita, essi presentano un'immaturità immunologica, associata alla difficoltà di imparare a convivere con le asperità del mondo che li circonda. È per questo che si dice che la mortalità infantile è uno degli indicatori più sensibili delle condizioni di vita.

L'impegno dello stato e della società verso i bambini solitamente si traduce in politiche di salute pubblica che mirano ad ampliare l'accesso alle strutture ed ai servizi di salute. Se però non si effettua contemporaneamente un investimento sostanziale in educazione e in politiche occupazionali per la famiglia, l'efficacia delle politiche settoriali di salute rimane limitata a piccoli miglioramenti puntuali, senza alcun impatto permanente sulla salute, come invece sarebbe possibile con un approccio più articolato e coordinato alle condizioni di vita in generale.

Basandosi su queste premesse, il movimento di riforma sanitaria, iniziato negli anni '80 e inserito nel contesto più ampio del processo di

* Instituto Materno Infantil de Pernambuco, Recife, Brasile.

ridemocratizzazione del Brasile, fece in modo di ampliare il concetto di salute sottolineandone i legami con le questioni dell'alimentazione, della casa, del reddito, dell'educazione e dell'intrattenimento. Un segno di questo movimento fu la Costituzione Federale del 1988, che definì il ruolo dello stato brasiliano nel garantire il diritto alla salute della popolazione. Nei paragrafi seguenti si presenterà il sistema di salute brasiliano e la sua organizzazione dopo questo periodo.

Il sistema di salute in Brasile: la dimensione organizzativa

Con la promulgazione della Costituzione nel 1988, il sistema di salute brasiliano divenne pubblico e unico, adottando le stesse regole e principi organizzativi in tutto il territorio nazionale. La salute divenne un diritto fondamentale per tutti i cittadini ed un dovere dello stato,¹ esercitato attraverso politiche pubbliche, economiche e sociali e attraverso l'azione dei servizi di salute. Fra i principi alla base del Sistema Unico di Salute (SUS) ricordiamo l'universalità, l'equità e l'integralità.² Il primo si riferisce a garantire l'attenzione alla salute per tutti i cittadini. L'equità è invece intesa come un fondamento di giustizia, per cui a ciascuno è offerto in proporzione alle sue necessità: "offrire di più a chi ha meno". Infine, l'integralità si riferisce a considerare l'individuo nella sua completezza, garantendo interventi di promozione, protezione e recupero della salute.

Dal punto di vista organizzativo il SUS prevede una rete di servizi organizzati in livelli di complessità tecnologica crescente (gerarchizzata) all'interno di un'area geografica definita e a cui attinge una popolazione ben definita (regionalizzata). In questo sistema il potere decisionale rispetto alle risorse e le competenze per gli interventi e i servizi di salute sono decentralizzati o distribuiti nelle tre sfere del governo: comunale, statale e federale. La Costituzione prevede inoltre la partecipazione di enti privati, in modo complementare, sia contrattati che in convenzione sotto il regime fiscale dello stato ed il controllo della società civile¹.

Nonostante la Costituzione Federale, le Costituzioni Statali e le Leggi Organiche Comunali abbiano approvato in un capitolo specifico sulla salute le basi giuridiche della riforma sanitaria in corso in Brasile, solamente nel 1990 furono approvate le Leggi Organiche

della Salute^{2,3}. Le Leggi Organiche 8.080/90 e 8.142/90 regolano le condizioni di attenzione alla salute, l'organizzazione, il finanziamento ed il funzionamento dei servizi necessari, e la partecipazione della comunità nella gestione del SUS. Così, una volta definita la struttura legale del sistema, furono definite le competenze dei tre livelli del governo. Il Governo Federale rinuncia al ruolo di esecutore di interventi e di fornitore di servizi e si limita a definire le politiche sanitarie, stila le norme, coordina il processo di municipalizzazione, valuta e supervisiona gli Stati e i Comuni. Gli Stati, ai quali tradizionalmente competeva la prestazione dei servizi, ora assumono il coordinamento del sistema nelle aree di loro pertinenza, legiferano, valutano e supervisionano i Comuni. Ai Comuni spetta la pianificazione, l'organizzazione, la valutazione e la gestione del sistema nella loro area di pertinenza. La legge crea, inoltre, il Fondo Nazionale per la Salute e stabilisce come prerequisito per ricevere i finanziamenti federali la creazione di Fondi Statali e Comunali. Questi hanno una funzione di bilancio e contabile (controllo delle entrate e delle uscite), che può essere verificata dai Consigli Statale e Comunale della Salute per analizzare la causale delle ricevute, le spese e il rendimento degli investimenti finanziari³.

Con l'avvento del SUS, il Sistema Locale di Salute comporta un sistema di servizi organizzati e gestiti dal Comune. L'organizzazione di una rete di servizi gerarchizzata con livelli di complessità crescente permette una relazione fra i *providers* dei servizi che rende possibile il riferire e controriferire degli utenti all'interno delle unità di salute di diverso livello di complessità. Per rendere operativo questo sistema, il Ministero della Salute usa le "Norme Operative Basiche" (NOB), che definiscono le linee direttrici operative del SUS. Queste norme stimolano la concertazione fra i tre livelli di governo e funzionano come uno strumento per regolare il processo di decentralizzazione degli interventi e dei servizi di salute^{4,8}. La concertazione avviene grazie alle Commissioni di Intergestione che rendono possibili la discussione ed il negoziato fra i diversi attori del sistema.

Il finanziamento del sistema

Il finanziamento del SUS è garantito dai fondi provenienti dalle

imposte e dai contributi sociali raccolti dal Governo Federale, dagli Stati e dai Comuni, oltre che dai fondi accordati da agenzie internazionali, in particolare dalla Banca Mondiale. Il tipo e la fonte dei finanziamenti del sistema non sono sempre stati uguali nel tempo. Negli anni '90 si registrò una grande variazione dei fondi destinati alla salute, in quanto parte di questi fondi furono destinati alla previdenza sociale e ad altri settori dell'economia⁹. Inoltre, non era stata definita la partecipazione dei tre livelli del governo nel finanziamento del sistema. Soltanto nel 2000, con l'approvazione dell'Emendamento Costituzionale n. 29/2000 (EC-29), si stabilì una percentuale fissa dei fondi degli enti federali per il finanziamento del SUS. L'EC-29 aveva lo scopo di assicurare le risorse minime per il finanziamento di interventi e servizi di salute pubblica, obbligando gli stati e i municipi a destinare le risorse di base attraverso fondi vincolati per la prestazione dei servizi.

In base all'EC-29, per il Governo Federale i fondi destinati alla salute devono essere corretti per la variazione nominale del Prodotto Interno Lordo (PIL). Per gli Stati e i Comuni l'aliquota minima applicata nel settore deve essere una quota dei fondi delle imposte e dei trasferimenti costituzionali. La quota fu aumentata nel 2000 fino a raggiungere il 12% per gli Stati e il 15% per i Comuni.

Anche i procedimenti relativi alla gestione finanziaria mutarono contemporaneamente allo sviluppo del SUS. La Norma Operativa del 1996 aumentò i trasferimenti "fondo a fondo" dalle risorse federali agli Stati e ai Comuni, e creò il Piano di Assistenza Basica (PAB). Il PAB fu creato per aiutare il mutamento dei criteri del trasferimento delle risorse, precedentemente basato sulla capacità degli Stati e dei Comuni di rimborsare i ricoveri o l'assistenza ambulatoriale. Questo perché il PAB è composto di un valore fisso pro capite e una parte destinata ad incentivare la realizzazione di programmi specifici identificati dal Governo Federale, generando così un fondo disponibile per la realizzazione di interventi di assistenza primaria nel campo della salute.

Nonostante i progressi e l'aumento del finanziamento al sistema sanitario, permangono e addirittura si intensificano delle sfide. La spesa sanitaria per abitante in Brasile può essere ancora considerata bassa, se comparata con quella di paesi con livello economico simile

o con vicini dell'America Latina. Secondo il Rapporto sullo Sviluppo Umano del 2005, pubblicato dal Programma delle Nazioni Unite per lo Sviluppo (PNUD), la spesa sanitaria brasiliana equivale al 7,9% del PIL, con una percentuale di spesa pubblica inferiore a quella privata: 3,6% e 4,3% rispettivamente¹⁰. Uno studio dell'Organizzazione Panamericana della Salute (OPS), che ha usato i dati di una ricerca nazionale su un campione di famiglie e i dati dei fatturati delle imprese di assicurazione e piani di salute, ha trovato che nel 1998 la spesa privata ha rappresentato i 2/3 del totale della spesa per la salute, con un'importante partecipazione delle spese familiari dovute al pagamento per le consulenze private, per esami e medicine (spese *out of pocket*), che rappresentano il 60% delle spese private¹¹.

La scarsità dei fondi destinati alla salute rappresenta un importante impedimento allo sviluppo del sistema universale, soprattutto considerando l'aumento della domanda di servizi di salute che si è registrata negli ultimi anni e il livello tecnologico sempre maggiore del settore, che provoca un aumento ancora maggiore dei costi del sistema. Questi problemi rappresentano al momento alcune delle maggiori sfide del SUS all'interno di un contesto di restrizioni della spesa per le attività sociali.

Diseguaglianze nella salute: la morbilità e la mortalità infantile e nei minori di 5 anni

Negli ultimi decenni, in Brasile, si è registrato un miglioramento degli indicatori sociali. I miglioramenti ottenuti però si contrappongono alla concentrazione di ricchezza in alcuni settori della società, come conseguenza di una struttura sociale molto rigida. La riduzione dell'elevato tasso di mortalità infantile e nei minori di 5 anni in molti paesi del mondo si è ottenuta tramite investimenti nel settore sociale, in particolare nell'area della salute e con miglioramento delle condizioni di vita. In Brasile la riduzione della mortalità infantile, registrata negli ultimi decenni, è stata influenzata da fattori come la riduzione del tasso di fecondità totale (numero medio di figli per donna in età fertile), il miglioramento del livello di istruzione materna, l'aumento dell'offerta dei servizi sanitari, l'aumento della copertura dell'assistenza ambulatoriale e ospedaliera e lo sviluppo di program-

mi specifici per la salute della donna e dei bambini.

Nel frattempo però, il mantenersi delle disuguaglianze sociali, che si riflettono in disuguaglianze geografiche regionali, è diventato un importante impedimento all'ulteriore riduzione della mortalità infantile e nei minori di 5 anni fino ai livelli dei paesi vicini dell'America Latina o degli stessi paesi più sviluppati. Le medie nazionali non rendono conto delle grandi disuguaglianze regionali e intraregionali. All'inizio degli anni '90 la mortalità infantile per il Brasile era di 48 per 1000 nati vivi; nel 2003 arrivò a 27,1 per 1000 nati vivi, con una riduzione del 43,5% in questo periodo. Ma, all'interno del paese, comparando le grandi regioni, la mortalità infantile si è ridotta a 15,8 per 1000 nella regione sud, mentre è di 36,9 per 1000 nel nord-est¹², differenze che denunciano una grande disparità di investimenti in aree con precarie condizioni di vita.

L'analisi dei dati della mortalità infantile è ulteriormente limitata a causa della qualità non omogenea delle informazioni prodotte dai diversi Stati. A causa della difficoltà di ottenere informazioni attendibili, soprattutto nel nord e nord-est, dove diverse ricerche sottolineano che il numero di morti infantili è sottostimato, la mortalità infantile è stimata a partire da dati del censimento demografico e delle ricerche nazionali su campioni di famiglie. Solamente sette Stati, sei dei quali localizzati nelle regioni sud e sud-est, hanno una mortalità infantile calcolata in base a metodi diretti, usando informazioni raccolte dal Sistema Informativo del Ministero della Salute (Sistema Informativo sulla Mortalità o SIM e Sistema Informativo sui Nati Vivi o SINASC)¹³. Negli altri Stati, la scarsità di questi dati non permette l'uso del metodo diretto, così che il calcolo della mortalità infantile si riduce ad una stima indiretta facilmente passibile di errori quantitativi, oltre al fatto che non riesce ad essere informativa rispetto alle cause della morte.

Una ricerca recentemente condotta dalla Scuola Nazionale di Salute Pubblica (ENSP), in collaborazione con l'Istituto Materno Infantile del Pernambuco (IMIP), finanziata dal Centro Nazionale di Epidemiologia (CENEPI) del Ministero della Salute, ha evidenziato una sottoregistrazione del 30% e del 34,4% delle morti infantili in piccoli municipi delle zone interne rispettivamente del nord e del nord-est; queste morti non erano state registrate dal sistema infor-

mativo nazionale. La ricerca è stata realizzata nel gennaio del 2002 usando un sistema di ricerca attiva, nei cimiteri (ufficiali e non), nei centri di salute, negli uffici notarili e negli aggregati familiari, delle morti avvenute nel 2000¹⁴.

Le differenze di mortalità infantile che si registrano nelle regioni geografiche del Brasile si ritrovano anche all'interno dei diversi Stati di una stessa regione, fra le città di uno stesso Stato o addirittura fra aree diverse di uno stesso Comune. Ad esempio, per il nord-est, nel 2002, la mortalità infantile dello Stato di Alagoas era 52,6 per 1000 e quella di Bahia 34,1 per 1000, con una differenza di una volta e mezza. Nella regione sud le differenze erano più contenute, con il 16,8 per 1000 nel Paraná e il 15,3 a Santa Catarina. La differenza di mortalità fra gli stati di Alagoas e di Santa Catarina significa che un bambino che nasce in Alagoas ha una probabilità di morte nel primo anno di vita tre volte e mezza maggiore rispetto ad uno che nasce in Santa Catarina¹³.

All'interno degli Stati il comportamento è simile. Uno studio realizzato nei Comuni dello Stato di Pernambuco ha mostrato una variazione da 16,5 a 111 morti per 1000 nati vivi¹⁵. Addirittura a livello intraurbano, se si disaggrega la probabilità di morte fra i minori di un anno e di quelli fra uno e quattro anni si può facilmente identificare una diseguale distribuzione del rischio. Nel Comune di Recife sono state registrate differenti probabilità di morte nei diversi strati sociali, con livelli del 34 per 1000 per gli strati più svantaggiati e del 23,9 per 1000 per quelli con condizioni sociali migliori¹⁶.

Al di là del peso degli indicatori, anche il quadro della morbilità e mortalità è cambiato molto negli ultimi decenni. Nei paesi sviluppati, il sostanziale miglioramento delle condizioni di vita ha determinato un mutamento del quadro di salute e malattia della popolazione, la cosiddetta transizione epidemiologica. Sono state superate quelle situazioni di malattia dovute al "ritardo" di sviluppo, come le malattie prevenibili con le vaccinazioni, la denutrizione, la diarrea, la polmonite, le malattie legate a problemi perinatali come cause principali di morbi-mortalità nella popolazione infantile.

In Brasile, il quadro attuale di morbilità e mortalità infantile e nei minori di 5 anni è caratterizzato dalla sovrapposizione di malattie tipiche delle aree sottosviluppate a malattie associate allo sviluppo.

Questo rende il quadro sanitario più complesso e quindi più difficile l'approccio ai problemi da parte del settore salute. Nel 2000, le patologie perinatali hanno contribuito alla maggior parte delle morti infantili (44%), seguite dalle malattie infettive e parassitarie (11%) e dalle malformazioni congenite (8%), senza considerare segni e sintomi non meglio specificati (24,4%)¹⁷.

I dati dei ricoveri ospedalieri mostrano che le malattie che causano la maggior parte dei ricoveri nei bambini con meno di un anno sono le broncopolmoniti seguite da diarree infettive e da patologie perinatali, sia nel 1993 che nel 2000, nonostante l'importante riduzione del numero assoluto dei ricoveri, pari al 27,8%, dovuta soprattutto alla riduzione dei ricoveri del gruppo post-neonatale.¹⁸ Anche in quest'aspetto si registrano differenze fra le regioni del paese, dal momento che i dati dei ricoveri mostrano un quadro di morbidità più "avanzato" nelle regioni del sud/sud-est in comparazione alle regioni del nord/nord-est. Nel 1993, mentre nel nord-est le cause principali di ricovero erano le diarree seguite dalla broncopolmonite, dalle patologie perinatali e dalle sepsi, nella regione sud al primo posto c'erano le broncopolmoniti¹⁸.

Diseguaglianze nell'offerta dei servizi

Una discussione sempre più frequente è quella relativa al settore della salute come strumento per la riduzione delle disuguaglianze, per garantire l'accesso e la qualità delle cure sanitarie. Intanto però la prestazione di servizi, focalizzata nelle cure mediche curative a scapito degli interventi di promozione, prevenzione, diagnosi e trattamento precoce, ha non soltanto perpetuato, ma anche intensificato le disuguaglianze nel profilo di malattia e morte della popolazione pediatrica.

Il contesto in cui è stato strutturato il sistema sanitario in Brasile è stato uno dei grandi determinanti di questo modello distorto. Prima della creazione del SUS, l'attuazione dell'assistenza pubblica avveniva tramite la previdenza sociale. I fondi della previdenza, nella maggior parte, provenivano dai contributi dei lavoratori e delle imprese, e questi fondi finanziavano e prestavano assistenza ospedaliera solamente ai lavoratori con un regolare contratto. Le regioni del paese

più sviluppate ebbero una rete di assistenza maggiormente sviluppata. Con l'universalizzazione della salute nel SUS e l'unificazione degli interventi di promozione, vigilanza e assistenza il paese ereditò la rete sanitaria costruita secondo la logica del vecchio sistema, dal momento che la distribuzione delle risorse per le attività assistenziali dipendeva dalla concentrazione e presenza di ospedali, ambulatori e laboratori.

Con il tempo furono creati degli strumenti per ridurre queste disuguaglianze, come il PAB di cui abbiamo già parlato; nonostante questo però le differenze sono rimaste intatte, principalmente a livello dell'assistenza ambulatoriale e ospedaliera. Nell'area della salute materno-infantile, l'aumento dei parti in ospedale si è associato ad una riduzione della mortalità materna e perinatale. D'altro canto, laddove il sistema sanitario era scarsamente organizzato, il numero di punti nascita dotati di un minimo di attrezzature era insufficiente per le esigenze del paese. In tutto il Brasile, sia la distribuzione dei servizi che prestano assistenza alla nascita sia la presenza di attrezzature specializzate per l'ostetricia è abbastanza disuguale fra le diverse grandi regioni e fra Stati¹⁹. Questa situazione perpetua le differenze di morbilità e mortalità materna e infantile fra le regioni brasiliane.

Esistono inoltre differenze intraregionali e fra classi sociali in termini di accesso ai servizi sanitari. L'assistenza prenatale è un esempio di come le disuguaglianze in termini di salute possano essere rafforzate dall'inadeguatezza nell'offerta del servizio. L'assistenza prenatale potrebbe essere vista come una politica di salute compensatoria per ridurre gli effetti delle disuguaglianze socio-economiche. Al contrario, quello che può succedere è invece un'inversione dell'assistenza, per cui le gestanti con condizioni di vita peggiori e con comportamenti maggiormente a rischio in gravidanza hanno maggiori difficoltà di accesso alle cure prenatali, com'è stato mostrato da una ricerca condotta nelle maternità di Rio de Janeiro²⁰. Da qui la necessità di politiche dirette ai gruppi più vulnerabili di popolazione.

Il futuro ed i suoi problemi

Nel campo dell'assistenza primaria, così come in quella di secondo e terzo livello, la sfida per il Brasile è la necessità di offrire inter-

venti diversificati, coerentemente con il profilo epidemiologico complesso descritto. Questo richiede uno sforzo maggiore per pianificare e realizzare attività che affrontino i diversi problemi sopra esposti. Per fronteggiare questa situazione il Ministero della Salute propone un cambiamento nel modello attualmente basato sull'assistenza curativa concentrata in grandi ospedali, così come si era sviluppato in Brasile durante il periodo dell'assistenza previdenziale. La strategia principale di questo nuovo modello di assistenza si è sviluppata a partire dagli anni '90 con i Programmi degli Agenti di Salute della Comunità (PACS) ed i Programmi di Salute della Famiglia (PSF).

Avendo come base il principio di equità, la realizzazione del PSF, che oggi prende il nome di Strategia di Salute della Famiglia (SSF), vista la sua stabile presenza nella politica nazionale di salute, si concentra in maniera prioritaria nelle aree di maggior rischio sociale. L'unità di salute primaria funziona come porta d'ingresso.

L'equipe di salute della famiglia è composta come minimo da un medico, un infermiere professionale, un tecnico infermiere e da 4-6 agenti di salute della comunità, con la responsabilità sanitaria di un'area predefinita e con una popolazione di circa 750 famiglie. L'equipe di salute della famiglia ha come azioni prioritarie quelle di promozione, protezione e recupero della salute dei singoli e della famiglia, con un'attenzione maggiore per i gruppi a rischio, lavorando in base al principio del controllo della salute e rinforzando l'assistenza primaria.

La SSF, con una maggiore concentrazione delle equipe nei Comuni maggiormente svantaggiati, come dimostra la maggior copertura di SSF e PACS nei Comuni delle regioni del nord e nord-est²¹, rappresenta uno strumento importante per cercare di risolvere il problema della disuguaglianza nell'accesso ai servizi essenziali di salute. Si deve aggiungere che il successo di questa iniziativa è strettamente correlato ai servizi di salute più complessi, sia ambulatoriali che ospedalieri, che presentano costi più elevati. Le patologie perinatali, causa maggiore di mortalità infantile, pur essendo in parte prevenute grazie alle cure prenatali, continueranno a richiedere cure ospedaliere di qualità.

I problemi legati alla qualità dell'assistenza sanitaria, sia a livello primario che ospedaliero e ambulatoriale, saranno problemi prioritari

nel settore della salute, visto il mutamento del profilo epidemiologico e la riduzione delle disuguaglianze che stanno caratterizzando la situazione socio sanitaria dei bambini e delle famiglie povere del paese.

Traduzione dal portoghese: Simona Di Mario

Note bibliografiche

- ¹ Brasil, Constituição Federal de 1988.
- ² Brasil, Lei n. 8080 de 19 de setembro de 1990.
- ³ Brasil, Lei n. 8142 de 28 de dezembro de 1990.
- ⁴ Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 01/91, Ministério da Saúde, Brasília 1991.
- ⁵ Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 01/92, Ministério da Saúde, Brasília 1992.
- ⁶ Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 01/93. Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de fazer cumprir a lei, Ministério da Saúde, Brasília 1993.
- ⁷ Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96. Gestão Plena com Responsabilidade pela Saúde do Cidadão, Ministério da Saúde, Brasília 1996.
- ⁸ Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional de assistência à saúde/NOAS-SUS 01/2001, Ministério da Saúde, Brasília 2001.
- ⁹ Mansur MC. O financiamento federal da saúde no Brasil na década de 1990. [Dissertação de mestrado], Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro 2001.
- ¹⁰ Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo – PNUD. Informe sobre desarrollo humano, 2005.
- ¹¹ Organização Pan-Americana de Saúde. Série técnica do projeto de desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde, Brasília 2002.
- ¹² Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Dados e indicadores selecionados, Ano 3, n. 3, Ministério da Saúde, Brasília 2005.
- ¹³ Rede Interagencial de Informações Para a Saúde - RIPSAs. Indicadores básicos de saúde no Brasil. IDB 2004 [folheto]. Coordenação do Ministério da Saúde. Apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Brasília, Distrito Federal.
- ¹⁴ C.L. Szwarcwald, M.C. Leal, P.G. Frias, S.G.N. Gama, *et al.*, *Relatório da Pesquisa Estimativa da Mortalidade Infantil no Brasil*, 1ª parte, 2002, p. 32.
- ¹⁵ C.P. Rodrigues, *Iniquidades em saúde: a mortalidade infantil como indicador das condições de vida*. Uma análise espacial no estado de Pernambuco. [dissertação de mestrado]. Recife: Departamento de Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2001.
- ¹⁶ M.J.B. Guimarães, N.M. Marques, D.A. Melo Filho, *Condição de vida e mortalidade infantil: diferenciais intra-urbanos no Recife*, Pernambuco, Cadernos de Saúde Pública, Brasil 2003; 19: 1413-24.
- ¹⁷ P.G. Frias, L.C. Vanderlei, A.S. Vidal, M.C. Leal, *Morbidade e mortalidade infantil e na infância*, in J.G.B. Alves, O.S. Ferreira, R.S. Maggi, *Pediatria*, 3ª ed., MEDSI e Guanabara Koogan, Rio de Janeiro 2005, pp. 20-27.

¹⁸ A.C.G. Mendes, F. Lessa, *Avaliação do SIH/SUS como Fonte de Informação Complementar para o Estudo de Perfil de Morbi-Mortalidade Infantil e Materna no Brasil, 1993-2000*, Relatório Final - 1ª versão apresentada ao Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI), Recife, 2001.

¹⁹ M.C. Leal, F. Viacava, *Maternidades do Brasil*, Radis [da] Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro 2002; 2:8-26.

²⁰ G.N. Gama, C.L. Szwarcwald, A.R. Sabrosa, V.C. Branco, M.C. Leal, *Fatores associados à assistência pré-natal precária em uma amostra de puérperas adolescentes em maternidades do município do Rio de Janeiro, 1999-2000*, Caderno de Saúde Pública, 2004; 20 supl. 1:101-11.

²¹ Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação da Atenção Básica. Indicadores 2004, Brasília 2005.

3.2.5. Uganda

di Maurizio Murru* e Sam A. Okuonzi**

Introduzione

Come molti altri paesi africani, l'Uganda ha un passato tragico, un presente difficile e un futuro incerto. Il paese, come espressione geografica, è nato “grazie” all'imperialismo inglese che, alla fine del XIX Secolo, unificò territori abitati da genti diverse, con tradizioni e forme di governo diverse. Al sud si trovavano monarchie di antica tradizione, strutturate e organizzate, al nord le cosiddette “società acefale”, praticamente prive di una struttura amministrativa vera e propria. L'Uganda come stato indipendente è nata il 9 Ottobre del 1962. Ed è nata con una struttura anomala: uno stato ipoteticamente unitario costituito da quattro regni con notevole autonomia al sud e una serie di distretti poco omogenei, poco organizzati e con un certo grado di autonomia al nord. Nell'aprile del 1966 l'allora Primo Ministro, Apollo Milton Obote, prese il potere esautorando il presidente, sospendendo la costituzione ed inaugurando una lunga serie di colpi di stato. Cinque anni dopo prese il potere il capo dell'esercito, Idi Amin Dada, personaggio grottesco e sanguinario, dotato di astuzia politica ma ignorante di ogni meccanismo, legale, giuridico, statale. In poco più di otto anni uccise o fece uccidere centinaia di migliaia di persone (le stime variano da un minimo di 300.000 ad un massimo di 800.000). Dopo aver portato il paese al disastro, fu cacciato al termine di una breve guerra con la Tanzania (ottobre 1978-aprile 1979). La sua caduta non portò il paese fuori dal baratro. Grazie ad una palese farsa elettorale, Obote tornò al potere nel 1980 per esserne cacciato, nel 1985, da un golpe ordito dal Capo di Stato Maggiore dell'esercito, Tito Okello. Al termine di sei anni di guerriglia, il 26 gennaio 1986, prese il potere l'attuale Presidente Yoweri Kaguta Muse-

* Faculty of Health Sciences, Uganda Martyrs University.

** National Council for Children, Uganda.

veni. Lentamente, Museveni è riuscito a far tornare l'Uganda un paese "quasi normale". Nel 1995 è stata varata una nuova Costituzione. Nel 1996 sono state tenute elezioni parlamentari e presidenziali nelle quali Museveni ha ottenuto il suo primo "mandato democratico". Cinque anni dopo, nel 2001, ha nuovamente vinto le elezioni presidenziali. Dopo aver promosso il cambiamento della Costituzione, abolendo la clausola che gli impediva di candidarsi per un terzo mandato, è stato rieletto il 23 febbraio del 2006.

Giunto al potere, Museveni ha abbandonato le simpatie marxiste ed ha instaurato una ortodossa economia di mercato. Come in altri paesi Africani usciti da conflitti prolungati e crisi economiche profonde (ad esempio Ghana e Mozambico) anche in Uganda l'economia di mercato ha portato a miglioramenti significativi e prolungati dei più importanti indicatori macroeconomici. Negli ultimi 14 anni il Prodotto Interno Lordo (PIL) è cresciuto ad un tasso medio del 6,5%. Nello stesso periodo, però, il PIL pro capite è cresciuto ad un ritmo molto inferiore a causa dell'alto tasso di crescita della popolazione, che il censimento del 2002 ha rivelato essere, al di là delle aspettative, pari al 3,4%. L'inflazione è passata da un tasso del 150% nel 1986 ad uno medio del 4,8% negli ultimi 10 anni. Gli investimenti privati sono triplicati negli ultimi 10 anni e, come percentuale del PIL, sono passati dal 9% del 1991 al 15,6% del 2002. La percentuale della popolazione che vive al di sotto della soglia di povertà è diminuita dal 52% del 1993 al 44% del 1997, al 35% del 2000 per aumentare, nel 2003, al 38%¹.

L'Uganda ha introdotto le riforme sanitarie, definite dalla Banca Mondiale "market reforms", nel 1994. Queste riforme erano basate su quattro fondamentali principi del mercato*:

* Nel 1987 la Banca Mondiale aveva pubblicato il primo documento interamente dedicato alla promozione delle riforme sanitarie basate sul mercato. Tale documento contiene una serie di indicazioni da seguire nella ristrutturazione dei servizi sanitari nei paesi in via di sviluppo, ed ha ovviamente un valore prescrittivo nei confronti dei paesi più indebitati.

Il documento si compone di quattro fondamentali capitoli, ciascuno dei quali sviluppa una specifica linea direttiva in tema di politica sanitaria:

- Introdurre presso le strutture sanitarie pubbliche forme di partecipazione alla spesa – *user fees* – da parte degli utenti.
- Favorire la privatizzazione dei servizi sanitari.
- Promuovere programmi assicurativi.
- Decentralizzare il governo della sanità.

- Gli individui, le organizzazioni private e caritatevoli devono diventare responsabili per l'assistenza sanitaria;
- Il finanziamento pubblico dell'assistenza sanitaria deve essere limitato alla promozione della salute e alle attività preventive;
- Il ruolo del governo centrale deve essere limitato alla formulazione delle politiche e alla definizione di linee guida tecniche, mentre la produzione e l'erogazione dei servizi deve essere lasciata al settore privato e alle autorità locali;

Il settore privato e le organizzazioni non-governative devono essere supportate a diventare gli erogatori principali dell'assistenza sanitaria e sociale.

Sulla base di questi principi il Ministero della Sanità ha rinunciato a svolgere il ruolo di erogatore di servizi, lasciandolo alle autorità locali e agli individui. L'idea era che le persone devono essere messe in grado di assumersi la responsabilità della propria salute attraverso la crescita economica, che conduce a migliori redditi famigliari e consente alle persone di acquistare l'assistenza sanitaria da servizi privati². Queste riforme hanno portato ad un considerevole aumento delle diseguaglianze fra aree geografiche, fra popolazione urbana e popolazione rurale, fra gruppi etnici e fra classi sociali.

Inoltre va segnalato che la guerriglia nelle regioni del nord, che dura da 20 anni, colpisce circa il 20% della popolazione del paese, e l'ha portata a livelli estremi di povertà, privazioni e sofferenza e aggravando le preesistenti diseguaglianze basate su regionalismo ed etnicità.

Il Sistema Sanitario

Applicando le citate direttive della Banca Mondiale il Sistema sanitario ugandese è stato fortemente decentrato: le strutture periferiche – i Distretti – sono sede di un governo locale con poteri relativamente ampi. Le unità sanitarie sono organizzate in una struttura piramidale con alla base i Centri di Salute di Primo Grado (Health Centre I) e all'apice gli Ospedali di Riferimento Nazionale (National Referral Hospitals). Gli ospedali generali, rurali e distrettuali (89) forniscono oltre ai servizi dei livelli inferiori, una gamma più ampia di servizi chirurgici. Gli ospedali Regionali di riferimento (11) forni-

scono servizi specialistici e quelli di Riferimento nazionale (2) servizi altamente specializzati, sono coinvolti nell'insegnamento universitario e nella ricerca (sono entrambi situati nella capitale, Kampala, e uno è un ospedale psichiatrico).

Circa il 25% delle strutture sanitarie (il 40% degli ospedali) appartiene al settore privato non lucrativo, per lo più gestito dalla Chiesa Cattolica e da quella Anglicana.

Esiste anche un settore privato lucrativo ma è impossibile quantificarlo. Le strutture sanitarie private a scopo di lucro hanno una tipologia molto varia che comprende ospedali di buon livello tecnico, cliniche che erogano una gamma indefinita di servizi, con livelli molto variabili di qualità, farmacie regolarmente registrate, chioschi abusivi che vendono farmaci di dubbia qualità e di dubbia provenienza. Questi ultimi, contrariamente alle strutture private for-profit di livello più elevato, numerose specialmente in aree urbane, sono numerosi anche in aree rurali; in molti casi, per le fasce più povere della popolazione, e per problemi ritenuti meno gravi, costituiscono il primo livello di accesso. I motivi sono evidenti: i chioschi sono numerosi, non sono necessari lunghi e costosi viaggi per raggiungerli, non ci sono attese, non si paga nessuna tariffa per la "consultazione medica", si possono ottenere farmaci senza alcuna prescrizione e si possono acquistare farmaci a seconda del denaro disponibile, che siano o meno adeguati, che bastino o meno ad un trattamento completo. Il danno per la salute di individui e popolazioni è evidente, ma il governo non ha la capacità di regolamentare queste strutture^{3,4}.

Il finanziamento dei servizi sanitari

Secondo un dettagliato studio pubblicato dal Ministero della Sanità nel 2004, la spesa sanitaria totale, nell'anno finanziario 2000-2001, è stata pari a 815 miliardi di scellini ugandesi (circa 462 milioni di dollari americani). Questo equivale a circa 20 dollari a persona. Il contributo pubblico è stato pari al 42% del totale. La voce "contributo pubblico" comprende i fondi governativi e quelli messi a disposizione dai donatori come sostegno diretto al bilancio dello stato. Il contributo diretto del governo alla spesa sanitaria totale è stato

pari a circa il 18 % del totale (144 miliardi di scellini). La spesa sanitaria attribuibile ai pagamenti diretti effettuati dalle famiglie, è stata di 371 miliardi di scellini, pari a circa il 46% del totale. Riassumendo, ed esprimendo le cifre sopra riportate in dollari americani, la spesa sanitaria totale, nel 2000/2001, è stata pari a circa 20 \$ a testa. Di questi, il governo ne ha speso 3, i donatori 5, le famiglie 9. I restanti 3 dollari sono stati spesi da organizzazioni parastatali, datori di lavoro (sotto forma di assicurazioni e pagamenti diretti) e unità sanitarie appartenenti al settore privato non lucrativo⁵. La spesa sanitaria pubblica equivaleva, nel 2001, a circa il 7,4% del totale della spesa pubblica. Nell'anno finanziario 2004/2005 è stata pari al 9,6%. Il Ministero della Sanità vorrebbe che fosse portata almeno al 15% entro il 2013⁵. Difficile che questo succeda, specialmente se donatori importanti ritireranno il loro supporto alla spesa pubblica (alcuni, come Inghilterra, Irlanda, e Svezia, hanno già sospeso parte dei loro aiuti a causa di quello che loro definiscono un “*cammino incerto verso la democrazia*”).

L'abolizione dei servizi a pagamento nelle strutture governative

Durante la campagna elettorale del 2001, il Presidente promise di abolire il pagamento delle tariffe da parte degli utenti nelle strutture sanitarie governative (*user fees*). La promessa è stata mantenuta e l'utilizzazione dei servizi sanitari governativi è considerevolmente aumentata: le visite ambulatoriali sono passate dai nove milioni del 1999/2000 ai 17.7 milioni del 2002/2003⁵. Non ci sono dati disponibili che testimoniino della gamma dei servizi erogati e della loro qualità. In ogni caso, questo straordinario aumento nella utilizzazione dimostra una realtà apparentemente ovvia: che le tariffe imposte per l'erogazione dei servizi sanitari sono un forte deterrente alla loro utilizzazione da parte della popolazione, specialmente da parte dei suoi strati più poveri (che, numericamente, sono i più consistenti).

Un studio, basato sulle *Household Surveys* effettuate dall'OMS in Uganda nel 1997, 2000 e 2003, ha confermato l'aumento dell'utilizzazione dei servizi sanitari di base dopo l'abolizione delle *user fees*, evidente soprattutto per le classi economiche più svantaggiate. Questo studio ha anche però dimostrato che l'incidenza delle *cata-*

strophic health expenditure (spese catastrofiche per la salute) tra i poveri non è invece diminuita. La diminuita disponibilità di farmaci essenziali nelle strutture pubbliche può aver forzato il ricorso alle farmacie private, così come la richiesta di pagamenti informali da parte degli operatori sanitari, a compensare la perdita di entrate legate alle *user fees*, potrebbe essere aumentata⁶.

In contesti di povertà estrema, anche l'introduzione di politiche sociali avanzate può avere, nel breve termine, esiti negativi. Ad esempio, l'abolizione, nel 1996, delle tasse scolastiche per il ciclo di istruzione primaria ha portato, nel giro di quattro anni, al triplicarsi dei bambini iscritti alle scuole elementari⁷. In un sistema scolastico arretrato e con numeri già insufficienti di strutture ed insegnanti, questo ha portato ad una notevole diminuzione della qualità dell'insegnamento. Il risultato è stato quello di aumentare il divario sociale fra i poveri, senza possibilità di scegliere e costretti ad inviare i loro figli nelle scuole pubbliche e i ricchi, che inviano i loro figli nelle scuole private, costose e con buoni livelli qualitativi di insegnamento. Questo tipo di iniquità nel presente, ipoteca il futuro degli strati più poveri per lungo tempo, visto che condiziona l'accesso all'istruzione di livello secondario e terziario. Questo risulta chiaro quando si consideri che, nel 2004, il 40% degli studenti universitari proveniva dall'1% più ricco della popolazione¹.

Tutto ciò non inficia la validità della politica adottata. Sottolinea che, in contesti di povertà, anche misure socialmente avanzate possono portare a risultati non positivi. Per conseguire i risultati desiderati, sono necessari investimenti ingenti e, soprattutto, sostenuti nel tempo. Se il governo (con l'indispensabile contributo dei donatori) continuerà ad investire significativamente nel settore educativo, nel lungo termine, la politica darà i risultati sperati. Nel lungo termine.

Allo stesso modo, l'abolizione delle tariffe nelle strutture sanitarie governative ha portato, nel breve termine, ad una riduzione della qualità dei servizi erogati (legata, per esempio, al sovraffollamento delle strutture e alla mancanza di farmaci per far fronte all'aumentata domanda) e ad un maggiore svantaggio comparativo delle fasce più povere della popolazione rispetto a quelle più ricche (che possono rivolgersi a costose strutture private).

Le disuguaglianze nella salute

Il governo ugandese ha fatto della lotta alla povertà uno dei suoi obiettivi principali e uno dei temi più importanti della sua propaganda politica. Precedendo di un paio d'anni l'introduzione dei cosiddetti "*Poverty Reduction Strategy Papers*" da parte della Banca Mondiale, il governo Ugandese ha elaborato il suo primo "Piano d'Azione per l'Eradicazione della Povertà" ("*Poverty Eradication Action Plan*" – PEAP -) nel 1997. Lo ha rivisto nel 2000 e lo ha riformulato nel 2004¹, L'ultima versione del PEAP, che dovrebbe ispirare la politica economica e sociale del governo, è imperniata su cinque "pilastri": 1) la gestione macroeconomica; 2) l'aumento della produttività, della competitività e dei redditi; 3) la sicurezza, la risoluzione dei conflitti e la gestione dei disastri; 4) il buon governo; 5) lo sviluppo umano.

Come già riferito, la percentuale della popolazione che vive al di sotto della soglia di povertà è diminuita considerevolmente fra il 1993 e il 2000 (dal 52% al 35%) per aumentare fra il 2000 e il 2003 (dal 35% al 38%). La popolazione urbana che vive al di sotto della soglia di povertà è calcolata attorno al 12%, mentre quella rurale è calcolata attorno al 41%. Questo non significa che la popolazione urbana goda, nella sua totalità, di buone condizioni di vita. Il 60% di essa vive in condizioni di sovraffollamento in quartieri che sono vere e proprie "bidonvilles", senza accesso all'acqua potabile, senza sistemi adeguati per lo smaltimento dei rifiuti solidi, con alta incidenza di malattie infettive¹.

Disuguaglianze anche più stridenti sono rivelate dalla disaggregazione di questi dati a livello regionale: il 12% della popolazione della Regione Centrale vive al di sotto della soglia di povertà; la percentuale sale al 31% nella Regione Occidentale, al 46% nella Regione Orientale e al 64% nel Nord¹. Il Nord del paese è travagliato da una guerriglia ormai ventennale. Le voci più critiche del governo e della sua politica economica e sociale sostengono che la situazione è peggiore di quella suggerita dalle statistiche ufficiali e che il modo in cui la povertà è misurata è scorretto: considerare la povertà solamente nel suo aspetto finanziario, legato al reddito, fa perdere di vista altri aspetti importanti quali la mancanza di scelte, la mancanza di pote-

re, l'esclusione sociale, la discriminazione².

Nonostante la crescita economica degli ultimi 20 anni, le condizioni generali di salute dell'intera popolazione non sono certo migliorate. Anzi.

Fra il 1995 e il 2001 il tasso di mortalità infantile è passato dall'81/1000 all'88/1000; quello di mortalità dei bambini al di sotto dei 5 anni dal 147/1000 al 152/1000; la speranza di vita alla nascita è passata da 52 a 47 anni; il tasso di mortalità materna è rimasto pressoché invariato a 505/100.0000 nati vivi; il tasso totale di fertilità è rimasto invariato a 6,9 nascite per donna, uno dei più alti del mondo⁸.

Anche in questo caso la disaggregazione dei dati rivela notevoli differenze fra i diversi strati della popolazione. Il tasso di mortalità infantile registrato nel 20% più ricco della popolazione è del 62/1000, mentre quello registrato nel 20% più povero del 105/1000. Il tasso totale di fertilità delle donne appartenenti al 20% più ricco è di 4,1 nascite, mentre quello delle donne appartenenti al 20% più povero è di 8,5 nascite⁹. Il 20% più ricco della popolazione spende, in cure mediche, circa 10 volte di più di quanto non spenda il 20% più povero¹. Questo, nonostante il 20% più povero si ammali almeno 2,4 volte di più del 20% più ricco⁴.

Le diseguaglianze nell'assistenza sanitaria

Secondo il Ministero della Sanità ugandese occorrerebbe una spesa pubblica pari ad almeno 28 dollari all'anno a testa, a fronte degli attuali 9 dollari, per assicurare l'erogazione dei servizi sanitari minimi all'intera popolazione.

Se si tiene conto che 9 dollari corrispondono a molto meno dell'uno per cento della spesa sanitaria pubblica dei cittadini europei si comprende bene quanto basso sia il livello dell'offerta sanitaria a disposizione dei cittadini ugandesi.

Un bassissimo livello di servizi a fronte di un pesantissimo carico di bisogni in larga parte insoddisfatti, basti pensare all'epidemia di Aids.

L'Uganda viene regolarmente citata come il paese Africano che meglio ha fronteggiato l'epidemia. In effetti, grazie all'aperta fran-

chezza con la quale il problema è stato riconosciuto e affrontato, la prevalenza dell'HIV nella popolazione è passata dal 18% nel 1992 al 6,2% attuale. Le stime attuali parlano di circa 1.100.000 persone sieropositive. Di queste, almeno 150.000 necessitano di un trattamento antiretrovirale¹⁰. Alla fine del 2005, circa 67.000 persone ricevevano tale trattamento¹¹. E questo è da considerarsi un "successo" visto che, assieme a quella del Botswana, questa è la più alta copertura riscontrata, in Africa, per quanto riguarda il trattamento con antiretrovirali¹².

Un'offerta di servizi largamente deficitaria sia in termini di strutture che di personale.

A livello nazionale, il 72% della popolazione vive a meno di 5 Km da una istituzione sanitaria. Questo dato non dice niente sulla gamma e sulla qualità dei servizi ai quali la popolazione ha accesso. Inoltre, mentre l'accessibilità geografica ai servizi sanitari raggiunge il 100% nei distretti più ricchi, quali Kampala, Jinja, Mukono, e altri, si aggira attorno ad un misero 7% nei distretti più svantaggiati del nord-est del paese quali Kotido, Nakapiripirit ed altri⁹.

Il decentramento ha aumentato le disuguaglianze nella distribuzione e nella qualità dei servizi sanitari. Per esempio la disponibilità di servizi ostetrici di emergenza varia enormemente da luogo a luogo. Questo perché i distretti più ricchi e quelli con politici locali più influenti, che sono riusciti a convincere le organizzazioni non governative a lavorare nei loro distretti, hanno ottenuto migliori risultati².

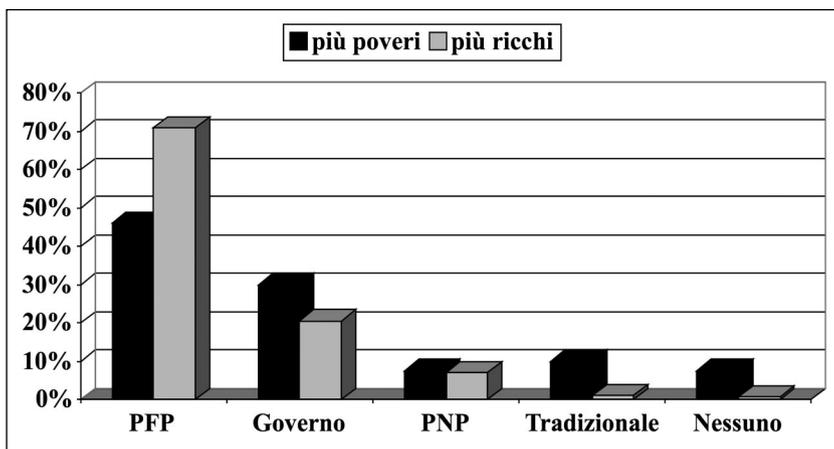
Nonostante i progressi degli ultimi anni, il personale sanitario adeguatamente formato è insufficiente. Il numero totale degli operatori sanitari, nel settore pubblico, si aggira attorno alle 30.000 unità⁹. Solo il 68% delle strutture è gestito da personale con formazione adeguata al livello di impiego (nel 1996 questa percentuale era del 51%). Il personale esistente è distribuito in modo ineguale e iniquo: i distretti più poveri e le aree rurali più disagiate soffrono più acutamente. Inoltre, 65 Centri di salute governativi di secondo grado, tutti in aree rurali, povere e disagiate, sono completamente privi di personale formato⁹. L'81 % dei farmacisti, il 76% dei dentisti, il 71% dei medici, il 64% degli infermieri, si trovano nella Regione Centrale

del paese, la più ricca, nella quale vive circa il 27% della popolazione totale¹³. Un esempio particolarmente significativo di maldistribuzione riguarda il personale medico: dei 648 medici attivi nelle strutture sanitarie governative nel 2003, 111 (il 17%) lavorava nel solo ospedale di Mulago, situato nella capitale¹⁴.

Oltre a motivazioni geografiche (città-campagna) e politiche (zone privilegiate per l'azione di politici influenti) esistono disegualianze nell'accesso e utilizzazione dei servizi sanitari determinate dalla classe sociale, come risulta da una ricerca effettuata recentemente in alcune aree del nord dell'Uganda⁴. Sebbene sia i più poveri che i più ricchi usino di più i servizi privati for-profit (PFP), i più ricchi sembrano usarli 1.5 volte più dei più poveri. I più poveri usano invece i servizi governativi 1.5 volte più dei più ricchi, mentre non vi sono differenze nell'uso dei servizi privati non-profit (PNP). I più poveri, infine, usano di più i servizi della medicina tradizionale oppure non ricorrono ad alcun tipo di servizio (Figura 1). La ragione più importante per usare i servizi PFP, in gran parte ambulatori e farmacie, era la vicinanza (41%). Altri fattori erano la percezione della malattia come lieve (15%) e l'abbordabilità economica (15%); queste le parole di un intervistato: "con i pochi soldi a disposizione, almeno si riceve qualcosa, cosa che non succede quando si va in una struttura governativa o PNP".

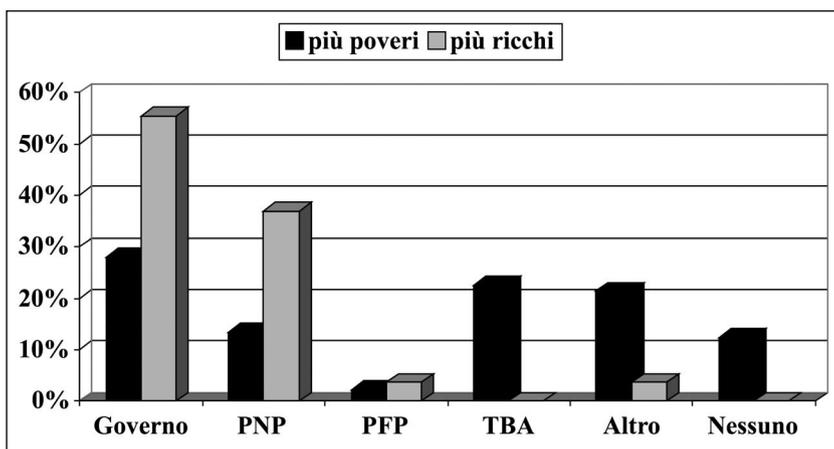
La Figura 2 mostra il tipo di servizio usato per il parto in relazione alla classe sociale. Le donne più ricche usano i servizi governativi o PNP più delle donne più povere. Queste ultime usano meno i servizi governativi e si servono molto di levatrici tradizionali e di altre persone non qualificate.

I risultati di questo studio non sorprendono: si confermano molte delle ipotesi riguardanti le iniquità nell'ambito dei servizi per la salute. I più poveri vivono più lontano dalle strutture del sistema sanitario ed impiegano più tempo e più soldi per raggiungerle. Si rivolgono allora di preferenza a strutture più vicine, soprattutto ambulatori e farmacie private, dove, in generale, i prezzi sono più bassi. Questo costo può risultare inferiore a quello pagato, per trasporti ed eventuali pagamenti sottobanco, presso strutture governative più lontane. I più poveri spendono anche una maggiore proporzione del loro reddito per acquistare servizi sanitari, rispetto ai più ricchi. Per far



Fonte: Nota bibliografica 4.

Figura 1 - Servizi sanitari usati per primi (%) per classe sociale.



Fonte: Nota bibliografica 4.

Figura 2. Servizi usati per il parto nei 12 mesi precedenti l'intervista per classe sociale.

ciò sono spesso costretti ad indebitarsi, a vendere dei beni o delle merci, o ad usare risparmi messi da parte per altre evenienze (le tasse scolastiche dei figli, per esempio).

Conclusioni

Sebbene gli obiettivi macroeconomici per il tasso di inflazione e per la crescita economica siano stati raggiunti durante il periodo 1987-2004, l'Uganda non è riuscita a costruire un sistema sanitario funzionante. Importanti obiettivi di salute e di sviluppo, quali quelli del "Millennium", non sono stati raggiunti a causa dei tetti di spesa imposti dal governo e sono stati abbandonati.

Si afferma che l'accesso ai servizi sanitari è aumentato grazie alla crescita delle cliniche private, tuttavia le disuguaglianze socio-economiche si sono dilatate e i poveri, che rappresentano la grande maggioranza della popolazione, stanno sempre peggio. I tetti di spesa per gli ospedali non hanno reso possibile l'incremento del personale o l'erogazione di una maggiore quantità di farmaci necessaria per trattare una popolazione in continua crescita. Le disuguaglianze nell'erogazione delle prestazioni sanitarie sono aumentate nella stessa misura con cui sono cresciute le disuguaglianze economiche; le differenze di reddito sono peggiorate dal 1992 (coefficiente di Gini 0.35) al 2003 (Coefficiente di Gini 0.45)¹ [Il Coefficiente di Gini è una misura di uguaglianza dove 0 rappresenta la perfetta uguaglianza e 1 la massima disuguaglianza, vedi anche nota del Capitolo 2.1.].

In indagini di popolazione commissionate dalla Banca Mondiale ed effettuate nel 1999, 2002 e 2004 la maggioranza delle persone ha espresso insoddisfazione sull'assistenza sanitaria, affermando che questa sta peggiorando. Una recente indagine sulle strutture ostetriche di emergenza in Uganda, esemplificativa dell'intero sistema sanitario, indica che l'efficienza tecnica (ovvero il livello in cui la quantità di medici e le procedure è conforme agli standard minimi) va dal 4% al 41%².

Note bibliografiche

¹ Ministero delle Finanze e della Pianificazione Economica, *Poverty Eradication Action Plan*, Kampala, 2004.

² S. Okuonzi, *Dying for economic growth? Evidence of a flawed economic policy in Uganda*, "Lancet", 2004, 364, 1632-1637.

³ V. Bwete, *Health seeking behaviour and expenditure patterns in Kyotera Health Subdistrict, Rakai District*, Tesi presentata alla Facoltà di Scienze Sanitarie dell'Università dei Martiri Ugandesi, Master of Science in Health services Management, Nkozi 2003.

⁴ J. Odaga, A. Cattaneo, *Health inequity in Uganda: the role of financial and non financial barriers*, 2004, *Health Policy and Development*, vol. 2, n. 3, 192-208.

⁵ Ministero della Sanità, *Financing Health Services in Uganda, 1998/1999-2000/2001: National Health Accounts*, Kampala 2004.

⁶ K. Xu, D.B. Evans, P. Kadama et al., *Understanding the impact of eliminating user fees: Utilization and catastrophic health expenditures in Uganda*, "Social Sciences and Medicine", 2006 Feb., 62(4), 866-76.

⁷ S. Okuonzi, H. Birungi, *Are lessons from the education sector applicable to health care reforms? The case of Uganda*, "International Journal of Health Planning and Management", 2000, 15, 201-219.

⁸ Uganda Bureau of Statistic and ORC Macro, *Uganda Demographic and Health Survey 2000-2001*, Maryland, Calverton 2001.

⁹ Ministero della Sanità, *Health Sector Strategic Plan II, 2005-2006/2009-2010*, Kampala, 2005.

¹⁰ Nazioni Unite, *Common Country Assessment, Uganda*, Kampala 2004.

¹¹ Ministero della Sanità, *Annual Health Sector Performance Report, Financial Year 2004/2005*, Kampala 2005.

¹² UNAIDS/WHO, *Progress on global access to HIV antiretroviral therapy. An update on "3 by 5"*, Geneva 2005.

¹³ Ministero della Sanità, *Human Resources for Health Policy*, Final Draft, March 15, Kampala 2006.

¹⁴ Ministero della Sanità, *Human Resource Inventory*, Kampala 2004.

3.2.6. Moldova e Kazakhstan di Octavian Bivol*

Introduzione

I paesi dell'ex-Unione Sovietica e dell'Europa orientale negli ultimi 15 anni sono andati incontro a una fase di transizione. Dapprima, dal 1989, questi paesi hanno sperimentato un periodo di grave declino economico, ma dalla fine degli anni '90 la maggior parte delle economie hanno mostrato segni di ripresa, anche se non tutti, come la Moldova, hanno raggiunto il livello di PIL del periodo pre-transizione. Questo contributo si propone di analizzare, sulla base dei dati disponibili provenienti da Moldova e Kazakhstan, l'impatto di questa transizione sul funzionamento dei sistemi sanitari e sulle sue conseguenze in termini di equo accesso a servizi di qualità.

La struttura organizzativa e il finanziamento dei sistemi sanitari

Le difficoltà economiche e il sottofinanziamento del sistema sanitario hanno portato allo smantellamento del modello di sanità tipico delle repubbliche dell'ex-Unione Sovietica. Un modello completamente statalizzato, caratterizzato da una debole organizzazione di cure primarie e da una molto robusta (e inflazionata) rete ospedaliera¹. A causa di ciò i cittadini erano portati a rivolgersi direttamente agli ospedali.

Le riforme introdotte a partire dagli anni '90 sulla carta avrebbero dovuto portare a un forte sviluppo del settore delle cure primarie, ma ciò in realtà non è avvenuto (il settore assorbe solo il 10-15% della spesa sanitaria totale²). I sistemi sono ancora molto orientati verso la medicina ospedaliera, anche se a causa della mancanza di fondi si è assistito – in breve tempo – a una drastica riduzione dei

* Unicef Country Representative, Sofia, Bulgaria.

posti letto (dai 13 ai 7 posti letto x 1000 abitanti – Kazakhstan –, dai 12 ai 6 posti letto x 1000 abitanti – Moldova –, dal 1990 al 2000)³.

Anche il settore della sanità pubblica è stato penalizzato a causa della mancanza di fondi e ciò ha prodotto notevoli difficoltà nell'approvvigionamento dei vaccini e nella copertura vaccinale (vedi epidemie di difterite nella metà degli anni novanta).

Un'altra conseguenza delle trasformazioni degli ultimi 15 anni è stata la tendenza degli operatori sanitari a concentrarsi nelle città, dove ci sono maggiori opportunità di attività privata, lasciando sgurante le aree rurali.

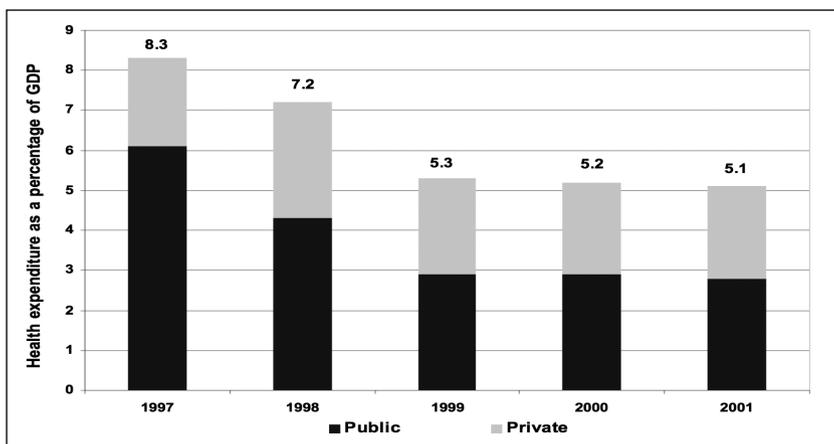
Dal punto di vista dell'organizzazione dei sistemi sanitari in Kazakhstan nel 1996 si tentò di allestire un sistema di assicurazioni sociali obbligatorie, un progetto abortito solo tre anni dopo, nel 1999. In Moldova teoricamente il governo dovrebbe erogare gratuitamente a tutti i cittadini un pacchetto di prestazioni di base essenziali, in realtà attraverso richieste di pagamenti formali e informali nessuna prestazione è gratuita.

La crisi economica che si è abbattuta sui paesi dell'ex-Unione Sovietica ha avuto pesanti ripercussioni sul finanziamento dei sistemi sanitari, a cui si è aggiunta una forte tendenza alla privatizzazione dei servizi sanitari. Si è così assistito a una riduzione della parte del PIL destinato alla sanità e contemporaneamente a una riduzione della componente pubblica della spesa sanitaria totale, come chiaramente dimostra la Figura 1, relativa alla Moldova.

Nella Tabella 1 sono riportati per Moldova e Kazakhstan i dati relativi alla spesa sanitaria pubblica sia in termini monetari, che di percentuale del PIL. Più recentemente il Kazakhstan sta registrando un miglioramento dovuto a crescita economica sostenuta.

Tabella 1. Moldova and Kazakhstan. Spesa sanitaria pubblica come % del PIL e come spesa pro-capite in dollari US. 1998-2002.

Indicatore/Anno	1998	1999	2000	2001	2002
Moldova (% PIL)	4.2	2.7	2.7	2.5	3.2
Moldova (US\$)	17	8	10	11	16
Kazakhstan (% PIL)	1.9	2.1	1.9	1.6	1.8
Kazakhstan (US\$)	29	24	24	27	30



Fonte: Banca Mondiale

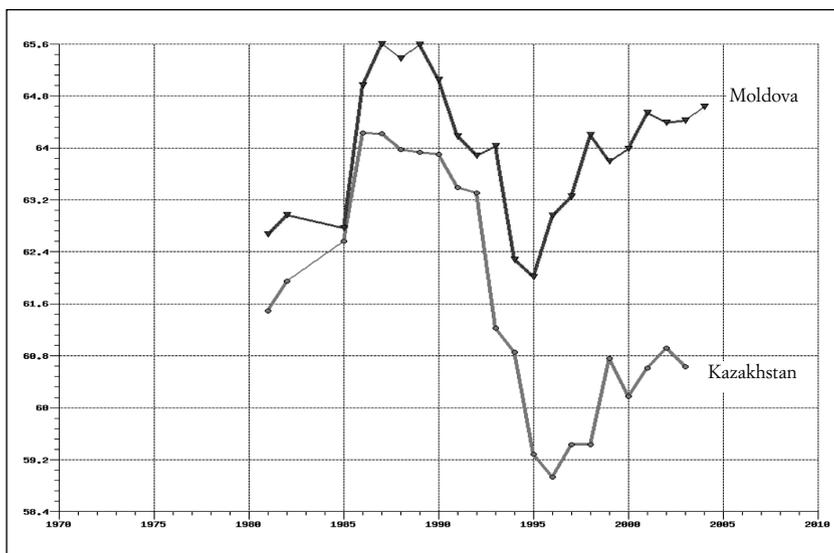
Figura 1. Spesa sanitaria pubblica e privata, come percentuale del PIL. Moldova. Anni 1997-2001.

Nel 2002 la componente pubblica rappresentava in Moldova il 59,3% della spesa sanitaria totale; in Kazakhstan il 53,6%.

La contrazione della spesa sanitaria pubblica ha avuto come conseguenza il trasferimento dei costi dell'assistenza sanitaria sui bilanci delle famiglie, attraverso pagamenti formali e informali. La spesa *out-of-pocket* (pagamento diretto delle prestazioni) – come vedremo successivamente – rappresenta uno dei principali impedimenti nell'accesso ai servizi sanitari.

Diseguaglianze nella salute

Il periodo della “transizione” ha avuto pesanti effetti sulla salute delle popolazioni, come è già stato fatto notare nel Cap. 1.2. di questo Rapporto a proposito del “caso Russia”. Una situazione analoga si è verificata anche in altri paesi dell'ex-Unione Sovietica. Dalla fine degli anni 80 alla metà degli anni 90 si è registrata una netta caduta della speranza di vita alla nascita in Moldova (-3 anni) e Kazakhstan (-5anni); negli anni successivi in Moldova vi è stato un sostanziale ritorno alla situazione pre-transizione, mentre in Kazakhstan il recupero è stato solo parziale (Figura 2).



Fonte: OMS

Figura 2. Speranza di vita alla nascita (uomini) Moldova e Kazakhstan. Anni 1981-2004.

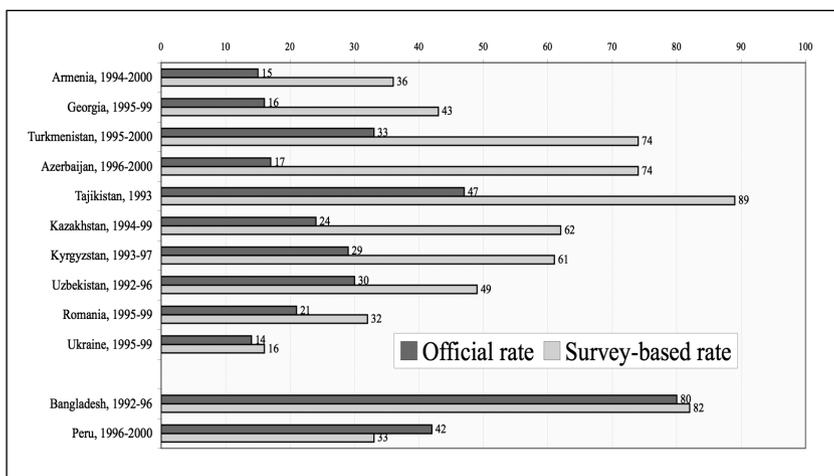


Figura 3. Tasso di Mortalità Infantile (x 1000) in paesi selezionati. Differenze tra dati ufficiali e dati provenienti da surveys.

La mortalità infantile e quella dei bambini al di sotto dei 5 anni, come la speranza di vita alla nascita, sono i più comuni indicatori per valutare lo stato di salute di un determinato paese. È noto che il sistema sanitario di per sé può contribuire solo in una misura relativamente piccola al miglioramento dello stato di salute di una popolazione. Altri determinanti della salute sono i fattori socio-economici e ambientali, gli stili di vita e i fattori biologici individuali. Tuttavia il ruolo dei servizi sanitari rimane importante dato che molti casi di morte e di malattia possono essere prevenuti dall'intervento dei servizi sanitari. La maggior parte dei paesi dell'ex-Unione Sovietica ha registrato una riduzione dei tassi di mortalità infantile e dei bambini al di sotto dei 5 anni rispetto al periodo pre-transizione. Tuttavia alcuni fattori devono essere presi in considerazione quando si leggono questi dati. Per esempio nello stesso periodo si è verificato un rilevante declino nel tasso di natalità: in Moldova questo è passato dal

Tabella 2. Kazakhstan. Mortalità infantile e dei bambini al di sotto dei 5 anni (per 1000 nati vivi), prevalenza di febbre, diarrea e infezioni respiratorie acute e livello di reddito delle famiglie.

Indicatore	Quintili di reddito					Media	Rapp. Più basso/ Più alto
	Più basso	Secondo	Medio	Quarto	Più alto		
Mortalità infantile	67.6	65.3	65.	27.3	42.3	54.9	1.60
Mortalità dei bambini al di sotto dei 5 anni	81.9	73.1	72.3	35.7	44.8	63.0	1.83
Prevalenza di febbre	14.5	8.7	13.3	14.1	9.5	12.3	1.53
Prevalenza di diarrea	14.0	11.4	15.5	13.1	12.5	13.4	1.12
Prevalenza di infezioni respiratorie acute	2.7	3.9	2.8	3.9	1.1	3.0	2.45

Fonte: Davidson R. Gwatkin, Shea Rutstein, Kiersten Jobson, Eldaw Abdalla Suliman, Adam Wagstaff, and Agbessi Amouzou, *Socioeconomic Differences in Health, Nutrition, and Population in Kazakhstan*, 2nd ed. Washington, D.C.: The World Bank, forthcoming.

18,9 per 1000 abitanti del 1989 al 10 per 1000 del 2001, in Kazakhstan dal 23,4 al 14,8⁴.

Deve inoltre essere considerata la qualità dei sistemi di registrazione, messa in discussione confrontando i dati tratti dalle statistiche ufficiali con quelli rilevati da indagini ad hoc (survey)⁵. Come si può notare nella Figura 3, in alcuni paesi le differenze sono notevolissime; in Kazakhstan, ad esempio, il dato ufficiale della mortalità infantile è di 24 per mille nati vivi mentre il dato della survey è di 62 per 1000 nati vivi.

Vi è una forte eterogeneità nella distribuzione della mortalità e della morbosità tra vari gruppi di popolazione, in relazione al loro reddito. La Tabella 2 mostra al riguardo i risultati di uno studio effettuato in Kazakhstan.

Diseguaglianze nell'assistenza sanitaria

Le trasformazioni della transizione hanno avuto un forte impatto sull'accesso della popolazione ai servizi sanitari. Quelli che riportiamo di seguito sono studi sulla qualità e l'accessibilità dei servizi sanitari condotti in Moldova e Kazakhstan con il supporto dell'Unicef.

Moldova. Lo studio è stato condotto nel 2000 su un campione di 10.370 famiglie. L'accessibilità geografica è risultata soddisfacente: il 97,1% della popolazione vive a meno di 5 km da una struttura sanitaria e il 93,5% impiega meno di un ora per raggiungerla. Ben diversa la situazione dal punto di vista delle barriere economiche, perché – a causa di questo motivo – più della metà della popolazione (55,4%) denuncia gravi difficoltà nell'accesso ai servizi sanitari, con il 15,3% della popolazione che non riesce proprio ad accedervi. La percentuale di coloro che non riescono ad accedere ai servizi sanitari a causa del loro costo è più alta nelle zone rurali (18,1%) rispetto alle aree urbane (11,9%).

La survey ha inoltre messo in evidenza che il 33,5% della popolazione è finanziariamente vulnerabile in caso di malattia: le famiglie più esposte sono quelle con quattro (56,6%) e con tre figli (42%), le famiglie con basso livello economico ((47,9%), le persone con basso livello d'istruzione (42,9%), la popolazione delle aree rurali (41,3%)

rispetto a quella delle città (24,1%).

Le spese a carico delle famiglie in caso di malattia sono molto elevate, tenendo conto che il salario medio di una famiglia è di 40-45\$ (500-570 Lei) al mese: 67\$ (846 Lei) per un ricovero ospedaliero, 16\$ (212 Lei) per un trattamento specialistico, 13\$ (170 Lei) per un intervento di base. Oltre il 50% dei costi è dovuto alla spesa farmaceutica.

Kazakhstan. Abbastanza simile la situazione in Kazakhstan, dove lo studio condotto dall'Unicef ha interessato 1.925 famiglie in 5 regioni del paese. Anche qui il fattore economico rappresenta una barriera all'accesso ai servizi per una parte rilevante della popolazione: circa due terzi della popolazione hanno difficoltà nell'ottenere le prestazioni a causa della richiesta di pagamento (nel sud del paese si arriva all'84% delle famiglie). Per il 21% delle famiglie i costi delle cure ne precludono totalmente l'accesso. Anche in Kazakhstan il differenziale campagna/città si fa sentire: nelle aree rurali per il 77% della popolazione il dover pagare le prestazioni sanitarie rappresenta un deterrente all'accesso, mentre nelle città questa percentuale si abbassa al 59%.

Per circa l'80% degli intervistati a livello di cure primarie il costo medio di un episodio di cura (trasporto, visita medica, esami diagnostici, terapia) è di circa 10 dollari (1.567 KZT). Ciò vale sia nelle campagne che in città (ma il costo del trasporto è più alto per i residenti nelle aree rurali), sia tra i gruppi più poveri che tra quelli più ricchi. Ciò prova la natura recessiva dei pagamenti *out-of-pocket*.

Le barriere economiche agiscono maggiormente quando si tratta di assistenza specialistica e ospedaliera. Il 97% di coloro che si rivolgono all'ospedale sono tenuti a pagare: il costo medio di un ricovero è di 59 dollari (8.827 KZT). Ciò equivale al 120-140% del reddito mensile di una famiglia povera, e al 60-65% del reddito mensile di una famiglia benestante. I ricoverati in ospedale pagano per ogni singola prestazione: farmaci, visite, esami, pasti, etc. Molte persone hanno difficoltà a ottenere l'erogazione dei farmaci, per i quali viene richiesto il prezzo pieno; circa il 20% dei ricoverati non li può acquistare per mancanza di soldi.

Il pagamento diretto delle prestazioni interessa dal 75 al 90% della

popolazione e ciò rappresenta un serio ostacolo all'accesso alle cure.

Conclusioni

I dati presentati dimostrano una crescente disuguaglianza nella salute in entrambi i paesi analizzati. In particolare i dati sull'accesso ai servizi suggeriscono che il miglioramento dell'economia dovrebbe essere accompagnato da politiche mirate a proteggere la popolazione più a rischio, al fine di ridurre le disuguaglianze.

La barriera economica è un'importante impedimento nell'accesso ai servizi; l'acquisto dei farmaci rappresenta la più importante componente della spesa *out-of-pocket*. I politici dovrebbero considerare l'erogazione dei farmaci in forma gratuita o semi-gratuita come un'indispensabile componente di un altrettanto indispensabile pacchetto di prestazioni essenziali.

Il confronto con il periodo pre-transizione è impossibile per mancanza di dati. Un monitoraggio della situazione è indispensabile per registrare eventuali cambiamenti dell'accesso ai servizi, specialmente in un momento in cui risorse aggiuntive dovrebbero essere incanalate nel sistema sanitario.

Contemporaneamente dovrebbe essere tenuta sotto controllo l'efficienza allocativa, per verificare che le risorse vengano impiegate in interventi *evidence-based*. Tutto ciò dovrebbe stimolare la ricerca operativa finalizzata allo studio di come i programmi raggiungono i gruppi più vulnerabili della popolazione con interventi efficaci, e come questi programmi diventino sostenibili.

Note bibliografiche

¹ T. Angelus, *Ethics and Priorities in Health Care*. The Hungarian Perspective Available from: <http://www.unituebingen.de/egm/ethik/priorities/HU.PDF#search=semasko%20model>

² Rifat A. Atun, *Review of Experience of Family Medicine in Europe and Central Asia*, World Bank, Moldova Case Study 2005.

³ Health for All Data. www.who.dk/

⁴ MONEE Database, UNICEF.

⁵ Social Monitor, 2003, UNICEF, Innocenti Research Center, Florence.

3.3. Le diseguaglianze nell'assistenza sanitaria di Marco Geddes da Filicaia*

Secondo l'OMS l'equità nell'assistenza sanitaria è definita come: a) eguale accesso all'assistenza disponibile per uguale bisogno; b) eguale utilizzazione per uguale bisogno; c) eguale qualità di assistenza per tutti¹. Un "eguale accesso all'assistenza disponibile per uguale bisogno" implica il diritto eguale per tutti ad accedere ai servizi disponibili, un'equa distribuzione per tutto il paese in base ai bisogni di assistenza sanitaria, facilità di accesso in tutte le aree geografiche e rimozione delle altre barriere all'accesso. Laddove è negato il "diritto eguale per tutti" di accedere ai servizi sanitari è inevitabile che tale diseguaglianza si rifletta anche nell'utilizzazione dei servizi e nella qualità dell'assistenza. Ma può accadere che problemi di utilizzazione e qualità si verifichino anche in sistemi "universalistici" che garantiscono "diritto eguale per tutti".

Di ciò tratteremo in questo capitolo, rivolgendo la nostra attenzione alle diseguaglianze all'interno di un Paese.

Accesso ai servizi di base, specialistici e ai ricoveri ospedalieri

Partirò, per descrivere le differenze di accesso ai servizi di base, specialistici e ospedalieri, da due recenti contributi. Il primo studio² è il risultato dell'*Health Equity Research Group* dell'OECD, che ha valutato l'equità nell'accesso ai servizi di medicina di base e specialistici in 21 Paesi dell'OECD. I dati si basano su molteplici indagini campionarie effettuate fra il 1999 e il 2002 che hanno rilevato la frequenza delle visite con medici di base e specialisti e i livelli di bisogni sanitari. Risulta una maggiore frequenza di visite mediche a favore della popolazione più ricca in 9 Paesi ed i livelli maggiori di "iniquità" (uso il termine non a caso, poiché i dati sono "aggiustati" sul-

* Direttore sanitario, Ospedale S.M. Nuova. Azienda Sanitaria di Firenze.

la base dei bisogni di popolazione) sono raggiunti dai due Paesi (Usa e Messico) privi di un sistema sanitario pubblico o di assicurazione generalizzata. Il secondo dato è che il “riequilibrio”, in termini di frequenza di visite mediche, verso le categorie di popolazione più svantaggiata, si realizza negli altri Paesi grazie alla medicina di base, considerato che in tutti i Paesi i ricchi accedono in misura più rilevante alle visite specialistiche. Questa iniquità di accesso alle visite specialistiche risulta maggiormente accentuata in Portogallo, Finlandia e Irlanda. Anche l'Italia si colloca fra le nove nazioni con livelli di disuguaglianza nella frequenza di visite mediche e il maggior ricorso, in termini di frequenza, delle classi sociali meno agiate alle visite del medico di base, non elimina la forte differenza di probabilità, ad eguale livello di bisogno, di utilizzo “pro-ricchi” delle visite mediche complessivamente, grazie al ricorso delle persone a maggior reddito alle visite specialistiche³. L'altro dato ci deriva da un ampio studio longitudinale condotto in Toscana⁴. Le classi sociali svantaggiate (livello socio-economico) presentano un tasso di ricovero più elevato, che corrisponde tuttavia alla mortalità differenziale; tale dato evidenzia una risposta adeguata ad un bisogno assistenziale socialmente differenziato. L'equità di accesso all'ospedale, in termini pertanto “distributivi”, caratterizza altri Paesi in cui è presente un sistema sanitario universalistico.

Dati di significato opposto si rilevano invece negli Usa, dove anche la “distribuzione” (in termini di consumi per categorie di popolazione) di servizi ambulatoriali, prescrizioni farmaceutiche, accessi al pronto soccorso e ricoveri ospedalieri sono significativamente più bassi per settori di popolazione con stato di salute peggiore⁵. La copertura assistenziale determina, negli Usa, forti discriminazioni anche in situazioni di urgenza, così che una persona che richiede una visita di controllo dopo essere stata al Pronto soccorso, se ha Medicaid (programma assicurativo pubblico per alcune categorie di poveri) ha una probabilità inferiore di 29.4 punti percentuali di avere accesso rispetto a chi ha una assicurazione privata, mentre se pagasse direttamente (*cash*) tale differenza verrebbe annullata⁶.

Le disuguaglianze tuttavia riemergono anche in Italia quando si esamina la tipologia di ricovero e le caratteristiche della struttura ospedaliera. Lo studio longitudinale toscano evidenzia una diversità

nell'utilizzo del day hospital e della day surgery (per stesse classi di età e tipo di patologia), che risulta più elevato nelle persone con titolo di studio universitario. Le persone con scolarità elementare hanno una probabilità maggiore del 40% (maschi) di essere ricoverati inappropriatamente* e per i disoccupati maschi tale percentuale è del 50%. Dagli esempi sopra riportati è possibile trarre, seppure con prudenza, qualche indicazione generale.

La distribuzione di risorse, in termini di visite mediche e ricoveri, risulta abbastanza equa, vale a dire rispondente ad un carico di bisogni differenziati, in quei Paesi dotati di un sistema universalistico. Tuttavia le classi più alte, ed in ciò la letteratura è concorde^{7,8,9}, ricorrono in misura maggiore alla assistenza extra ospedaliera e specialistica e ricevono, in ambito ospedaliero, un utilizzo più appropriato. La diffusione, in Paesi in cui vi è un sistema sanitario nazionale, di forme assicurative integrative e parallele, può tendere ad incrementare tali differenze di ricorso a servizi specialistici¹⁰. Infine le fasce alte di popolazione, anche per la loro concentrazione in luoghi maggiormente serviti di strutture efficaci, utilizzano maggiormente servizi sanitari più qualificati. È pertanto comprensibile come tale fattore, a cui si aggiunge un maggior uso di servizi di prevenzione e diagnosi precoce, contribuisca ai differenziali di sopravvivenza.

Interventi di elevata efficacia

Le differenze di accesso a procedure diagnostiche e terapeutiche di provata efficacia presenta rilevanti disuguaglianze fra classi sociali, sessi, fasce di età, etnie.

L'interpretazione del fenomeno è, per la sua generalità, teoricamente semplice. Il soggetto più istruito, che ricorre a visite specialistiche in misura maggiore, che è a conoscenza dei progressi scientifici ed ha più facile accesso, per vicinanza abitativa, mobilità etc., a centri di eccellenza, usufruirà delle prestazioni innovative e a più elevata efficacia. Tuttavia la valutazione del singolo studio è sempre più complessa: sulla scelta di un intervento gioca un ruolo anche il grado di

* Si definisce come inappropriato un ricovero ordinario che dovrebbe essere effettuato in day hospital, sulla base di una serie di DRG identificati nel Decreto regionale 859/2002.

autonomia che una persona intende raggiungere, i rischi a cui vuole sottoporsi, la percezione del proprio stato fisico, le altre patologie di cui uno è eventualmente affetto (comorbidità). In questo paragrafo ci limiteremo a qualche esempio relativo a tre tipologie di prestazioni: protesi ortopediche, rivascularizzazione cardiaca, trapianti.

Protesi ortopediche. La protesi dell'anca, intervento di provata efficacia che elimina un'invalidità e la ridotta mobilità (spesso fonte di altre patologie), è effettuata in Inghilterra nei soggetti di classe sociale più bassa per il 20% in meno rispetto a quelli della alla classe sociale più benestante, a dispetto del fatto che vi è una necessità di circa il 30% in più. Infatti le classi sociali povere hanno patologie dell'anca assai più gravi¹¹.

Tale diseguaglianza, presente anche nel nostro Paese, è in parte attribuibile a fattori legati al paziente: differente percezione del dolore e della disabilità, minore disponibilità all'intervento chirurgico¹². Oltre alla povertà anche l'età, come suggeriscono dati inglesi, riduce la possibilità di accesso a tale prestazione in un sistema che sembra offrire di meno a chi ha più bisogno¹³.

La differenza di accesso alla protesi di anca e ginocchio caratterizza anche la popolazione femminile. Malgrado le donne abbiano una prevalenza significativamente maggiore degli uomini di artrite dell'anca e del ginocchio (1.76) sono sottoposte in misura minore ad artroplastica (0.78).

Rivascularizzazione cardiaca. Differenze di accesso alla procedura di rivascularizzazione cardiaca dopo l'infarto (angioplastica) sono presenti per classe sociale e per sistema assicurativo. Negli Stati Uniti i soggetti che integrano il Medicare (programma assicurativo pubblico per gli anziani) con un'assicurazione privata avevano una probabilità di oltre il 50% superiore di essere sottoposti a uno dei due interventi di vascolarizzazione (New York City Hospital: + 53% con CABG; + 69% con PTCA) e presentavano una mortalità inferiore di circa il 30% rispetto ai soggetti che usufruivano solo del Medicare¹⁴. Il dato sulla differenza di accesso a procedure cardiache post infarto è presente anche a svantaggio dei negri rispetto ai bianchi¹⁵.

Le procedure di vascolarizzazione sono applicate in misura diseguale anche alle donne. Ad esempio il dolore toracico viene trattato differentemente fra uomini e donne e le donne (oltre che le persone

di colore) hanno minore probabilità di essere sottoposte a cateterizzazione. Le donne hanno meno probabilità, indipendentemente dall'etnia e gravità, e le più svantaggiate sono le donne nere¹⁶. Tali diversità riguardano anche le classi di età anziane, che ad eguale livello di bisogno accedono con minor frequenza a prestazioni cardiologiche adeguate¹⁷.

Trapianti. Un altro settore di particolare rilevanza è rappresentato dai trapianti, per i quali vi sono liste di attesa ed un'ampia letteratura che esemplifica i criteri di accesso a tale prestazione come possibili esemplificazione di modalità distributiva di un bene limitato secondo criteri di giustizia locale¹⁸.

Una review di Epstein A.M.¹⁹ evidenzia negli Usa forti disuguaglianze a svantaggio della popolazione negra. I motivi di tale discriminazione sono molteplici: vi è in primo luogo una minor probabilità di essere classificati come possibili candidati (sovrappeso, infezioni in atto, comorbilità); tuttavia anche fra i pazienti che erano eleggibili, i negri erano svantaggiati nei vari step che precedono il trapianto (non valutazione completa, non inseriti in lista di attesa) cosicché l'accesso ai trapianti era di 16.9% nei negri rispetto a 52.0% nei bianchi. Anche in un sistema universalistico come quello italiano dove non vi sono barriere economiche al trapianto di rene, l'accesso (regione Lazio) è assai diversificato per livello di istruzione, cosicché le persone con livello di istruzione superiore e quelle con laurea hanno una probabilità di ricevere il trapianto superiore al doppio (rispettivamente 2.53 e 2.71) rispetto al livello di istruzione più basso²⁰.

Differenze nella qualità delle prestazioni

La differenza di accesso alle prestazioni di elevata efficacia è di per sè un elemento qualitativo e pertanto questo paragrafo si ricollega ed in parte si sovrappone al precedente, evidenziando tuttavia alcune caratteristiche della discriminazione, talora meno appariscenti e più "personalizzate" (cioè dipendenti dal comportamento del singolo operatore).

Un primo esempio ci deriva dall'Inghilterra. Il medico di base (*General Practitioner*) ha una distribuzione territoriale non omoge-

nea, con una minor presenza nella zone del Paese più deprivate. Tale fatto comporta una ridotta disponibilità di tempo, pari al 3.4% del tempo in meno per ogni punto della scala di deprivazione²¹.

Il fattore territoriale (area depressa, zona rurale etc.) gioca un ruolo di rilievo nella selezione qualitativa delle prestazioni accessibili per patologie rilevanti (tumori), anche nei Paesi dotati di sistemi sanitari universalistici. Fattori quali l'utilizzo di un centro diagnostico di livello inadeguato, la conseguente minore possibilità di stadiazione del tumore, l'avvio di un percorso più lungo e complesso per pervenire ad una diagnosi definitiva o per accedere all'intervento, sono fortemente selettivi. Uno studio in Scozia²² evidenzia che la sopravvivenza per il tumore del polmone e del colon retto è minore per i pazienti che vivono a maggiore distanza da un centro oncologico e che ciò è dovuto a diagnosi in stadio più avanzato. Il tumore polmonare risultava metastatizzato nel 42% dei pazienti residenti oltre 55 Km dall'ospedale e solo nel 33% dei residenti nell'area più prossima (5 Km). Per il tumore colon rettale le rispettive percentuali erano il 24% e il 16%.

In un sistema sanitario che viene considerato fra i migliori a livello mondiale (Francia) si evidenziano situazioni analoghe: i malati di tumore del colon retto residenti in aree rurali sono trattati in misura minore in centri specialistici (40.0% vs. 53.4%) e questo non è attribuibile solo alla distanza, ma ad altri meccanismi di discriminazione.

Anche la tipologia di intervento è connessa alla residenza. Le donne che vivono in zone rurali hanno una probabilità (dato australiano) di ottenere una ricostruzione della mammella dopo asportazione del tumore, di circa la metà rispetto alle donne residenti in area urbana²³.

Dati provenienti dagli Stati Uniti introducono un altro fattore di discriminazione: il sistema di protezione assicurativa. La mortalità per tumore del colon retto è più elevata, di oltre il 40% nei soggetti con Medicaid rispetto a quelli con assicurazione privata e il percorso diagnostico-terapeutico (chirurgia, radioterapia, chemioterapia) spesso diversificato²⁴.

Uno degli elementi che può pesare è la tipologia di ospedale, nel senso che negli ospedali generali o pubblici (*rural hospitals*) vi è un livello qualitativo assistenziale che dà luogo, oltre che a interventi più

demolitivi, a una ridotta sopravvivenza. Anche tale dato è stato evidenziato in Australia per tumore polmonare e tumore della mammella, ed è connesso specificamente alle caratteristiche dell'ospedale²⁵. Le differenze di trattamento per motivi razziali sono diffuse e profonde. Un editoriale del *New England Journal of Medicine*²⁶ richiamava l'attenzione sul fatto che le persone di colore, anche quando non differiscono per assicurazione e livello sociale, sono sottoposti in misura minore a interventi curativi (*curative surgery*) per tumore polmonare allo stadio precoce, tumore del colon e della mammella e che la differenza di mortalità per tumore polmonare allo stadio precoce è sostanzialmente spiegabile per tali motivi. L'altro dato che emerge è una carenza di trattamento del dolore, per motivi di sottovalutazione, ma anche per mancanza di oppiacei nelle farmacie frequentate da persone di colore (motivi di sicurezza), con rilevanti problemi per il trattamento a domicilio dei malati terminali etc..

Come abbiamo già osservato anche le caratteristiche degli interventi chirurgici variano per classe socio economica riservando, se così possiamo esprimerci, gli interventi più demolitivi ed estensivi alle persone appartenenti ai livelli sociali più bassi. Tale prassi è presente anche nel nostro Paese rispetto alle donne per quanto riguarda l'area ostetrico-ginecologica. È stata infatti studiata l'associazione fra parto cesareo e classe sociale, in considerazione anche che l'uso del parto cesareo si sta, inappropriatamente, diffondendo anche rispetto a pochi anni orsono. I dati sui parti a Roma dal 1990 al 1996 hanno messo in luce un fatto a prima vista inatteso: la bassa istruzione sembra essere un fattore che favorisce il parto naturale, ma quando si tiene conto dell'età della partorienti si evidenzia invece che le donne con più bassa istruzione hanno un rischio maggiore del 23% delle laureate di essere sottoposte a parto cesareo²⁷. Concentrando l'analisi sulle sole strutture pubbliche si evidenzia che le donne più svantaggiate hanno un rischio di essere sottoposte al parto cesareo del 50% superiore delle donne meno svantaggiate.

Anche per l'isterectomia in condizioni di benignità il titolo di studio rappresenta un elemento protettivo, poiché le donne con diploma di scuola media o di scuola superiore hanno un rischio di essere sottoposte a isterectomia rispettivamente del 20% e del 49% inferiore rispetto a una donna con licenza elementare²⁸.

Concludiamo questo paragrafo richiamando l'attenzione sul fattore età, elemento di possibile discriminazione, proprio in società in cui gli anziani sono in forte incremento. I motivi sono vari e riguardano anche la organizzazione dei servizi, che sono abitualmente frammentari e specialistici, così che più difficilmente si trattano adeguatamente soggetti con comorbidità o patologie multiple, che necessitano di un approccio generalista. Anche la preparazione degli studenti di medicina non è adeguata a trattare anziani e il tirocinio si svolge scarsamente in luoghi di lungodegenza, riabilitazione etc. Infine sperimentazione e linee guida sono maggiormente, o totalmente, "tagliate" su pazienti tipo, che sono di età non avanzata e mono patologia²⁹.

Conclusioni

Chi ha avuto la pazienza di percorrere questo insieme di dati forse si è già fatto un'idea dell'entità e diffusione del problema delle disuguaglianze all'interno dei diversi sistemi sanitari. Tuttavia, data l'ampiezza dei dati e la varietà delle problematiche, tenterò di tracciare in breve alcune "linee di tendenza" che emergono dall'analisi e indicare le iniziative che potrebbero contrastare le discriminazioni esistenti.

Assicurare una copertura assistenziale omogenea all'insieme della popolazione.

Il primo elemento che emerge è rappresentato, senza dubbio, dalle modalità di finanziamento del sistema sanitario. Appare evidente che diversi regimi assicurativi, specie quando non coprono la totalità della popolazione o i livelli essenziali di assistenza, comportano una differenza di diritti, che si ripercuote in termini qualitativi e quantitativi. L'esempio che ci proviene dagli Stati Uniti è ormai un classico che non ha bisogno di molti commenti (vedi anche Capitolo 3.2.3.). Recentemente due illustri economisti, Paul Krugman e Robin Wells hanno dedicato a tale tema una accurata riflessione³⁰, evidenziando la crescita inarrestabile dei costi (oramai al 16% del Pil), la riduzione della popolazione con copertura assistenziale (nel 2000 la copertura riguardava il 67.7% dei cittadini di età inferiore i 65 anni, nel

2004 si era ridotta al 63.1) e l'accentuarsi delle disuguaglianze in misura tale che un americano privo di assicurazione, a cui viene diagnosticato un tumore colon rettale, ha, rispetto ad uno assicurato, una probabilità maggiore del 70% di morire entro 3 anni! Si tenga inoltre conto dell'emergere di un fenomeno che era sostanzialmente superato nei Paesi ad economia avanzata: l'insorgere di povertà, anche estreme, quale conseguenza della malattia. Negli USA³¹, dove in un anno 1.458.000 famiglie sono andate in bancarotta, tale evento era provocato, nel 50% dei casi, da questioni sanitarie*. Il problema è di estremo rilievo nei Paesi con sistemi economici più deboli o nei Paesi in via di sviluppo. Il costo sostenuto da una famiglia per far fronte alle spese sanitarie ammonta al 2.5% del reddito in Paraguay e al 16.0% del Guatemala; un anno di trattamento di malaria incide per il 13% del reddito familiare in Nigeria e per il 18% in Kenya, con un meccanismo che, a causa delle politiche sociali spesso imposte da istituzioni internazionali, spinge verso la povertà³².

Migliorare i servizi territoriali

Come abbiamo visto le disuguaglianze sono presenti anche in sistemi universalistici, sebbene la distribuzione complessiva dell'assistenza risulti più equa; le classi sociali più disagiate utilizzano generalmente in misura maggiore la medicina di base. Se la medicina di base fosse l'effettivo inizio di un percorso appropriato, le disuguaglianze si attenuerebbero, anche per la possibilità di fare emergere bisogni che alcune categorie di popolazione (anziani, donne, poveri) percepiscono in misura minore, come nel caso della protesì dell'anca. Una serie di studi suggeriscono inoltre che la *primary care* può ridurre l'effetto, della influenza della classe sociale sulla mortalità, ad esempio per ictus^{33,34} attraverso una azione capace di agire su alcuni fattori di rischio che sono assai differenziati per classe sociale, (ipertensione, fumo, peso), ma anche con una diagnosi più tempestiva e con il coordinamento delle cure³⁵.

* Per situazione sanitaria si intende malattia o infortunio dell'intervistato (o del coniuge) nei 2/3 dei casi, di un figlio (13.3%) o di un anziano a carico (8.2%). Il 59.9% indica il problema nei costi della assistenza; 47.6% nei costi dei farmaci, e il 35.3% nella riduzione delle attività (l'intervistato poteva indicare uno o più problemi).

Modificare il ruolo dei piccoli ospedali integrandoli in un sistema a rete

La funzione dei piccoli ospedali, collocati in aree rurali, rappresenta spesso un fattore di diseguaglianza piuttosto che di capillarità di accesso ad adeguate terapie. Tale situazione, mi riferisco ai Paesi ad economia avanzata ed in particolare all'Europa, è spesso il risultato di un residuo campanilistico che da un lato isola il presidio ospedaliero periferico che offre risposte qualitativamente inadeguate e dall'altro favorisce, nei centri più qualificati, una selezione per classe sociale e luogo di residenza, variabili spesso fortemente interconnesse. In alcuni casi è più opportuno investire in infrastrutture viarie di collegamento piuttosto che nel mantenimento delle strutture di ricovero, eventualmente organizzando modalità di trasporto riservato a persone potenzialmente svantaggiate (anziani, categorie marginali, handicappati etc.), riconvertendo l'ospedale a struttura sanitaria di comunità. In altre situazioni, là dove la struttura ospedaliera può risultare – per rilevanti motivi geografici – indispensabile è necessaria una forte integrazione (informatica, procedurale, adozione linee guida etc.) con gli ospedali di riferimento nonché il contenimento delle funzioni di ricovero e l'utilizzo della struttura per funzioni preventive³⁶.

Programmare i servizi e rendere accessibili le informazioni

La disponibilità di ogni tipo di prestazione, lungo la filiera assistenziale, non è di per sé garanzia di equità. Oltre che evidenti problemi di sostenibilità, che quando emergono si ripercuotono sempre sui più deboli, il “supermarket” di prestazioni facilita scelte consapevoli solo alle fasce di popolazione con maggiore disponibilità economica, più alta scolarità e pertanto con un livello più ampio di informazioni in merito alla qualità e alla rispondenza delle prestazioni ai loro bisogni. È necessario quindi assicurare un accesso appropriato, una informazione adeguata, specie alle categorie più deboli (si pensi a settori come gli handicappati, i malati di Alzheimer, anziani soli, minoranze con problemi linguistici), per orientare e ampliare le possibilità di scelte consapevoli³⁷. Un ruolo talora distorto gioca, anche nell'ambito di sistemi universalistici, un “terzo pagante” (ad esempio l'assicurazione o la mutualità integrativa) qualora que-

sta vada a coprire prestazioni presenti nel servizio sanitario pubblico, orientando conseguentemente categorie di professionisti (ad esempio gli specialisti), verso settori di popolazione ad alto reddito, a discapito delle fasce più deboli. Tale fenomeno è attenuato o assente qualora invece l'assicurazione o mutualità integrativa sia orientata a prestazioni che sono (o dovrebbero essere) al di fuori dei Livelli essenziali di assistenza (cure termali, medicine non convenzionali, confort alberghiero in ricovero) o a funzioni di fatto al di fuori delle prestazioni sanitarie garantite (integrazione sociale a carico dei cittadini, cure dentali etc.).

Monitorare l'equità dei servizi sanitari

Un ultimo elemento su cui richiamiamo l'attenzione è la necessità di un costante monitoraggio dell'equità dei servizi sanitari, al fine di poter prendere i necessari provvedimenti, di tipo normativo, organizzativo e formativo. Variabili quali la residenza, la professione, la scolarità devono essere inserite nelle rilevazioni routinarie dei sistemi sanitari e analizzate in relazione alle valutazioni sulla qualità ed efficacia delle prestazioni. Si evidenzerebbe in tal modo che spesso, anche nei sistemi sanitari universalistici, quali quello italiano, l'equità è un valore trascurato, per le barriere da tempo esistenti e per nuovi ostacoli che si frappongono fra i servizi e le categorie più svantaggiate (si pensi ai nuovi problemi culturali e linguistici che presenta una società con forti presenze di popolazione immigrata), per stereotipi e pregiudizi che sono presenti fra gli operatori sanitari³⁸, non adeguatamente preparati ad affrontare un problema che presenta una nuova fisionomia. Per la preponderanza infine, rispetto agli indirizzi e agli interventi del settore pubblico, di una industria sanitaria che privilegia, nella ricerca di base, nella promozione di trial clinici e nella conseguente definizione dei protocolli terapeutici etc., problematiche e patologie proprie delle categorie che hanno maggiore disponibilità economica.

Note bibliografiche

- ¹ M. Whitehead, *The concepts and principles of equity and health*, World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen 1990.
- ² E. Van Doorslaer, C. Masseria, X. Koolman, *Inequalities in access to medical care by income in developed countries*, CMAJ, 2006, 177-83.
- ³ V. Atela, F. Brindisi, P. Beb, F.C. Rosati, *Determinants of access to physician services in Italy: a latent class seemingly unrelated probit approach*, Health Economics 2004, 13: 657-68.
- ⁴ A. Biggeri, A. Barchielli, M. Geddes, A. Pasqua, E. Bianchini, *Studio Longitudinale Toscano – Condizione socio-economica e ricovero ospedaliero a Firenze*, Regione Toscana: Studi e Ricerche; dicembre 2003.
- ⁵ S.T. Wong, C. Kao, J.A. Crouch, C.C. Korenbrot, *Rural American Indian Medicaid health care services use and health care costs in California*, "Am J. Public Health", 2006, 96: 362-70.
- ⁶ B.R. Asplin, K.V. Rhodes, H. Levy, N. Lurie, *et al.*, *Insurance status and access to urgent ambulatory care follow-up appointments*, Jama, 2005, 294: 1248-54.
- ⁷ U.G. Gerdtham, G. Sundberg, *Equity in the delivery of health care in Sweden*, "Scand. J. Soc. Med.", 1998, 26 (4), 259-64.
- ⁸ G. Pappas, W.C. Hadden, L.J. Kozak, G.F. Fisher, *Potentially avoidable hospitalisations: inequalities in rates between US socio-economic groups*, "Am J. Public Health", 1997, 87 (5): 811-16.
- ⁹ E. Van Doorslaer, A. Wagstaff, H. Van der Burg, T. Christiansen, *et al.*, *Equity in delivery of health care in Europe and in US*, "J. Health Economics", 2000, 18: 553-83.
- ¹⁰ J. Hurley, M. Grignon, *Income and equity of access to physician service*, CMAJ, 2006, 17: 187-8.
- ¹¹ E.C. Chan, *et al.*, *An additional dimension to health inequalities: disease severity and socio-economic position*, "J. Epidemiol Community Health", 1999, 53: 599-600.
- ¹² N. Agabiti, S. Picciotto, G. Cesaroni, F. Forastiere, C.A. Perucci, *Stato socioeconomico e interventi di protesì d'anca: uno studio retrospettivo a Roma*, Comunicazione al Congresso della Associazione Italiana di Epidemiologia, 2005.
- ¹³ P.C. Miller, J.N. Payne, R.C. Stanfield, P.A. Lewis, J.C. Saul, *Inequalities in accessing hip joint replacement for people in need*, "European Journal of Public Health", 2004, 14: 58-62.
- ¹⁴ J. Fang, *et al.*, *Does supplement private insurance affect care of Medicare recipients hospitalised for myocardial infarction?*, "Am J Public Health", 2004, 94: 778-82.
- ¹⁵ E. Ford, J. Newman, K. Deosaransingh, *Racial and Ethnic differences in the use of cardiovascular procedures*, "Am J. Pub Health", 2000, 90: 1128-34.
- ¹⁶ K.A. Schulman *et al.*, *The effect of race and sex on physicians' recommendation for cardiac catheterization*, NEJM, 1999, 340: 618-26.
- ¹⁷ A. Bowling, *Ageism in cardiology*, BMJ, 1999, 319: 1353-55.
- ¹⁸ J. Elster, *Giustizia locale – Come le istituzioni assegnano i beni scarsi e gli oneri necessari*, Feltrinelli, Milano 1995.
- ¹⁹ A.M. Epstein, *Racial disparities in access to renal transplantation*, NEJM, 2000, 343: 1537-44.
- ²⁰ M. Miceli, *et al.*, *Absence of economic barriers does not reduce disparities in the access to renal transplantation: A population based study in a region of central Italy*, "J. Epidem Community Health", 2000, 54: 157-58.
- ²¹ Dixon, *et al.*, *Is the NHS equitable? A review of evidence*, "LSE Health and social care", London 2003.

- ²² N.C. Campbell, *et al.*, *Rural and urban differences in stage at diagnosis of colorectal and lung cancers*, "British Journal of Cancer", 2002, 84: 910-14.
- ²³ S.E. Hall, *et al.*, *Inequalities in breast cancer reconstructive surgery according to social and location status in Western Australia*, EJSO, 2003, 29: 519-25.
- ²⁴ R.G. Roetzheim, N. Paul, E.C. Gonzalez, J.M. Ferrante, *et al.*, *Effects of health insurance and race on colorectal cancer treatments and outcomes*, "Am J Public Health", 2000, 90: 1746, 54-51.
- ²⁵ S.E. Hall, *et al.*, *The influence of socioeconomic and locational disadvantage on survival after a diagnosis of lung or breast cancer in Western Australia*, "Journal of Health Services Research & Policy", 2004, 9 2 S2: 10-16.
- ²⁶ H. Freeman, R. Payne, *Racial Injustice in health care*, NEJM, 2000, 342, 14: 1045-47.
- ²⁷ G. Cesaroni, F. Forestiere, C.A. Peducci, *Posizione socioeconomica e parto cesareo*, Comunicazione al Congresso della Associazione Italiana di Epidemiologia, 2005.
- ²⁸ *Determinants of hysterectomy and oophorectomy in women attending menopause clinics in Italy*, Progetto Menopausa Italia Study Group Maturitas, 2000, 36: 19-25.
- ²⁹ A. Tonks, *Medicine must change to serve an aging society*, BMJ, 1999, 319: 1450-51.
- ³⁰ P. Krugman, R. Wells, *The health care crisis and what to do about it*, "The New York Review of Books", March 2006.
- ³¹ D.U. Himmelstein, E. Warren, D. Thorne, S. Woolhandler, *Illness and injury as contributors to bankruptcy*, "Health Affairs", DOI10.1377/hlthaff.W5.63 W5 - 63, 2005.
- ³² D. McIntyre, M. Chiede, G. Dahlgren, M. Whitehead, *What are the economic consequences for households of illness and of paying for health care in low – and middle-income country contexts?*, "Social Science & Medicine", 2006, 62: 858-65.
- ³³ L. Shi, *et al.*, *Primary care, income inequality, and stroke mortality in United States, A longitudinal analysis, 1985-1995*, "Stoke", 2003, 34.
- ³⁴ L. Shi, *et al.*, *Income inequality, primary care and health indicators*, "J. Fam. Pract.", 1999, 48: 275-84.
- ³⁵ L.B. Goldstein, *et al.*, *Primary care physician-report secondary and tertiary stroke prevention practice: a comparison between the United States and the United Kingdom*, "Stroke", 1997, 28: 746-51.
- ³⁶ N. Kontodimopoulos, P. Nanos, D. Niakas, *Balancing efficiency of health services and equity of access in remote areas in Greece*, "Health Policy", 2006, 76: 49-57.
- ³⁷ J. Farrington-Douglas, J. Allen, *Equitable choices for health*, Institute for Public Research, London 2005.
- ³⁸ B.D. Smedley, A.Y. Stith, A.R. Nelson, *Unequal treatment: confronting racial and ethnic disparities in health care*, The National Academies Press, Washington 2003.

3.4. Le diseguaglianze negli stili di vita di Eva Buiatti* e Fabio Voller*

Introduzione

Le ineguaglianze di salute fra le classi sociali sono ampiamente descritte all'interno dei Paesi occidentali e, ancora più marcatamente, nei Paesi poveri. Non è sempre chiaro tuttavia quali siano gli aspetti della appartenenza ad una classe sociale più disagiata che sono rilevanti per la salute, né quanto pesi ciascuna componente nel determinare le differenze di salute.

La individuazione delle componenti del rischio per la salute, più che una generica identificazione di “bassa classe sociale”, è importante se si vogliono concretamente combattere le disuguaglianze intervenendo su aspetti sui quali ciò sia realisticamente possibile.

È stato visto in numerosi Paesi e in numerosissimi studi che gli stili di vita (dalla nutrizione all'esercizio fisico, all'uso dell'alcol ai comportamenti a rischio di infortunio, al fumo di tabacco ai comportamenti sessuali), se da un lato sono chiaramente connessi con lo stato di salute e con specifiche malattie, dall'altro tendono ad essere diversamente distribuiti per classe sociale. Stili di vita inappropriati sono spesso più frequenti nelle classi sociali basse^{1,2}. Le differenze negli stili di vita possono spiegare una parte delle differenze di salute fra le classi sociali. Questa affermazione generale, suffragata da dati di numerose ricerche, porta con sé alcune considerazioni aggiuntive dal punto di vista della necessità di conoscenza e delle possibili azioni.

- Occorre verificare il “verso” che la associazione classe sociale-stile di vita assume in ciascun Paese e ciascun periodo storico, in quanto questo non può essere dato per scontato. Ad esempio il consumo di sigarette nei Paesi occidentali fino ad alcuni decenni fa era più frequente nelle classi sociali più alte, mentre adesso in queste

* Agenzia Regionale di Sanità della Toscana.

ultime si riduce il numero di fumatori ed aumenta il numero degli ex-fumatori, concentrando la più alta prevalenza nelle classi sociali più basse. Questa inversione peraltro non è avvenuta dappertutto negli stessi anni: nel Sud Europa ad esempio l'inversione della distribuzione del fumo per classi è avvenuta più tardi rispetto al Nord.

- Occorre capire meglio quale aspetto specifico insito nella appartenenza ad una “classe sociale” si correla più fortemente con un determinato stile di vita: ad esempio, per alcuni stili di vita come la dieta il livello di istruzione sembra essere più importante del livello economico, mentre per il consumo di droghe livello di reddito ed istruzione si combinano in modo complesso, con il massimo consumo nei ragazzi di basso reddito e bassa cultura, seguiti da quelli con alto reddito e bassa cultura rispetto a chi abbina basso reddito ed alta cultura.
- È utile associare allo studio della relazione classe sociale-stili di vita una comprensione degli altri determinanti degli stili di vita stessi (pubblicità, tradizioni, rilevanza del gruppo di pari, autostima ecc.), al fine di poter intervenire in modo integrato e mirato.
- La lettura di questi complessi elementi può essere utilmente sfruttata in funzione degli interventi finalizzati a ridurre il “gap” di stili di vita fra classi, in favore di quelli migliori per la salute: ad esempio se, come sembra, una dieta “obesogenica” nei bambini è associata soprattutto con la bassa scolarizzazione delle madri, piuttosto che con il censo familiare (due variabili correlate ma non identiche) l'intervento più promettente sarà quello che coinvolge le madri e punta ad accrescere la loro competenza nell' offrire una dieta (ed una educazione alimentare) adeguata.

Queste considerazioni sono particolarmente importanti in quanto è nota la difficoltà di modificare selettivamente gli stili di vita, spesso radicati nelle culture o sub-culture, con interventi di prevenzione. D'altra parte, è spesso più realistico affrontare il tema delle differenze di stili di vita fra classi piuttosto che quello dello spostamento sociale dei soggetti da una classe all'altra.

In questo capitolo riporteremo alcuni dati sulla distribuzione de-

gli stili di vita per classe sociale (definita in base a educazione, lavoro o censo) in Italia. Inoltre, poiché in Italia la distribuzione del reddito è fortemente differenziata fra Nord, Centro e Sud del Paese, con una maggior prevalenza di redditi medio-bassi e di povertà al Sud, gli stili di vita verranno esaminati anche in base ad alcuni confronti territoriali. Nelle conclusioni saranno svolte alcune considerazioni sulla situazione italiana e sulle implicazioni operative.

Classe sociale, dieta ed esercizio fisico

L'aumento di frequenza del soprappeso e dell'obesità è considerato una vera e propria emergenza a livello mondiale, associata con un aumento del rischio di ipertensione, diabete, malattie cardiovascolari e neoplasie. Si tratta di una vera epidemia legata a trasformazioni epocali della alimentazione ed alla riduzione a livello di massa della attività fisica.

In Italia il problema inizia a presentarsi in concomitanza con la ripresa economica nei decenni seguenti al secondo dopoguerra: la maggiore disponibilità di cibo associata al ricordo della fame recente porta le famiglie ad aggiungere, più che a sostituire, componenti nei propri consumi alimentari e ad aumentare le quantità: negli anni sessanta del secolo scorso le carni, i grassi animali e gli zuccheri sono in forte ascesa mentre permangono alti i consumi di cereali e di vino e si riduce l'attività fisica.

In questo quadro "di transizione" la distribuzione della dieta per classe sociale presenta alcuni paradossi: le popolazioni del Sud, più povere, conservano però le tradizioni della dieta mediterranea sia in termini di qualità che di moderazione dei consumi, ed esprimono infatti un rischio più basso di patologie cronico-degenerative legate alla dieta, soprattutto nei maschi.

Il vantaggio delle regioni meridionali però dura pochi decenni. Già negli anni ottanta in tutta Italia le persone con livello di istruzione superiore sono meno frequentemente soprappeso, sono più alte e fanno meno frequentemente un uso problematico di alcool³. Dati degli anni '90 mostrano che le persone meno istruite usano meno frequentemente modelli dietetici del tipo "dieta mediterranea", e tendono a consumare meno frutta e verdure fresche e più insaccati,

carne e formaggi. In termini di esercizio fisico ancora all'inizio degli anni 2000 questo è mediamente più frequente nei lavoratori manuali e nelle casalinghe⁴. Tuttavia, se si considerano i bambini e gli adolescenti, i sedentari sono di più nelle famiglie più disagiate, con un unico genitore che lavora o figli di madri sole. Dal punto di vista geografico è da segnalare la perdita di ogni vantaggio di salute del Sud soprattutto per le donne, legata al maggior rischio di diabete e malattie cardiovascolari, a loro volta fortemente associate con le abitudini alimentari e con il peso corporeo. Infine, sono emblematici i dati relativi alle nuove generazioni: i bambini italiani sono più frequentemente sovrappeso od obesi a Sud che a Nord; il fenomeno è crescente nel tempo e riguarda selettivamente le classi sociali più svantaggiate. Complessivamente i bambini italiani sono fra i più sovrappeso d'Europa, superati solo da Grecia e Spagna⁵.

Uno studio su circa 5000 ragazzi di 14-17 anni condotto in Toscana⁶ campionando le scuole (Studio Edit) ha permesso di valutare la presenza di sovrappeso ed obesità in relazione con il capitale culturale della famiglia: quest'ultimo è un indicatore composito del livello culturale di ambedue i genitori. I risultati sono presentati in Tabella 1, e mostrano chiaramente l'importanza del capitale culturale della famiglia nella determinazione dei problemi di peso degli adolescenti.

Tabella 1. Indice di Massa Corporea (rapporto peso/altezza) secondo il capitale culturale della famiglia

Capitale c della f	IMC									
	Sottopeso		Nella norma		Sovrappeso		Obeso		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Basso	58	5,0%	859	73,6%	151	12,9%	99	8,5%	1167	100,0%
Medio	67	4,7%	1159	81,2%	139	9,7%	62	4,3%	1427	100,0%
Alto	98	4,8%	1686	83,2%	178	8,8%	65	3,2%	2027	100,0%
Totale	223	4,8%	3704	80,2%	468	10,1%	226	4,9%	4621	100,0%

(p -value <= 0,001)

Fonte: studio Edit – Epidemiologia dei determinanti della infortunistica Stradale – Quaderni della Agenzia regionale di Sanità della Toscana, in press

In generale l'uso di una dieta e di abitudini di vita obesogeniche sembra più legato al livello culturale della persona e della famiglia, piuttosto che al livello economico. Seppure una componente delle scelte nutrizionali può essere rappresentata dall'alto costo di alcuni alimenti "salutari", tuttavia questo non sembra l'elemento principale in gioco, coerentemente col fatto che anche nelle famiglie italiane meno abbienti ormai la componente cibo nel bilancio familiare è comunque relativamente poco influente. Sembra quindi importante programmare interventi che migliorino le competenze della popolazione, soprattutto delle donne, a controllare dieta ed esercizio fisico proprio e dei familiari in base ad una scelta di consumi favorevoli alla salute.

Consumo di alcol e droghe illegali e classe sociale

Il consumo di alcol è un importante fattore esplicativo delle differenze socio economiche nella mortalità per tutte le cause, soprattutto nei paesi del Nord Europa. Malattie e cause di morte associate con un consumo "problematico" di alcol sono la cirrosi epatica, i tumori di fegato, esofago, faringe e laringe, le cause violente fra le quali primeggiano gli incidenti stradali. Studi inglesi⁷, finlandesi e svedesi hanno mostrato che le professioni manuali hanno tassi di mortalità alcol-correlata molto più alti rispetto ai "colletti bianchi". Tuttavia è da notare che un consumo moderato di alcol è stato ripetutamente associato ad un effetto protettivo sulla patologia cardiovascolare, ed in particolare sull'infarto di cuore. Non esistono in Italia dati sistematici sul consumo problematico di alcol e livello socio-economico, né dati relativi a specifiche professioni. A livello geografico il consumo di alcol pro capite è più alto al Nord-Est e al centro che a Sud. Inoltre, gli astemi sono meno frequenti fra i laureati che fra i lavoratori manuali. Tuttavia, se si considerano specificamente i bevitori "ad alto rischio" o "problematici" (ad es. un litro di vino al giorno o più) questi sono più rappresentati fra i maschi con più basso livello di istruzione. Inoltre, mentre in generale nella popolazione il consumo di alcol va diminuendo drammaticamente, nei maschi con basso livello di istruzione il problema sembra piuttosto aggravarsi nel tempo.

Negli adolescenti il consumo di alcol ha subito importanti trasformazioni rispetto alle precedenti generazioni. Non si tratta più prevalentemente di un consumo abituale di vino (soprattutto ai pasti), ma piuttosto, mimando i modelli europei, un consumo periodico od occasionale di alcol da birra e superalcolici. Questa nuova tipologia di bevitori, come dimostrato dalla analisi dello studio Edit⁶, sembra essere trasversale fra le classi sociali identificate tramite la variabile “capitale culturale della famiglia”; i consumi di alcol infatti non mostrano variazioni rilevanti rispetto al capitale culturale della famiglia, salvo che per la categoria dei bevitori “a rischio” che tende ad essere moderatamente più rappresentata fra i ragazzi con capitale culturale della famiglia più basso (Tabella 2).

Tabella 2. Consumatori di alcol (grammi al giorno) secondo il capitale culturale della famiglia

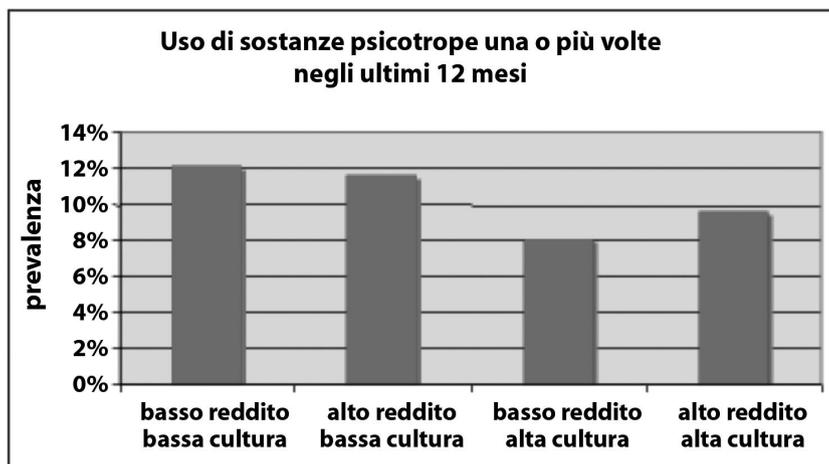
Capitale culturale della famiglia	CONSUMO DI ALCOL (GRAMMI AL GIORNO)							
	Non consumo		Consumo moderato		Consumo a rischio		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Basso	222	17,9%	878	70,7%	142	11,4%	1242	100,0%
Medio	275	18,2%	1070	71,0%	163	10,8%	1508	100,0%
Alto	386	18,1%	1556	72,8%	196	9,2%	2138	100,0%
Totale	883	18,1%	3504	71,7%	501	10,2%	4888	100,0%

P= 0,259

Fonte: studio Edit – *Epidemiologia dei determinanti della infortunistica Stradale – Quaderni della Agenzia regionale di Sanità della Toscana, in press*

Per quanto riguarda il consumo di droghe illegali, la relazione con gli indicatori di classe sociale è più complessa. In primo luogo, è diverso il comportamento dei consumatori di alcune droghe (eroina ed estasi) rispetto ad altre considerate più “leggere” (hashish e marijuana): solo le prime sono più usate in ragazzi che hanno smesso di studiare ed hanno genitori con livello scolastico più basso⁸. Il ruolo rispettivo di reddito familiare ed educazione dei genitori è visibile in

Figura 1: il più basso rischio è dei ragazzi con basso reddito ma alto livello culturale in famiglia, mentre il più alto è in quelli con basso reddito ma anche basso livello culturale.



Fonte: Relazione 2004 (Elaborazione sui dati IPSAD@Italia2001 e IPSAD@Italia2003)

Figura 1.

In sintesi, il consumo di alcol e droghe in Italia si distribuisce per classe sociale e per livello geografico in modo più complesso rispetto ad altri paesi ed in particolare al Nord Europa. Rimane però ben visibile un target privilegiato di soggetti ad alto rischio collocati nei gruppi più disagiati della popolazione.

Consumo di tabacco e classi sociali

Il maggior consumo di tabacco tra i gruppi di popolazione più poveri è oramai un'evidenza diffusa a tutti i paesi sviluppati. Nell'ultimo decennio infatti si sta affermando una relazione fra livello socio economico e consumo di tabacco inversa rispetto a quella che aveva caratterizzato tutto il secolo precedente: l'abitudine al fumo tende ad affermarsi sempre più tra le femmine ed in particolar modo tra gli individui con un basso stato sociale, in quella stessa parte della popula-

zione in cui sono più rilevanti anche altri comportamenti a rischio per la salute. Inoltre, studi condotti in Inghilterra ed in Polonia hanno mostrato come la percentuale di popolazione che ha smesso di fumare è più bassa tra più gruppi sociali più svantaggiati^{5,9}.

In Italia i due sessi mostrano comportamenti differenziati a seconda dell'area geografica: fra i maschi la prevalenza dell'uso di sigarette è maggiore a sud, coerentemente con la più rilevante componente di classe sociale bassa, mentre nelle femmine ancora negli ultimi anni le fumatrici sono più frequenti al Centro-Nord, coerentemente con il modello culturale femminile differenziato nelle diverse aree del paese. Inoltre, fra i maschi nel tempo si è aggravato il differenziale fra classi sociali, con i soggetti più abbienti che sempre più frequentemente non fumano o smettono di fumare. Nelle donne l'abitudine, che era più frequente nelle classi sociali alte, si sta estendendo verso quelle più disagiate. Anche in questo caso sembra di poter dire che sono i modelli culturali, più che le differenze di censo in quanto tali, che determinano l'andamento geografico, fra i sessi e fra le classi, di questo stile di vita. È sempre interessante vedere cosa accade nelle nuove generazioni, anche perché prefigura gli andamenti dello stile di vita nel futuro. Lo studio Edit⁶, ambientato nel Centro Italia, ci dice che anche negli adolescenti il capitale culturale della famiglia è un determinante importante dell'abitudine al fumo (Tabella 3).

Tabella 3. Consumatori regolari di sigarette secondo il capitale culturale della famiglia

Capitale c della f	Fuma regolarmente					
	SI		NO		Totale	
	N	%	N	%	N	%
Basso	282	22,7%	960	77,3%	1242	100,0%
Medio	312	20,7%	1196	79,3%	1508	100,0%
Alto	351	16,4%	1787	83,6%	2138	100,0%
Totale	945	19,3%	3943	80,7%	4888	100,0%

Fonte: studio Edit - Epidemiologia dei determinanti della infortunistica Stradale
Quaderni della Agenzia regionale di Sanità della Toscana, in press

Se però si considerano separatamente i ragazzi e le ragazze si nota che nelle nuove generazioni le ragazze fumano un po' di più dei ragazzi. Inoltre, contrariamente a quanto si vede nella popolazione generale, non solo nei ragazzi ma anche nelle ragazze l'abitudine è più diffusa fra le appartenenti a famiglie con capitale culturale basso (Tabella 4). È quindi prevedibile almeno nel Centro Italia un "affiancamento" totale delle donne agli uomini nella abitudine al fumo ed un effetto trasversale ai due sessi della appartenenza a modelli familiari meno colti.

Tabella 4. Consumatori regolari di sigarette secondo il capitale culturale della famiglia e per sesso.

Capitale c della f	FUMA REGOLARMENT							
	MASCHI				FEMMINE			
	SI		NO		SI		NO	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Basso	113	21,5%	413	78,5%	168	23,7%	541	76,3%
Medio	124	19,6%	510	80,4%	187	21,5%	681	78,5%
Alto	164	16,0%	860	84,0%	187	16,9%	921	83,1%
Totale	401	18,4%	1783	81,6%	542	20,2%	2143	79,8%

Fonte: studio Edit - *Epidemiologia dei determinanti della infortunistica Stradale*
Quaderni della Agenzia regionale di Sanità della Toscana, in press

Abitudini sessuali a rischio e classe sociale

I dati di popolazione sulle abitudini sessuali a rischio sono sostanzialmente assenti in Italia. È possibile fare alcune considerazioni basandole su studi ad hoc sugli adolescenti, in particolare lo studio Edit già citato e lo studio HBSC (Health Behaviour in School-aged Children - Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare)⁵, che esamina diverse variabili legate agli stili di vita in un campione nazionale di quindicenni. In Italia l'età media del primo rap-

porto sessuale è di 14.4 anni nei maschi e 14.5 anni nelle femmine, un po' più alta della media europea (14 e 14.3 anni rispettivamente). L'informazione sull'uso del preservativo in occasione dell'ultimo rapporto sessuale è disponibile solo per la Toscana e non a livello nazionale: ne hanno fatto uso il 71% dei maschi ed il 63% delle ragazze. Questa percentuale non è sostanzialmente modificata dal livello socio-economico della famiglia. Invece si nota una seppur debole associazione con il capitale culturale (Tabella 5): la percentuale dei non utilizzatori in chi fa parte di una famiglia con capitale culturale alto è pari al 34% mentre è pari al 37% nei ragazzi che hanno i genitori con capitale culturale basso.

Tabella 5. Relazione fra capitale culturale ed utilizzo del profilattico.

Capitale della famiglia	Utilizz					
	SI		NO		Totale	
	N	%	N	%	N	%
Basso	354	63	208	37,0	562	100
Medio	389	62	238	38,0	627	100
Alto	511	66	263	34,0	774	100
Totale	1254	64	657	36	1963	100

(p-value <0,001)

Fonte: studio Edit - *Epidemiologia dei determinanti della infortunistica Stradale*
Quaderni della Agenzia regionale di Sanità della Toscana, in press

Qualche commento conclusivo

La maggior frequenza di stili di vita “sfavorevoli” per la salute nelle classi sociali più basse rappresenta una delle cause delle peggiori condizioni di salute di questi strati di popolazione. I dati italiani per classe sociale, per quanto incompleti e sporadici per alcuni stili di vita, confermano anche in un Paese del Sud Europa la concentrazione di alcuni stili di vita nocivi negli strati più disagiati della popolazione.

Nei paesi affluenti, o relativamente affluenti come l'Italia, questo fenomeno non sembra spiegato prevalentemente dalle differenze di livello economico. Un alto consumo di alcol e di sigarette aumentano i costi dell'individuo e del nucleo familiare, e risultano associati più al livello culturale che alle condizioni economiche. Il sovrappeso e l'obesità sono legati a consumi quantitativamente eccessivi oltre che qualitativamente inappropriati e ad una ridotta attività fisica.

Rispetto a questa ultima, più frequente ormai, soprattutto nei ragazzi, fra le classi sociali più alte, devono essere tenuti presenti diversi fattori. Infatti una parte importante dell'attività fisica dei giovani coincide con gli sport, che possono rappresentare un costo insostenibile per le famiglie. Inoltre l'esercizio fisico "libero", rappresentato dallo sport non formale, dalla aggregazione fuori casa e dal gioco, dipendono dalla tipologia del quartiere e della città di residenza oltre che dalla competenza dei familiari a moderare l'uso della televisione dei figli. Quartieri sicuri, spazi verdi, aree di gioco sono concentrati laddove vivono le persone a più alto reddito. In questo caso quindi si intersecano con evidenza gli usi e costumi e le competenze individuali con le scelte pubbliche di gestione del territorio. D'altra parte anche il messaggio che deriva dalla associazione fra stili di vita incongrui e livello culturale degli individui e delle famiglie chiama in primo piano la capacità della società organizzata di portare tutti i cittadini ad un adeguato livello di competenza per salvaguardare la propria salute.

Il fatto che il capitale culturale della famiglia sia influente nel determinare le abitudini delle nuove generazioni significa che l'intervento egualitario della scuola, in Italia prevalentemente pubblica, non è compiutamente efficace neanche in questo campo. Nella valutazione dei dati qui riportati occorre anche tenere in conto che tutte le ricerche sui bambini e sui giovani sono state fatte sulla base di campioni a livello di scuole, escludendo così i ragazzi non scolarizzati ed avviati precocemente al lavoro, che presumibilmente, se inclusi, avrebbero accentuato il "gap" fra classi sociali.

La "relativa incompetenza" di genitori e figli a preservare la propria salute attraverso alcuni stili di vita può a sua volta essere disarticolata in diverse componenti.

Una di queste è la maggiore difficoltà, per le persone meno scola-

rizzate, a mantenere la propria autonomia di giudizio rispetto agli stimoli pubblicitari. In questo senso si potrebbero delineare due strategie di azione, non necessariamente mutuamente esclusive: una è lo sviluppo di questa capacità di giudizio, l'altra sono politiche "proibizionistiche" rispetto ad alcuni tipi di pubblicità. È da notare che in Italia la linea "proibizionistica" è stata adottata per quanto riguarda il fumo, ma contraddittoriamente non per l'alcol né per i comportamenti sessuali e tantomeno per componenti notoriamente "obesogeniche" della dieta (snack, merendine ecc.).

Una ulteriore componente è rappresentata dalla informazione: mentre per il fumo la informazione sul suo effetto sulla salute è penetrata profondamente in tutti gli strati della società, per gli altri stili di vita (alcol, abitudini sessuali, dieta) il messaggio informativo è più complesso e spesso confuso.

Inoltre, è presumibilmente rilevante il "modello" culturale complessivo adottato dalle diverse classi sociali. Emblematico è il diverso uso delle sigarette nelle donne e negli uomini al Sud ed al Nord. Questo stesso esempio tuttavia mostra che questi modelli non sono immutabili, anzi si modificano nel tempo e nello spazio sulla base di stimoli ed interventi diversi. Vi è quindi uno spazio aperto per interventi di prevenzione.

Una ultima considerazione va dedicata agli interventi legislativi.

In Italia negli ultimi anni sono state emanate alcune leggi importanti, che incidono sugli stili di vita: il divieto di fumo nei locali pubblici¹⁰ e le leggi sulla sicurezza stradale^{11,12}.

Alcuni dati epidemiologici sembrano indicare che in ambedue i settori la legge ha avuto un effetto positivo: la legge sul fumo ha certamente ridotto la esposizione al fumo passivo, ma ha anche ridotto il consumo di sigarette; le leggi sulla sicurezza stradale hanno effettivamente modificato i comportamenti alla guida (casco, cinture di sicurezza, altre componenti).

È tuttavia da notare che non sappiamo se questi effetti siano stati egualitari, e quindi se si sono distribuiti ugualmente nelle diverse classi sociali. Anzi, per quanto riguarda la sicurezza stradale, ci sono delle prove che la legge è stata meno efficace a Sud dove si concentrano le classi sociali più povere. In questo caso potrebbe accadere che una buona legge, se non accompagnata da una crescita di com-

petenza dei cittadini per proteggere la propria salute, aggrava le differenze di classe invece di ridurle.

Note bibliografiche

¹ Save The Children. Denied a Future? The rights of education of Roma/Gypsy and Traveller Children in Europe, London 2001. Available from: <http://www.icar.org.uk>.

² D. Acheson, *Independent inquiry into inequalities in health report*, The Stationery Office, 1998.

³ ISTAT. Indagine Statistica sulle condizioni di salute della popolazione e sul ricorso ai servizi sanitari - Novembre 1983. Roma 1986.

⁴ ISTAT. Indagine Multiscopo sulle famiglie - Aspetti della vita quotidiana. Roma. Annate Varie.

⁵ WHO Europe. Studio sullo stato di salute e sugli stili di vita dei giovani in età scolare (HBSC): rapporto internazionale sull'indagine svolta nel 2001-2002. Politica per la salute di bambini e adolescenti, n. 4; 2004.

⁶ E. Buiatti, F. Voller, A. Berti, F. Cipriani, C. Orsini, J. Pasquini, *Studio Edit - Epidemiologia dei determinanti della infortunistica stradale*, Quaderni della Agenzia regionale di Sanità della Toscana, In press 2006.

⁷ L. Harrison, E. Gardiner, *Do the rich really die young? Alcohol-related mortality and social class in Great Britain 1988-94*, "Addiction", 1999 Dec.; 94 (12): 1871-80.

⁸ Presidenza al Consiglio dei Ministri. Dipartimento Nazionale per le Politiche Antidroga. Relazione Annuale al Parlamento sullo stato delle Tossicodipendenze in Italia 2004.

⁹ European Network for Smoking Prevention. Tackling socio-economic inequalities in smoking in the EU.2004. Project report. Available from: <http://www.ensp.org>.

¹⁰ Attuazione dell'art. 51, comma 2 della legge 16 gennaio 2003, n. 3, come modificato dall'art. 7 della legge 21 ottobre 2003, n. 306, in materia di «tutela della salute dei non fumatori». Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (23 dicembre 2003).

¹¹ Interventi nel settore dei trasporti. Legge n. 472 (07 dicembre 1999).

¹² Modifiche ed integrazioni al codice della strada. Decreto legge n. 151 (27 giugno 2003).

3.5. La salute delle donne

di Sofia Quintero Romero* e Mercedes Juarez**

“Nella famiglia il marito è il borghese e la donna rappresenta il proletariato”.

F. Engels. L'origine della famiglia, della proprietà privata e dello stato, 1884

Introduzione

Negli ultimi decenni, le disuguaglianze di genere in relazione alla salute delle donne hanno richiamato molta attenzione a livello di ricerca, di programmi e politiche di salute, e più in generale di politiche dello sviluppo sociale ed economico. Sono sempre di più le iniziative internazionali mirate ad identificare strategie d'intervento per il miglioramento della salute delle donne. Per ottenere tale miglioramento è necessario servirsi di una concezione integrale della salute della donna che permetta di vederla in tutte le tappe della sua vita, oltre la sua funzione riproduttiva. Il concetto di genere ha permesso di capire come le relazioni diseguali tra uomini e donne generino una serie di disuguaglianze nell'accesso alle risorse necessarie a promuovere, proteggere e recuperare la salute. Il concetto di genere va oltre le differenze biologiche e/o sessuali tra uomini e donne.

Il genere permette di spiegare i diversi comportamenti sociali di uomini e donne, i diversi ruoli loro attribuiti, la varietà di aspettative e limiti sociali e culturali legati al sesso, e la risposta che la società si aspetta. Un'analisi di genere aiuta a identificare i bisogni specifici per la salute, le priorità e le differenze tra uomini e donne nel corso del loro ciclo vitale¹. Prima che si usasse ampiamente l'analisi di genere, i tentativi di promuovere lo sviluppo della donna sia nel cam-

* Specialista in salute pubblica, *free lance consultant*, Trieste.

** Ufficio Europeo dell'OMS per gli Investimenti su Salute e Sviluppo.

po della salute che in altri campi (agricoltura, istruzione, etc.) si concentravano nell'appoggiare la donna in sé senza prendere in considerazione i fattori culturali, sociali ed economici che influenzano la salute. In mancanza di un'analisi di genere, non si considerava importante comprendere le reti di *microfisica del potere** nelle quali la donna è intrappolata a suo svantaggio². Le risposte ai problemi di salute della donna erano fondamentalmente intese in relazione al suo ruolo riproduttivo; per esempio, nel caso delle malattie a trasmissione sessuale, delle malattie tropicali, della denutrizione o dell'anemia, si dava più importanza al rischio di infertilità o di trasmissione della malattia al neonato che ad altre ripercussioni sulla salute della donna. Questo modello medico fece sì che i servizi di salute, sia a livello primario che all'interno di programmi speciali, fossero generalmente diretti alla funzione riproduttiva della donna.

Questo approccio, che sembra molto naturale, sarebbe messo in discussione se si trattasse di ridurre la salute dell'uomo al suo ruolo di padre, anche se è facile argomentare che non è la stessa cosa per l'uomo dato che, per sua natura biologica, la salute della donna è intimamente legata a quella del neonato. Ma da una prospettiva di genere ciò che importa è capire in che modo tanto l'uomo che la donna possano partecipare ed assumere responsabilità nel proteggere e migliorare la salute di ognuno dei due e dei loro figli. Ciò presuppone rendere l'uomo co-partecipe in qualsiasi momento, dalla pianificazione familiare al parto, al contributo per la crescita e lo sviluppo del figlio. Implica anche il riconoscere le differenze sociali che fanno sì che mentre in alcune culture sono principalmente gli uomini coloro che decidono l'intervallo tra ed il numero di figli, in altre sono la

* Foucault sviluppa il concetto di "microfisica del potere" per il potere esercitato attraverso istituzioni come la famiglia, la scuola, l'ospedale ed il carcere. Nel caso dell'istituzione sanitaria, mostra come le relazioni asimmetriche di potere tra operatori ed amministratori siano influenzate anche da relazioni diseguali tra i generi, con una subordinazione del personale femminile a quello maschile. A loro volta, gli operatori sanitari esercitano un controllo sui corpi delle persone, e più sulle donne che sugli uomini. Infine, la formazione medica trasmette una serie di valori e preconcetti che rinforzano gli stereotipi di genere in relazione sia agli operatori che agli utenti. Il sapere medico e le tecnologie che lo accompagnano generano quindi effetti di potere. Questo tipo di sapere medico squalifica altri saperi sul corpo e, trattandosi di un "discorso" scientifico organizzato, fa adottare alla società i valori ed i preconcetti di genere prevalenti, generando o rinforzando relazioni diseguali di potere tra uomini e donne.

suocera o la donna con maggiore autorità dentro il gruppo di spose dello stesso uomo.

L'identificazione delle differenze di genere aiuta così a cercare meccanismi attraverso i quali i servizi di salute possano raggiungere la parte meno protetta o a maggior rischio di una popolazione, come le madri nubili o le adolescenti con gravidanze non desiderate. Il riconoscimento delle relazioni diseguali di potere intrafamiliare permette anche di sviluppare interventi per problemi che altrimenti sarebbero ignorati dal sistema di salute. Un esempio è il campo della violenza contro la donna, e soprattutto l'abuso nei confronti della donna in gravidanza, e gli effetti sulla salute tanto della donna quanto del neonato e dei figli. Ovunque siano state indagate, sia nei paesi ad alto che in quelli a basso reddito, violenze di questo tipo sono state ritrovate a livelli di incidenza allarmanti^{3,4}. Nei capitoli precedenti di questo rapporto sono già stati citati alcuni dati riguardanti la salute delle donne. Ci limiteremo in questo capitolo ad approfondire alcuni aspetti della salute delle donne e dei servizi ad essa rivolti, partendo da una prospettiva di genere.

Genere, salute e servizi di salute

Come succede in altri campi, anche per quanto riguarda la salute delle donne, oltre i fenomeni riproduttivi e da una prospettiva di genere, molte informazioni ci vengono fornite dagli studi realizzati a partire dagli anni '80 nei paesi industrializzati. Da questi studi si possono ricavare alcune considerazioni generali:

1. Benché la speranza di vita delle donne sia superiore a quella degli uomini, nel corso della loro vita le donne frequentano i servizi di salute con maggiore frequenza rispetto agli uomini⁵.
2. Questa maggiore utilizzazione dei servizi di salute si pensa sia legata ad una maggiore sensibilità alle sensazioni di malessere fisico, ad una maggiore capacità di metterle in relazione a sintomi e ad una maggiore preoccupazione per la salute⁶.
3. Gli operatori sanitari tendono più facilmente a considerare una malattia come "reale" quando questa è associata ad una causa biologica; la sensazione di malessere della donna è frequenter-

te etichettata come un problema di salute mentale e trattata inadeguatamente come tale⁷.

4. La relazione medico-paziente è asimmetrica, in termini di possesso ed esercizio del potere, anche quando il medico è donna, e le relazioni medico-paziente variano in relazione al genere del paziente⁸.
5. A parità di malattia e condizione clinica, gli uomini ricevono spiegazioni più tecniche rispetto alle donne, oltre a prognosi e proposte di intervento migliori e più ottimiste⁹.

Un paio di esempi per malattie che colpiscono paesi ad alto e a basso reddito sono utili per illustrare quanto appena scritto:

- Nell'ambito delle malattie cardiovascolari, dipendendo la sopravvivenza ad un infarto dalla capacità di risposta rapida ed appropriata, alcune ricerche mostrano che le donne con sintomi di infarto tendono ad arrivare con maggiore ritardo ai servizi d'urgenza rispetto agli uomini¹⁰. L'attesa nel cercare assistenza rappresenta un rischio aggiuntivo per le donne: potrebbero non ricevere il trattamento fibrinolitico indicato nelle prime tre ore o, ancor meglio, nella prima ora dall'inizio dell'attacco di cuore. Spesso, a questo ritardo, si può sommare il tempo di attesa nei servizi di salute. Gli operatori sanitari, da parte loro, tendono a pensare all'infarto come ad un problema di preferenza maschile. I sintomi associati all'infarto, come il dolore toracico o dorsale, sono solitamente meno riconosciuti tanto dalle donne che dagli stessi operatori sanitari, o non sono riconosciuti come gravi. Quando questa mancanza di riconoscimento della sintomatologia specifica della donna da parte dell'operatore sanitario si combina con stereotipi di genere, si corre il rischio di una diagnosi errata o ritardata, o di un ritardo nel ricovero in ospedale. A questa situazione si possono aggiungere le diverse risposte terapeutiche da parte del sistema di salute a seconda che si tratti di un uomo o di una donna; se l'operatore sanitario discrimina in base ai suoi preconcetti di genere, ne possono conseguire variazioni nella diagnosi, nell'approccio terapeutico, nella possibilità di ricovero e nella durata dello stesso. Altri fattori possono influire su queste variabili; per esempio, per uno stesso problema di salute che richieda il ricovero, le donne tendono a restare più giorni degli uomini, dato che

questi possono disporre dell'assistenza delle spose a domicilio nella fase finale di recupero dalla malattia.

- Nel caso dell'HIV/AIDS, ma anche delle altre malattie a trasmissione sessuale, le norme sociali in relazione ai rapporti sessuali si aggiungono alla povertà, alla mancanza di istruzione, alla violenza e ad alcune variabili biologiche (cicli ormonali, variazioni della flora microbica vaginale) nel rendere le donne più suscettibili e più vulnerabili degli uomini in molti paesi a basso reddito^{11,12}. A questa maggiore vulnerabilità non corrisponde una maggiore possibilità di assistenza e trattamento. Al contrario, il trattamento con farmaci antiretrovirali potrebbe essere meno accessibile, per ragioni economiche, per le donne rispetto agli uomini. Inoltre, le donne potrebbero avere maggiori difficoltà nell'assumere apertamente, in famiglia o nella comunità, il trattamento stesso, a causa dello stigma che questo implica. Potrebbero cioè esserci differenze nell'adesione al trattamento a sfavore delle donne. Ed essendo le donne colpite da HIV/AIDS nei paesi a basso reddito quasi tutte in età riproduttiva, ai loro problemi individuali si aggiungono quelli legati alla funzione riproduttiva, familiare e sociale. Per cui, per esempio, l'assunzione di farmaci antiretrovirali in gravidanza non serve solo per la cura della donna, ma anche per la prevenzione della trasmissione al neonato. Anche la funzione dell'allattamento al seno è seriamente influenzata dalla positività per HIV, con tutte le conseguenze sia per la posizione sociale della donna che per la nutrizione del bambino. Se si aggiunge che le donne possono avere una diversa risposta alla malattia in termini psicologici, con una maggiore propensione alla depressione, si capisce quanto l'analisi di genere influisca sulla salute e sull'uso dei servizi sanitari in questo esempio.

La mancanza di conoscenze o le informazioni errate delle donne sulla gravità della propria situazione, aggiunte alla responsabilità che sentono nel loro ruolo di cura, fa sì che diano priorità ai doveri ed agli impegni famigliari e che li antepongano alla propria salute. Alcune ricerche su genere e salute hanno dimostrato che quando in una coppia l'uomo contrae una qualche malattia, comprese quelle che comportano uno stigma come la lebbra, la donna rimane al suo

fianco per fornirgli tutte le cure necessarie. Ma nel caso che sia la donna a contrarre la malattia, l'uomo tende ad abbandonarla o a prestarle minore assistenza^{13,14}. Da una prospettiva di genere, è chiaro che la società deve rivedere una serie di valori e preconcetti che fanno sembrare normale il fatto che una donna si occupi di tutti gli altri, soprattutto quando questo ruolo va a detrimento della sua salute. Devono essere rivisti anche valori e preconcetti che attribuiscono all'uomo una posizione di vantaggio per delegare alla donna una serie di responsabilità che lui stesso potrebbe e dovrebbe assumere per quanto riguarda le cure ed il miglioramento della salute della sposa e dei figli.

Gli stereotipi che risultano dal diverso valore sociale dell'uomo e della donna non solo sono stati interiorizzati dalla popolazione, ma anche dagli operatori sanitari a tutti i livelli. Ciò fa sì che le relazioni di genere nell'ambito dei sistemi di salute siano anch'esse attraversate da una distribuzione diseguale tra personale femminile e maschile in quanto a posti di direzione e potere politico istituzionale, accesso a migliori salari, opportunità professionali e di formazione, per menzionare solo alcune delle disuguaglianze. Le relazioni di genere degli operatori sanitari rinforzano gli stereotipi esistenti tra gli utenti dei servizi, ed anche ciò si ripercuote in maniera negativa sulla salute.

Modelli per un'analisi di genere

È evidente che per poter analizzare da una prospettiva di genere la salute ed i servizi di salute bisogna disporre di modelli adeguati. Lo schema della Figura 1 presenta un modello di studio delle malattie con una lente di genere¹⁵. Vi sono analizzati i tre gruppi di variabili più importanti che, influenzando tanto sulla prevenzione che sul trattamento, hanno dei riflessi sulla salute e sui servizi di salute:

Variabili economiche e produttive, che mettono in luce il grande peso economico della malattia per la famiglia, contesto nel quale la donna è doppiamente colpita sia come persona che cura gli ammalati sia come paziente quando è lei stessa ad essere ammalata.

Variabili sociali e riproduttive, difficili da analizzare e soprattutto da modificare perché ciò implica cambiamenti strutturali socioeco-

nomici e di concezione del ruolo della donna nelle sue relazioni all'interno della comunità e della famiglia, particolarmente nelle relazioni private tra uomo e donna. Se queste variabili non si modificano, sarà impossibile diminuire le disuguaglianze di genere nei paesi a basso reddito.

Variabili personali: le conoscenze e la percezione delle donne sul proprio corpo, così come le spiegazioni e le definizioni sui sintomi generalmente sottostimati o ignorati dagli operatori sanitari, e la bassa autostima e carenza di informazioni che fanno sì che la donna si comporti in un modo ancora più insicuro di fronte ad un sistema sanitario che tende a rinforzare il suo atteggiamento passivo e di dipendenza dall'autorità.

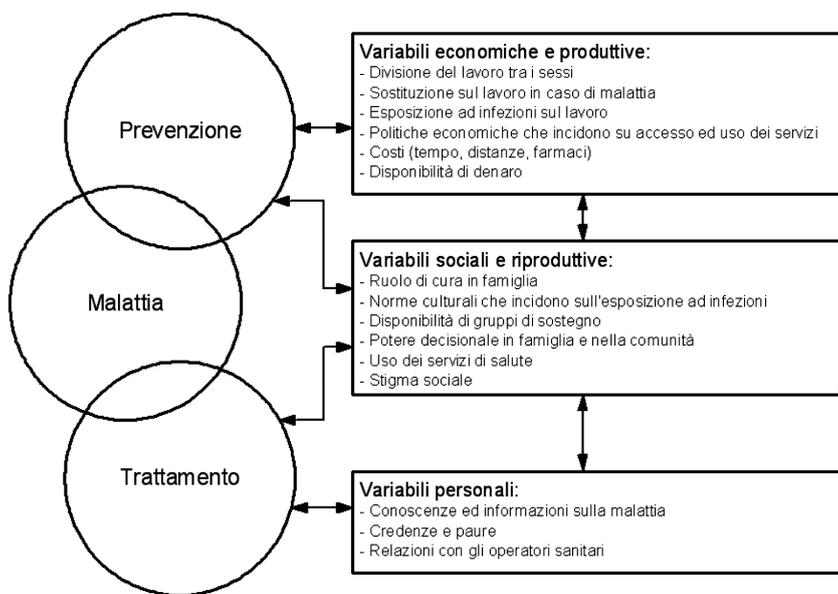


Figura 1. Variabili di genere che incidono sulla salute della donna.

In questo schema, le variabili economiche e produttive assumono una grande importanza. In quest'ambito, infatti, il ruolo della donna è molteplice e va dalla responsabilità di mantenere l'economia rurale alla produzione di alimenti, dalle risorse necessarie per l'educazione

dei figli a quelle da dedicare alla cura di vecchi e infermi. A queste responsabilità non corrisponde un'uguaglianza nell'accesso ai diritti (istruzione, salute, acqua, alimenti) e nello status sociale. Tutte queste funzioni compongono una ragnatela nella quale complessi legami mettono in relazione un grande numero di fattori con la salute della donna (Figura 2).

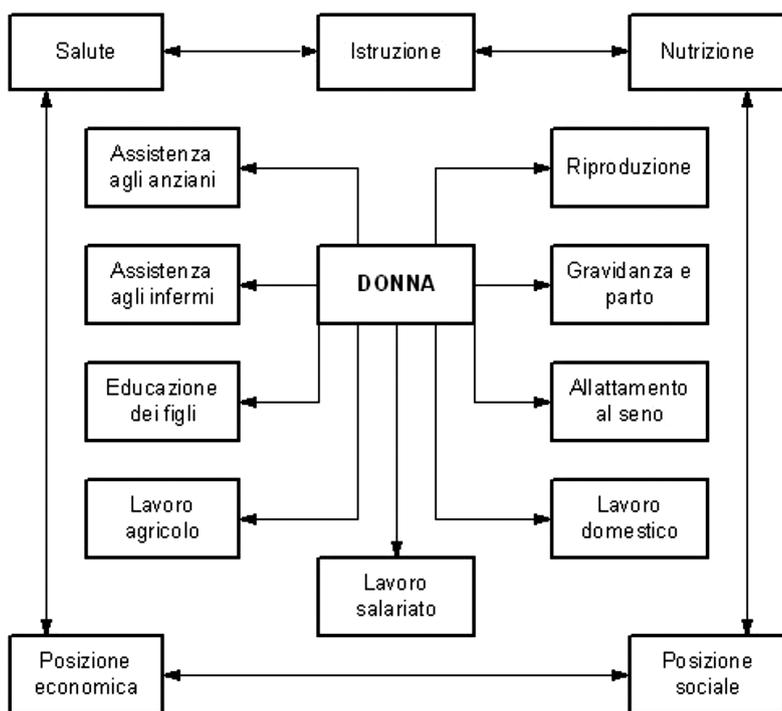


Figura 2. La ragnatela dei fattori associati alla salute della donna.

Un altro aspetto di molta utilità nell'analisi di genere è il riconoscimento di come questo interagisce con altri determinanti sociali della salute come la cultura, la religione, la classe sociale o il gruppo etnico. Se per esempio prendiamo in esame il patriarcato, lo possiamo identificare come il fondamento ideologico delle disuguaglianze e delle iniquità di genere in molti paesi del cosiddetto terzo

mondo¹⁶. Patriarcato inteso come “la somma dei meccanismi istituzionali che servono a limitare l’autonomia economica delle donne in relazione agli uomini” o come “l’insieme di relazioni sociali con una base materiale che permette all’uomo di dominare la donna”. Il patriarcato è rinforzato dalle istituzioni religiose, economiche, politiche, sociali e legali che enfatizzano la posizione inferiore della donna nella società. In molti paesi il sistema legale limita l’accesso della donna alle risorse materiali, e ciò crea dipendenza dagli uomini. Il patriarcato permette così il controllo degli uomini sulla sessualità femminile, determinando il comportamento femminile stesso, sia prima che dopo il matrimonio. In molte società forza la reclusione della donna entro le mura domestiche. Ognuna di queste situazioni socioeconomiche e culturali può avere gravi ripercussioni sulla salute della donna.

Che fare?

Gli sforzi internazionali per migliorare la situazione delle donne sono stati numerosi. Dopo l’iniziativa per una Maternità Sicura, lanciata a Nairobi nel 1987¹⁷, si sono succeduti incontri, dichiarazioni, obiettivi, passando dalla 4^a conferenza internazionale della donna (Pechino, 1995)¹⁸ agli Obiettivi di Sviluppo del Millennio, nel 2000. Ogni iniziativa ha enfatizzato diverse strategie per diminuire le disuguaglianze e le iniquità di genere, attraverso la riduzione della mortalità materna per esempio, però tutte queste iniziative hanno avuto un minimo impatto: c’è ancora molto da fare. Il rapporto dell’Organizzazione delle Donne per l’Ambiente e lo Sviluppo, presentato a New York il 3 marzo 2005¹⁹, esprime preoccupazione per i risultati analizzati durante la sessione speciale della Commissione sullo Stato delle Donne (New York, 28 febbraio - 20 marzo 2005), che in qualche modo sostituiva una possibile conferenza Pechino+10. Il rapporto si riferisce al “rapporto ombra”, redatto da un comitato di ONG, che afferma che, 10 anni dopo Pechino, ci sono “più promesse che progresso” e conclude che le ONG di tutto il mondo hanno osservato “pochi cambiamenti e alcuni arretramenti nei diritti delle donne”. Nel rapporto ufficiale del Segretario Generale dell’ONU sul decennio si conclude che “nella promozione dell’uguaglianza di

genere, il divario tra enunciati e pratica rimane molto ampio”.

Il problema di tutti questi sforzi internazionali, nazionali e locali è che non si è prestata sufficiente attenzione all'*empowerment* della donna, un processo mediante il quale la donna (ma anche un gruppo, un'organizzazione, una comunità) acquisisce la capacità di esercitare potere sulle situazioni che interessano la sua vita e, nel nostro caso, la sua salute. L'*empowerment* comporta la rimozione di ostacoli che impediscano di migliorare l'istruzione, di controllare la propria fertilità, di mettere in atto iniziative miranti a migliorare il proprio reddito, di gestire autonomamente le proprie finanze, di espandere la propria mobilità, di massimizzare insomma la propria capacità di prendere decisioni. Si tratta di un processo che comporta la redistribuzione del potere, non solo all'interno della coppia, ma anche all'interno della società, dal microlivello familiare al macrolivello nazionale. Trattandosi di redistribuzione del potere, non è un processo facile: comporta resistenza, lotta, rinuncia, cambiamento di valori e di ideologia. Può essere ostacolato dagli uomini, dai rapporti economici e dall'organizzazione politica e sociale, ma anche da impedimenti sovrastrutturali quali religione ed ideologia. Si tratta anche di un punto d'arrivo, oltre che di un processo, perché comporta una diminuzione delle disuguaglianze e dell'emarginazione di alcuni gruppi sociali, delle donne nel nostro caso. Benché sia difficile da studiare, vi sono evidenze scientifiche che ci permettono di affermare che quando vi è *empowerment* si possono ottenere risultati positivi in termini di salute per le donne, per i loro figli e, più in generale, per la collettività²⁰. L'*empowerment* però non può essere imposto, né può essere dato, per esempio come componente di un progetto di sviluppo. Dev'essere intrinseco, nascere dalla donna stessa, individualmente o come parte di un gruppo; al massimo può essere facilitato o catalizzato da forze esterne. Deve nascere dal desiderio della donna stessa di cambiare la sua situazione.

Infine, è chiaro che le iniquità e le disuguaglianze in salute delle donne devono essere analizzate, comprese e valutate nel contesto della società di cui sono parte intrinseca. La disuguaglianza nell'accesso ai servizi di salute, particolarmente per i gruppi più vulnerabili

della popolazione, è solamente una dimensione dell'insieme delle disuguaglianze socioeconomiche a cui le donne sono esposte. La subordinazione della donna all'uomo si esprime in tutti gli aspetti della società: l'accesso alle risorse, al potere, alla rappresentanza e partecipazione politica, all'autonomia e all'istruzione. Come hanno dimostrato alcuni paesi ad alto reddito, quelli scandinavi per esempio, il miglioramento nella salute della donna è intimamente legato a riforme strutturali che assicurino un miglioramento nei livelli economici ed educativi, nell'accesso ai servizi di salute di buona qualità e a leggi che promuovano e proteggano i diritti della donna.

Note bibliografiche

¹ C. Vlassoff, M.C. Garcia, *Placing gender at the centre of health programming: challenges and limitations*, "Soc. Sci. Med.", 2002, 54 (11): 1713-23.

² M. Foucault, *Microfisica del potere*, Einaudi, Torino 1977.

³ E.G. Krug, L.L. Dahlberg, J.A. Mercy, A.B. Zwi, R. Lozano, *World report on violence and health*, WHO, Geneva 2002.

⁴ K. Nasir, A.A. Hyder, *Violence against pregnant women in developing countries: review of evidence*, "Eur. J. Public Health", 2003, 13(2): 105-7.

⁵ K.D. Bertakis, R. Azari, L.J. Helms, E.J. Callahan, J.A. Robbins, *Gender differences in the utilization of health care services*, "J. Fam. Pract.", 2000, 49 (2): 147-52.

⁶ J.L. Rhudy, A.E. Williams, *Gender differences in pain: do emotions play a role?*, "Gend. Med.", 2005, 2(4): 208-26.

⁷ Kuehner C., *Gender differences in unipolar depression: an update of epidemiological findings and possible explanations*, "Acta Psychiatr. Scand.", 2003, 108(3): 163-74.

⁸ C.M. Gijsbers van Wijk, K.P. van Vliet, A.M. Kolk, *Gender perspectives and quality of care: towards appropriate and adequate health care for women*, "Soc. Sci. Med.", 1996, 43(5): 707-20.

⁹ K.A. Schulman, J.A. Berlin, W. Harless, J.F. Kerner, S. Sistrunk, B.J. Gersh, *et al.*, *The effect of race and sex on physicians' recommendations for cardiac catheterization*, "N. Engl. J. Med.", 1999, 340 (8): 618-26.

¹⁰ H. Meischke, M.P. Larsen, M.S. Eisenberg, *Gender differences in reported symptoms for acute myocardial infarction: impact on prehospital delay time interval*, "Am J. Emerg. Med.", 1998, 16(4): 363-6.

¹¹ T.C. Quinn, J. Overbaugh, *HIV/AIDS in women: an expanding epidemic*, "Science", 2005, 308(5728): 1582-3.

¹² I. Bates, C. Fenton, J. Gruber, D. Laloo, L.A. Medina, S.B. Squire, *et al.*, *Vulnerability to malaria, tuberculosis, and HIV/AIDS infection and disease. Part 1: determinants operating at individual and household level*, "Lancet Infect. Dis", 2004, 4(5): 267-77.

¹³ M. Ulrich, A.M. Zulueta, G. Caceres-Dittmar, C. Sampson, M.E. Pinardi, E.M. Rada, *et al.*, *Leprosy in women: characteristics and repercussions*, "Soc. Sci. Med.", 1993, 37(4): 445-56.

¹⁴ H.J. Zhan, *Aging, health care, and elder care: perpetuation of gender inequalities in China*, "Health Care Women Int", 2005, 26(8): 693-712.

¹⁵ C. Vlassoff, E. Bonilla, *Gender-related differences in the impact of tropical diseases on*

women: *what do we know?*, "J Biosoc. Sci.", 1994, 26 (1): 37-53.

¹⁶ C.E. Okojie, Gender inequalities of health in the Third World. *Soc. Sci. Med.* 1994; 39(9): 1237-47

¹⁷ H. Mahler, *The safe motherhood initiative: a call to action*, "Lancet", 1987, 1 (8534): 668-70.

¹⁸ *From Beijing to Beijing +5*. United Nations, New York 2001.

¹⁹ Women's environment and development organization. *Beijing betrayed*, WEDO, New York 2005.

²⁰ N. Wallerstein, *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?* WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2006.

3.6. Esperienza migratoria, salute e disuguaglianze di Maurizio Marceca*, Salvatore Geraci** e Ardigò Martino***

Premessa

L'obiettivo di questo capitolo è quello di approfondire la relazione esistente tra l'esperienza migratoria e le possibili disuguaglianze nella salute nel mondo e, in particolare, in Italia.

Questa prospettiva è resa problematica, in primo luogo, dal fatto che il fenomeno migratorio presenta caratteristiche storiche, demografiche, sociali e antropologiche diverse nelle diverse parti del globo. Molta della letteratura scientifica disponibile fa riferimento ad un'area, quella nordamericana, in cui l'esperienza migratoria si distacca marcatamente da quella europea e nazionale, come è verificabile anche attraverso l'analisi della altrettanto ricca letteratura inglese, che fotografa una situazione difforme¹.

Tali differenze hanno ripercussioni nelle stesse scelte linguistiche – sia sotto l'aspetto giuridico e scientifico che sotto quello più propriamente semantico – atte a definire l'oggetto di interesse.

Abbiamo finito per scegliere tale titolo perché il termine di *minoranze etniche*, oggettivamente prevalente nella letteratura di riferimento, nella nostra area culturale induce non poche perplessità (soprattutto per le sue implicazioni antropologico-culturali). Tale termine rimanda comunque alla lunga esperienza migratoria di tante comunità che, nel loro percorso storico-sociale in una data area geografica, hanno finito per occupare uno spazio socio-economico minoritario.

* Università La Sapienza, Roma, Società Italiana di Medicina delle Migrazioni.

** Caritas Diocesana di Roma - Area sanitaria; Società Italiana di Medicina delle Migrazioni.

*** Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Bologna.

Si ringraziano, per il prezioso supporto nella revisione bibliografica, le dottoresse Marica Ferri, Maddalena Lippolis e Chiara Reali.

Altri termini di riferimento possono, evidentemente, essere assunti, ed in parte lo saranno, come quello di ‘straniero’, ‘migrante’ o ‘immigrato’ (o loro sottoinsiemi, come quelli di ‘richiedente asilo’, ‘rifugiato’, ‘rom’, etc.). Tali termini sono maggiormente utilizzati in aree dove l’esperienza migratoria è più recente, come in quella europea, e ha dato luogo, mediamente, a due o tre generazioni successive a partire dall’esperienza migratoria iniziale.

Nel nostro Paese il termine che prevale in questa fase storica è quello di *straniero*, scelto, nella stesura della L. 40/98, per definire “i cittadini di Stati non appartenenti all’Unione Europea e gli apolidi”. Questa scelta di lessico giuridico, che forse incorre in minori rischi discriminatori, non riesce comunque a ricomporre la grande dinamicità e complessità del fenomeno migratorio, ed include, ad esempio, i turisti o gli uomini d’affari non europei, che, evidentemente, non caratterizzano la popolazione di nostro prevalente interesse in questa sede. Riassumendo, ciò che accomuna, in tutte le parti del mondo, il nostro approfondimento, è quello di un possibile legame tra l’appartenenza ad una comunità che è stata, o è attualmente, protagonista di una migrazione, e le caratteristiche di salute dei membri di questa comunità rispetto a quelle della comunità ‘autoctona’ (sempre che questa possa essere facilmente identificata).

Il ragionamento con cui ci proponiamo di stimolare una riflessione critica richiede quindi, da parte del lettore, una contestualizzazione successiva di cui potremo, per motivi di spazio, solo sottolineare le principali coordinate. Tra le più importanti, segnaliamo il complesso delle dinamiche di inclusione sociale, sia sotto l’aspetto della possibilità di acquisire la cittadinanza ed i diritti a questa collegati (tra cui l’eventuale diritto all’assistenza sanitaria pubblicamente finanziata), sia sotto l’aspetto di una emancipazione economica che consenta di tutelare effettivamente la propria salute.

Anticipiamo che il dibattito scientifico è finora ruotato intorno al fatto se tra l’appartenza a un ‘gruppo etnico minoritario’ (o, diremmo noi, l’esperienza passata o recente della migrazione nella propria famiglia) e il riscontro di ‘disuguaglianze di salute’ esista una relazione effettivamente causale o se il fattore realmente discriminante sia la condizione socio-economica, cui la “questione etnica” sarebbe collegata strettamente. Sembra attualmente prevalere l’orientamento

per cui la discriminazione razziale aggrava ed oltrepassa le disuguaglianze causate dalla condizione socio-economica. Premettiamo infine che, per non incorrere in semplificazioni e superficialità eccessive, abbiamo deliberatamente scelto di non approfondire alcune condizioni molto specifiche (e anch'esse diverse da paese a paese), come, su tutte, quella dei rifugiati e quella dei Rom ed altre comunità con passato nomadico.

Gli scenari internazionale e locale del fenomeno migratorio

All'inizio del 21° secolo, circa 175 milioni di persone, il 48% donne, vivono al di fuori del loro paese di nascita, il che corrisponde (al 2001) a poco meno del 3% della popolazione mondiale, ovvero a una persona su 35.

Contrariamente a quanto si pensa, i migranti sono concentrati più nei cosiddetti 'Paesi in via di sviluppo' - PVS (98,7 milioni, pari al 56,3%) che nei cosiddetti 'Paesi a sviluppo avanzato' - PSA (76,4 milioni, pari al 43,7%). Il più rilevante polo migratorio nel mondo è comunque l'Europa, con oltre 55 milioni di migranti, poco meno della metà presenti nell'Unione Europea dove rappresentano il 5,2% della popolazione residente (vedi Tabella 1).

Area	Popolazione in migliaia	Ripartizione %	Migranti in migliaia	Ripartizione %	Incidenza % su popolazione totale
MONDO	6.067.447	100,0	175.119	100,0	2,9
Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA)	861.187	14,2	76.441	43,7	8,9
di cui Unione Europea*	446.600	-	23.988,50	-	5,2
Paesi in via di sviluppo (PVS)	5.206.260	85,8	98.678	56,3	1,9

* dati al 31.12.2003 sui 25 Paesi dell'Unione

Fonte: *Dossier Statistico Immigrazione Caritas/Migrantes. Elaborazioni su dati ONU, OECD, Council of Europe e altri.*

Tabella 1. Migranti nel mondo: ripartizione per PSA e PVS (2000).

Circa il 10% dei migranti (vale a dire quasi 16 milioni) sono rifugiati, per quasi l'85% dislocati nei PVS, con un rifugiato ogni 7 migranti, rispetto ad un rifugiato ogni 31 immigrati nei paesi a sviluppo avanzato.

Negli anni '70 il nostro paese era il primo esportatore di manodopera in Europa, ed il numero degli italiani che ogni anno emigravano era superiore a quello degli stranieri soggiornanti. Da allora le statistiche mostrano un costante aumento delle presenze straniere: circa 300.000 all'inizio degli anni '80, più che raddoppiate all'inizio degli anni '90 (circa 650.000) ed ancora raddoppiate nel 2000 (oltre 1.340.000). Nel 2003, per effetto della regolarizzazione disposta nell'anno precedente dalla legge 'Bossi-Fini' (ben 700.000 domande), sono stati ampiamente superati i due milioni di presenze ed oggi, con quasi tre milioni di presenze (2.730.000 a fine 2004)² l'Italia è diventata un grande paese di immigrazione, con segni distintivi di una tendenza all'insediamento stabile. Infatti, rispetto agli altri paesi europei, ci collochiamo dietro Germania e Francia, con rispettivamente 7,3 e 3,5 milioni di presenze, ed all'incirca allo stesso livello di Spagna e Gran Bretagna. Insieme alla Spagna il nostro paese è lo Stato UE caratterizzato da ritmi d'aumento più consistenti; va comunque considerato che diversi criteri di attribuzione della cittadinanza (in Italia procedimenti complessi e lunghi) non rendono comparabili questi dati.

Ad influire maggiormente sull'incremento della presenza immigrata in Italia sono tre fattori strettamente collegati: la peculiare collocazione geografica – con confini molto estesi – in un'area a forte pressione migratoria; una programmazione dei flussi quantitativamente debole e operativamente inefficace; il realistico recupero, attraverso le regolarizzazioni, degli immigrati sprovvisti di permesso di soggiorno ma già inseriti nell'area del lavoro nero.

Sintetizzando gli ultimi dati resi disponibili dal Ministero dell'Interno e dall'ISTAT (fine 2004) possiamo notare come quasi il 65% degli immigrati regolari abbia un'età compresa tra 19 e 40 anni (circa il 49% donne). Il 37% proviene da paesi europei extra UE, il 24% dall'Africa (oltre il 16% da quella occidentale), il 17% dall'Asia (quasi il 9% da quella Orientale) ed oltre l'11% dall'America (poco meno del 9% dall'America Latina). La comunità albanese ha

superato le 316.000 unità (42,5% di donne); altre due comunità hanno raggiunto le 200.000 presenze (marocchina e rumena, rispettivamente con il 38% ed il 50% di donne). I cinesi hanno abbondantemente superato quota 100.000 (111.712, con 46,5% femmine) e gli ucraini hanno avuto l'incremento maggiore, attestandosi a oltre 93.000 unità ma con una presenza femminile di oltre l'83%. Complessivamente, sono quasi 190 le nazionalità rappresentate. Oltre il 66% degli immigrati in Italia è presente per motivi di lavoro, circa il 24% per motivi di famiglia, e per quasi il 7% per vari motivi (adozione, motivi religiosi, residenza elettiva): nel complesso si tratta di quasi il 97% del totale dei permessi di soggiorno, dato che caratterizza il fenomeno migratorio come componente strutturale del tessuto sociale, economico e culturale del nostro paese.

La componente migratoria irregolare è invece difficilmente quantificabile in maniera attendibile. Si stima che gli ingressi in Europa siano pari a circa 500.000 unità ogni anno. Dalle stime effettuate è emerso che il 75% degli immigrati irregolari è *overstayer*, cioè stranieri entrati con regolare permesso che permangono nel paese ospite anche dopo la scadenza; il 15% è invece entrato clandestinamente utilizzando documenti falsi o nascondendosi su mezzi di trasporto e, di questi, solo il 10% è composto da clandestini sbarcati sulle coste italiane. Un capitolo a parte riguarda i minori: da quando il loro numero è divenuto consistente (attualmente oltre mezzo milione), è fuorviante limitarsi a quelli registrati autonomamente dal Ministero dell'Interno; il suo archivio infatti, registra i minori, seppur non sistematicamente, solo in caso di ricongiungimento familiare o dopo il compimento del 14° anno d'età, tralasciando per esempio la registrazione delle diverse migliaia di nuovi nati ogni anno (circa la metà del totale). La presenza di minori e di famiglie ricongiunte fa sì che si passi da una condizione di tendenziale invisibilità sociale ad una relazione più intensa con il paese d'accoglienza, imponendo un rapporto più serrato tra le culture.

Una revisione bibliografica internazionale: potenzialità e limiti

Nella revisione della bibliografia gli spunti più interessanti sono venuti dal confronto tra la letteratura sanitaria e quella dell'area

umanistico-sociologica. Se consideriamo le disuguaglianze in salute è innegabile che alcune di queste, in particolari gruppi di individui, permangono dopo avere aggiustato i dati rispetto allo Status Socio Economico (d'ora in avanti SES)^{3,4,5}. Questo lascia presupporre che esistano altri fattori responsabili delle disuguaglianze propri di quel gruppo, non assimilabili al SES. Nazroo⁶ per esempio espone il caso della mortalità infantile dei bambini nati in USA da madri bianche e di colore. Pur esistendo un gradiente di mortalità crescente tra i nati da madri con basso e alto titolo di studio, i bambini nati dalle madri di colore hanno sempre una mortalità sensibilmente maggiore rispetto a quelli nati da madri bianche, tanto che i figli delle madri di colore più scolarizzate hanno comunque una mortalità superiore rispetto ai figli delle madri bianche meno scolarizzate. Alcuni autori finiscono pragmaticamente per ammettere che questo tipo di disuguaglianze evidenzino i limiti dell'integrazione fra diverse culture (e quindi difficoltà nella relazione tra servizi sanitari e gruppi culturali, maggiore esposizione a fattori di rischio, etc.), o aperti fenomeni di razzismo. Ciò che sembra evidente comunque è che essere di razza non bianca, di etnia differente, o non appartenere alla cultura dominante sia di per sé stesso un fattore di rischio. Verificare questi studi è molto più complesso del previsto, per due ordini di problemi: tecnici e concettuali. Le difficoltà tecniche risiedono nella raccolta di dati non affidabili, nel numero limitato di variabili in studio, nel loro valore istantaneo, nella disomogeneità e scarsa confrontabilità degli aspetti osservati^{4,5,6}. I problemi concettuali, invece, risiedono nella mancanza di consenso sulle categorie in esame. Uno studio del 2004 pubblicato su *American Journal of Epidemiology* ha evidenziato come tra il 1996 e il 1999 siano stati pubblicati su due riviste statunitensi di epidemiologia 919 revisioni della letteratura in cui venivano utilizzate per esprimere concetti di razza o etnia 27 variabili differenti. Il 33,3% di queste combinava i due concetti in un unico termine⁷. Inoltre la letteratura umanistico-sociologica ha da tempo evidenziato la scarsa consistenza "epidemiologica" delle categorie di razza/etnia per via della loro elaborazione all'interno di processi politici (definizione dei diritti e dei doveri dei cittadini rispetto agli stranieri, individuazione di categorie soggette a legislazioni speciali). Sintetizzando si può affermare che è la necessità politica di definire differenze che

spinge a cercare caratteristiche fisiche o sociali capaci di manifestarle e non il contrario. Allo stesso modo appare ridimensionato anche il ruolo delle categorie culturali, che nel mondo globalizzato, sono soggette alla complessità ed alla rapidità delle relazioni tra persone. Di conseguenza sarebbe più corretto discutere di processi di inculturazione piuttosto che di categorie culturali, con le evidenti ricadute che questo comporta anche in ambito di ricerca^{8,9,10}. Possiamo sintetizzare la questione “delle concretezze malriposte” con una frase di Alfred North Whitehead, logico matematico e filosofo della scienza: “Se noi pensiamo ad una scarpa come ad *una vera scarpa* non saremo in grado di usarla come un martello (quando non ci saranno martelli intorno a noi)”¹¹. Ma il fatto che razza/etnia e cultura non delimitano categorie consolidate non mette affatto in dubbio la presenza delle disuguaglianze, sottolinea invece la presenza di processi sociali che discriminano direttamente alcune classi di persone ed in queste classi, più frequentemente, ritroviamo individui che hanno sperimentato una storia di migrazione. Sono questi processi, più che caratteristiche etnico/razziali o culturali tipiche degli immigrati, quei fattori che influenzano la differente incidenza e gravità delle malattie e l’accessibilità ai servizi sanitari di questi gruppi rispetto alla media della popolazione generale. Questo tipo di disuguaglianze sono state verificate già nei rapporti Black¹² e Acheson¹³ e via via confermate in una quantità di studi successivi^{14,15}.

I gruppi con pregressa esperienza migratoria hanno mediamente un’aspettativa di vita inferiore alla popolazione generale, una mortalità infantile maggiore, riportano più frequentemente una cattiva salute^{6,16}, accedono più frequentemente in maniera scorretta ai servizi (sia sopra – che sottoutilizzo) e rischiano con maggior frequenza prestazioni inadeguate¹⁴. Per quanto riguarda l’esposizione a fattori di rischio, la letteratura rileva come questi gruppi tendono ad essere costretti a vivere in abitazioni di bassa qualità, sovraffollate, spesso confinati in aree urbane degradate, con meno servizi ed in cui è maggiore la criminalità¹⁷. Altro fattore di rischio rilevato in maniera consistente è senza dubbio la povertà. Le persone che hanno sperimentato la migrazione hanno mediamente, rispetto al resto della popolazione, tassi di povertà più elevati, tassi di disoccupazione più alti, ricevono salari più bassi e sono maggiormente dipendenti dal-

l'aiuto pubblico, quando esiste¹⁷. I lavoratori immigrati sono più frequentemente assunti con ruolo di 'non specializzati', in situazione di irregolarità e sottopagati, e sono sottoposti a lavori ad alto rischio per via dell'esposizione a tossici o ad ambienti di lavoro insalubri, con misure di protezione o equipaggiamento inadeguate od assenti, con orari di lavoro prolungati e con tutela insufficiente. A questo vanno aggiunti i problemi di natura linguistica o culturale, che possono aumentare il rischio lavorativo. In effetti, il tasso di infortunio degli immigrati in Europa è circa doppio del tasso di infortunio dei "nativi"¹⁷. L'accessibilità ai servizi, dal canto suo, può essere fortemente condizionata da diversi fattori: lo status giuridico del soggetto, che riduce la possibilità di accesso legale, con diverse gradazioni, a vari servizi, compresi quelli sanitari e di sicurezza sociale; il costo, in rapporto alle possibilità economiche degli utenti ed alle loro necessità, che negli immigrati risulta più frequentemente rilevante; la presenza di barriere fisiche all'accesso, dovute alla distanza, al collegamento mediante mezzi di trasporto pubblici, all'organizzazione (orari di apertura, numero di operatori, etc.), alla compatibilità con i ritmi di vita e di lavoro, e le disuguaglianze nell'informazione anche sanitaria, tutti fattori dipendenti dall'organizzazione sociale delle comunità e dal grado di integrazione nei networks locali.

In definitiva, le implicazioni concettuali e metodologiche rappresentano un potente stimolo per approfondire la conoscenza dei processi che in questo momento espongono in maniera consistente le popolazioni con esperienza migratoria a severe discriminazioni anche in ambito sanitario.

La salute degli stranieri immigrati: il caso Italia

La progettualità migratoria si motiva e si orienta verso un ventaglio di diverse possibilità: lavoro, ricongiungimento familiare, studio, asilo politico, migrazione ulteriore, etc. Se ancora oggi il principale motivo di immigrazione in Italia è a fini di lavoro (nel 2004 oltre il 66% dei permessi di soggiorno rilasciati), progressivamente crescente è stata, a partire dal primo quinquennio degli anni '90, la migrazione per ricongiungimento familiare, tipica di una seconda fase di migrazione, quella in cui il resto della famiglia raggiunge l'im-

migrato, qualora questi sia riuscito a realizzare una qualche forma di inserimento sociale (i permessi di soggiorno per motivi familiari alla fine del 2004 erano quasi il 24%).

Quali che siano le motivazioni iniziali, appare evidente come il tentativo migratorio sia messo in atto da quei soggetti che, per caratteristiche socio-economiche individuali e per attitudini caratteriali, hanno le massime possibilità di successo prevedibili, all'interno della comunità di riferimento, familiare o allargata. Questo esclude in partenza individui che non godano di apparenti buone condizioni di salute: non è certo casuale che, come abbiamo visto, i 2/3 di chi emigra abbia un'età giovane adulta; che appartenga, nel proprio paese, alle classi sociali meno svantaggiate (quelle più povere non potrebbero sostenere neppure le spese di viaggio); che abbia per lo più un medio grado di istruzione (il 73% ha almeno il titolo medio-inferiore)¹⁸. Il fisico sano garantisce possibilità maggiori di inserimento sociale, che spesso, soprattutto nelle prime fasi della permanenza nel paese ospite, è particolarmente difficile e permette la possibilità di rispondere ad un mercato del lavoro che offre opportunità di mansioni spesso molto faticose ed usuranti sul piano fisico. Tali considerazioni sostengono quello che, nella letteratura di settore, è stato definito l'«effetto migrante sano», concetto di inusuale efficacia sintetica che è stato adottato anche da Lemma, Costa e coll., in quella che si può considerare la prima trattazione organica pubblicata in Italia nel 1990 sul tema in oggetto, nell'ambito del volume «La salute degli italiani»¹⁹.

Da qualche anno disponiamo di diverse fonti di dati a livello nazionale che ci forniscono importanti spunti per analisi e riflessioni. In particolare, ci sembrano significativi (seppur con alcuni limiti metodologici) i dati relativi all'ospedalizzazione, in quanto rappresentano una quota rilevante dell'assistenza sanitaria, soprattutto per questa popolazione. Gli ultimi dati disponibili si riferiscono a episodi di ricovero per acuti avvenuti nel 2003 (altre analisi pubblicate si riferivano agli anni 1998 e 2000), sia in regime ordinario che di day-hospital, erogati da quasi 1.400 ospedali pubblici e privati (accreditati e non) presenti in Italia. Gli stranieri sono stati identificati in base alla cittadinanza, e proprio il riferimento al 2003, a ridosso della conclusione dell'ultima regolarizzazione, farebbe supporre un baci-

no esiguo di irregolarità e quindi dati sufficientemente rappresentativi dell'immigrazione in Italia. Coerentemente con quanto già emerso negli anni precedenti, ancora una volta si evidenzia il ricorso all'assistenza ospedaliera per motivi connessi soprattutto a eventi fisiologici (gravidanze) o accidentali (traumi), e ciò può indicare che la popolazione straniera gode ancora di un discreto stato di salute. L'incremento, anche se contenuto, dei ricoveri per cause connesse a malattie degenerative e cardiache o per chemioterapia, annuncia una modifica, nel medio e lungo periodo, dell'attuale profilo di salute degli immigrati. Tale cambiamento potrebbe essere causato dall'acquisizione di stili di vita differenti da quelli dei Paesi di origine, dalla diversa caratterizzazione socio-demografica dei nuovi flussi migratori (soprattutto dall'Europa dell'Est) e dal progressivo invecchiamento di questa popolazione: ciò, insieme all'aumento nel numero di ricongiungimenti familiari con il possibile ingresso di membri della famiglia più vulnerabili, lascia prefigurare una riduzione progressiva nel tempo dell'impatto dell'«effetto migrante sano»²⁰.

L'Italia, seppur tardivamente rispetto all'emersione del fenomeno immigratorio, si è dotata di una normativa sanitaria particolarmente attenta e lungimirante: regolata da alcune norme nazionali (Artt. 34-36 del D.Lgs. 286 del luglio 1998, dal titolo: «*Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero*»; Artt. 42-44 del D.P.R. n. 394 del 31 agosto 1999 – suo Regolamento d'attuazione; Circolare 24 marzo 2000, n. 5 del Ministero della Sanità) e condizionata dalle politiche locali, tale normativa ha l'obiettivo dichiarato di includere a pieno titolo gli immigrati in condizione di regolarità giuridica, ed i loro familiari, nel sistema di diritti e doveri per quanto attiene l'assistenza sanitaria, a parità di condizioni e di opportunità con i cittadini italiani. Il diritto all'assistenza è stato esteso anche a coloro che sono presenti in Italia in condizione di irregolarità giuridica e clandestinità, garantendogli, oltre le cure urgenti, anche quelle essenziali, ancorché continuative, ed i programmi di medicina preventiva. Per non ostacolare l'accesso alle cure, è stato vietato, da parte delle strutture sanitarie, la segnalazione all'autorità di polizia della presenza di immigrati clandestini che richiedono aiuto medico.

Questa impostazione, accompagnata da una crescente “disponibi-

lità” da parte degli amministratori locali e degli operatori sanitari, si sta traducendo in un progressivo aumento dell’accessibilità ai servizi e miglioramento delle condizioni di salute, almeno per alcuni ambiti²¹.

Significativa è una ricerca pubblicata dall’Istituto Superiore della Sanità²², che ha indagato e monitorato nel tempo alcuni punti critici del ‘percorso nascita’ tra le donne immigrate provenienti da Paesi ad economia meno avanzata raffrontandoli con le italiane. Lo studio, partito nel 1995-96, è stato riproposto nel 2000-01 al fine di valutare i cambiamenti avvenuti nel tempo e l’influenza della normativa introdotta nel 1998. In generale, con l’ultima rilevazione, si è osservato un miglioramento dell’assistenza in gravidanza, parto e puerperio. Ad esempio, è diminuita la percentuale di donne che ha effettuato la prima visita dopo il 1° trimestre (da 25% a 16%), il numero di ecografie ha raggiunto quello previsto dai protocolli nazionali e il mese della prima ecografia è risultato essere, in media, il 3° come tra le italiane. Recenti studi evidenziano come in alcuni contesti regionali, come l’Emilia Romagna, siano scomparse anche differenze relative agli esiti alla nascita.

Anche nell’ambito delle malattie infettive ci sembra opportuno sottolineare il dato di una sensibile riduzione dei tassi tra gli stranieri affetti da AIDS: nel periodo 1992-2003 la diminuzione è risultata mediamente del 59% tra i maschi e del 21% tra le femmine. Tale diminuzione è stata particolarmente evidente a partire dal triennio 1998-2000 ed ha riguardato tutte le classi d’età, riflettendo il trend osservato tra gli italiani; a nostro avviso ciò potrebbe significare una maggiore accessibilità alle cure più efficaci²³. Anche i ricoveri per tubercolosi si sono ridotti sia in numero assoluto che in percentuale passando da 1.109 (2,4% di tutti i ricoveri) nel 2000 a 791 (0,9%) nel 2003, dalla terza alla settima causa, forse per una maggiore appropriatezza dei percorsi assistenziali per questa popolazione (meno ricoveri ripetuti). Infine l’evidenza di un trend di maggior ricorso al day hospital (+188% nel 2003 rispetto alla rilevazione di tre anni prima), potrebbe significare percorsi assistenziali più adeguati e quindi interventi sanitari più tempestivi ed efficaci².

A fronte di ciò, i dati disponibili indicano però anche il persistere, se non un’accentuazione, della fragilità sociale di questa popolazio-

ne: paradigmatici sono i casi delle interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) e dell'infortunistica sul lavoro.

In particolare le IVG sono passate da 10.131 casi nel 1996 (7,4% del totale delle IVG), a 21.201 (15,9%) nel 2000 a 31.836 (26%) nel 2003. Anche i tassi di abortività (che tengono conto di una popolazione specifica in continuo aumento) indicano un ricorso all'IVG significativamente maggiore tra le donne straniere rispetto alle italiane (rispettivamente 35,5 e 8,1 per 1.000 donne in età feconda nel 2002) ed in progressivo aumento (erano 28,0 e 9,1 nel 1996; 29,7 e 8,5 nel 2000)²⁴.

Una recente indagine multicentrica che ha indagato sulle motivazioni all'IVG delle donne immigrate, enfatizza la precarietà sociale e l'incerto livello d'accoglienza come elementi in grado di influenzare le scelte riproduttive e di tradursi in una maggiore difficoltà di accesso alle strutture sanitarie.

Sempre a dinamiche di natura sociale (più frequente esposizione a lavoro irregolare, a mansioni più rischiose, minor protezione sindacale e sul lavoro, minor cultura preventiva occupazionale), sembrano riconducibili i dati relativi agli infortuni sul lavoro tra gli stranieri²⁵. Le stime più recenti elaborate dai dati Inail parlano infatti di un rischio infortunistico pari ad oltre il 6,5%, cioè più che doppio rispetto a quello degli italiani, pur con differenziazioni per aree territoriali.

Riassumendo, a fronte di fattori protettivi quali la struttura anagrafica della popolazione immigrata e l'autoselezione alla partenza, si può riconoscere il rischio di una fragilità sociale di questa popolazione che, pur nella sua eterogeneità, mostra ambiti di sofferenza sanitaria in gran parte imputabili a incerte politiche di integrazione soprattutto in ambito locale, a difficoltà di accesso ai servizi, a problematiche relazionali-comunicative^{26,27}.

Considerazioni e prospettive

La particolare complessità, annunciata nelle premesse, inerente il tema affrontato (e le inevitabili lacune che ne hanno caratterizzato lo sviluppo), restringono l'orizzonte delle conclusioni ad alcune sottolineature e raccomandazioni.

Una prima considerazione riguarda il compito della scienza, e ci fa dire, con Nancy Krieger, che *“l’obiettivo più ampio è quello di sostenere lo sviluppo di una scienza più critica, riflessiva e rigorosa, capace di produrre evidenze utili a correggere – piuttosto che a perpetuare – le disparità sociali nella salute”* (2005). Una seconda, di carattere tecnico-metodologico, attiene la necessità di sostenere e ravvivare, attraverso il confronto tra i ricercatori, l’individuazione degli approcci e dei metodi che meglio possono consentire, nella lettura dei sistemi sanitari, l’individuazione delle possibili disuguaglianze nella salute e delle loro effettive cause. Ciò, viste le dimensioni del fenomeno migratorio in Europa, sarebbe auspicabile avvenisse sempre più a questo livello. Nel nostro paese, uno specifico orientamento di ricerca epidemiologica sulle disuguaglianze è stato, finora, ristretto ad un esiguo numero di studiosi: sarebbe quindi particolarmente opportuno che sia le istituzioni sanitarie, a livello nazionale e regionale, sia la comunità scientifica – includendo le società scientifiche insieme alle università – dimostrassero una maggiore sensibilità al tema.

Oltre al doveroso richiamo ad applicare le specifiche norme vigenti, una raccomandazione rivolta a tutti coloro che operano in sanità, spesso animati dalla volontà di assistere i pazienti stranieri secondo le loro migliori capacità professionali ma scoraggiati dalla sensazione di una sostanziale incomprensione reciproca, è quello di accettare la diversità senza farsene “schiacciare”. Diverse esperienze, anche in Italia, hanno infatti dimostrato che non occorre conoscere tutte le culture del mondo per poter assistere adeguatamente pazienti provenienti da tutto il mondo. Occorre piuttosto sviluppare una capacità di approccio che viene definito ‘transculturale’ proprio perché in grado di superare le difficoltà proposte dalle differenze culturali, verso cui si può gradualmente costruire una visione equilibrata, cioè capace di non sottovalutare né di sopravvalutare, anche nel campo della salute, il portato della diversità²⁶. Questo percorso dovrebbe essere però sostenuto da una adeguata formazione di tutti gli operatori della salute, siano essi clinici o amministrativi, cui si raccomanda di richiederne l’organizzazione ai contesti in cui operano. Quello formativo rappresenta infatti il principale strumento di messa in moto delle risorse e delle dinamiche che, nel loro complesso, offrono la possibilità di operare una “mediazione di sistema”, in gra-

do di accogliere e trattare il paziente eteroculturale in modo da offrirgli le stesse opportunità degli altri pazienti. Un notevole aiuto a tale processo può essere offerto attraverso una maggiore integrazione di operatori sanitari stranieri a tutti i livelli. Tale orientamento, per non correre il rischio di depauperamento delle già scarse risorse professionali di molti paesi di emigrazione (il cosiddetto *brain drain*), dovrebbe riguardare le persone già presenti sul territorio garantendo, con le opportune verifiche, il riconoscimento dei titoli professionali acquisiti nel paese di origine, e pari condizioni con i cittadini italiani per la formazione e la professionalizzazione sanitaria dei giovani.

In ultima analisi, se è innegabile che la sempre maggiore diversità alimentata dal fenomeno migratorio propone alla società elementi critici e complessi, dal nostro punto di vista la stessa diversità è, al contempo, occasione preziosa di stimolo a costruire una società più equa e solidale. Ciò presuppone però la capacità di promuovere ed attuare politiche di integrazione istituzionale e non istituzionale, anche nel campo della salute, dei 'nuovi' cittadini, in grado di favorire e di difendere lo sviluppo e la coesione sociale.

Note bibliografiche

¹ S. Rawaf, V. Bahl (Eds.), *Assessing health needs of people from minority ethnic group*, Royal College of Physicians, London 1998.

² Caritas/Migrantes. *Immigrazione Dossier statistico 2005 - XV Rapporto*, Edizioni Nuova Anterem, Roma 2005.

³ P. Braveman, C. Cubbin, S. Egerter *et al.*, *Socioeconomic status in health research: one size does not fill all*, JAMA, 2005, 294 (22): 2879-88.

⁴ C. Smaje, J.L. Grand, *Ethnicity, equity and the use of health services in the British, NHS*, "Soc. Sci. Med.", 1997, 45 (3): 485-96.

⁵ D.R. Williams, C. Collins, *US socioeconomic and racial differences in health: pattern and explanations*, "Ann Rev Sociology", 1995, 21: 349-86.

⁶ J.Y. Nazroo, D.R. Williams, *The social determination of ethnic/racial inequalities in health*. In: *Social determinant of health*, Oxford University press, Oxford 2006.

⁷ R.D. Comstock, E.M. Castillo, S.P. Lindsay, *Four-Year Review of the Use of Race and Ethnicity in Epidemiologic and Public Health Research*, "Am J Epidemiol", 2004, 159: 611-19.

⁸ N. Krieger, D.R. William, N.E. Moss, *Measuring social class in US public health research: concepts, methodologies and guidelines*, "Ann Rev Public Health", 1997, 18 (12): 341-78.

⁹ J. Amselle, *Logiche Meticcie. Antropologia dell'identità in africa e altrove*, Bollati Borinieri editore, Torino 1999.

¹⁰ U. Hannerz, *La complessità culturale, l'organizzazione sociale del significato*, Società Editrice il Mulino, Bologna 1998.

¹¹ A. Whitehead, *Process and reality*, Harper, New York 1929, p. 11.

¹² D. Black, J.N. Morris, C. Smith, P. Townsend, *Inequalities in health*, Department of Health and Social Services, 1980. Disponibile al sito: <http://www.sochealth.co.uk/history/black.htm>

¹³ D. Acheson, *Independent inquiry into inequality in health*, The Stationery Office, 1998. Disponibile al sito: <http://www.archive.official-documents.co.uk/document/doh/ih/contents.htm>

¹⁴ D. Brian, B.D. Smedley, Y. Adrienne, A.Y. Stith, R. Alan, A.R. Nelson (Eds.), *Committee on Understanding and Eliminating Racial and Ethnic Disparities in Health Care, Unequal Treatment. Confronting racial and ethnic disparities in health care*, Institute of Medicine, D.C., The National Academies Press, Washinton 2002. Disponibile al sito www.iom.edu

¹⁵ M. Marmot, *The influence of Income on health: views of an epidemiologist*, Does money really matter? Or is it a marker for something else?, "Health Affairs", 2002, 21(2): 31-46.

¹⁶ J. Banks, M. Marmot, Z. Oldfield, J.P. Smith, *Disease and Disadvantage in the United States and in England*, JAMA, 2006, 295: 2037-45.

¹⁷ WHO. International Migration, Health & Human Rights. 2003. Disponibile al sito: <http://www.who.int>

¹⁸ M. Marceca, S. Geraci, *Immigrazione e salute*, in M. Geddes, G. Berlinguer (Eds.), *La salute in Italia*, Rapporto 1997, Ediesse, Roma 1997, pp. 169-99.

¹⁹ P. Lemma, G. Costa, L. Bandera, P. Borgia, *Stranieri in Italia: lo stato di salute e il sistema sanitario*, in M. Geddes, *La salute degli italiani*, La Nuova Italia Scientifica, Roma 1990, pp. 225-35.

²⁰ S. Geraci, G. Baglio, *Salute delle popolazioni immigrate*, Rapporto Osservasalute 2005. Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane, Università Cattolica del Sacro Cuore, Prex SpA., Milano 2005, pp. 169-86.

²¹ M. Marceca, *La salute*, in *Fondazione ISMU – Iniziative e Studi sulla Multietnicità. Undicesimo Rapporto sulle migrazioni 2005*, Franco Angeli, Milano 2006, pp. 187-201.

²² A. Spinelli, M.E. Grandolfo, S. Donati, et al., *Assistenza alla nascita tra le donne immigrate*, in A. Morrone, A. Spinelli, S. Geraci, et al. (Eds.), *Immigrati e zingari: salute e disuguaglianze*, Rapporti Istituzionali 03/4, Istituto Superiore di Sanità, Roma 2003, pp. 11-23.

²³ L. Cacciani, A. Rosano, S. Boros, et al., *Andamento dei casi di AIDS diagnosticati in Italia tra gli stranieri (1992-2003)*, in "Atti della IX Consensus Conference sull'immigrazione e del VII Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni", Palermo 2006, pp. 118-22.

²⁴ E. Forcella, G. Baglio, G. Guasticchi, et al., *IVG e contraccezione nelle donne immigrate*, in "Atti IX Consensus Conference sull'immigrazione, VII Congresso Nazionale SIMM", Palermo 2006, pp. 158-65.

²⁵ M. Marceca, *La salute*, in G. Zincone (Ed.), *Commissione per le Politiche di integrazione degli immigrati. Secondo rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia*, il Mulino, Bologna 2001, pp. 215-42.

²⁶ S. Geraci, B. Maisano, M. Mazzetti, *Migrazione e salute. Un lessico per capire. Studi Emigrazione*, Centro Studi Emigrazione, Roma 2005, 157: 7-51.

²⁷ F. Vannoni, E. Cois, *L'emarginazione sociale*, in G. Costa, T. Spadea, M. Cardano (Eds.), *Diseguaglianze di salute in Italia*, "Epidemiol Prev", 2004, 3 (suppl.), 32-9.

Postfazione

Salute e Diritto.

Pensieri per una progettualità di ricerca

di Gianni Tognoni*, Marta Valerio** e Marilena Romero**

I. *Premessa*

I tanti contributi di questo libro, articolati attorno al tema della disuguaglianza, propongono un insieme di dati, fatti, scenari che permettono di avere una visione, complessiva e dettagliata, dell'estensione e delle implicazioni epidemiologiche, politiche, culturali del processo che (in modo accelerato negli ultimi 10-15 anni) ha fatto della disuguaglianza sanitaria non solo un indicatore privilegiato, ma una vera e propria protagonista del mondo globale.

L'ipotesi che ha suggerito questa riflessione – nei termini riassunti dal titolo – può essere così formulata:

a) la constatazione e la descrizione documentata della centralità della disuguaglianza sono una acquisizione sempre più solida, che include non solo il presente, ma che si proietta come un dato di fatto anche per un futuro di cui è molto incerta la durata: è sufficiente “vedere” la facilità con cui vengono contestualmente aggiornate e dilatate le scadenze annunciate per i progetti altisonanti che hanno affollato di impegni e promesse, specificamente nel campo sanitario, i primi anni del millennio, (per non parlare dei programmi della FAO, o della eradicazione della povertà)¹.

b) C'è un rischio concreto che la constatazione-descrizione si traduca nel recepimento “di fatto” di una trasformazione della salute in **uno** degli indicatori dell'economia: non però come segnale d'allarme di una deriva culturale e di civiltà, ma come una “variabile dipendente”, cui è assegnato il compito (e ancor più: il destino obbligato) di adattarsi alla più generale evoluzione “globale”, che non risponde a criteri di diritto, ma di compatibilità-sostenibilità economica.

* Tribunale Permanente dei Popoli e Consorzio Mario Negri Sud, S. Maria Imbaro.

** Gruppo di lavoro “Diritti e Salute” Laboratorio di Farmacoepidemiologia Consorzio Mario Negri Sud, S. Maria Imbaro.

La sottrazione “di fatto” della salute-sanità dal capitolo del diritto alla vita (che rimanda ai diritti universali o costituzionali, e non ai tanti e frammentati diritti all’uno o all’altro intervento, o a “livelli essenziali di assistenza”²) rappresenta il quadro di riferimento entro il quale rileggere-ripensare le constatazioni-descrizioni della/e diseguaglianza/e, se si vuole ridurre il rischio di trovarsi a rincorrere-sperimentare soluzioni di “aggiustamento”. Rinunciare ad una logica di diritti fondamentali finirebbe inevitabilmente per accettare una logica simile a quella dei “codici di condotta” contrattati con le multinazionali, per non porne in discussione l’autonomia o l’immunità per quanto riguarda le macrodecisioni anche nei settori che toccano i “beni comuni”. O accettare le “politiche di riduzione del danno”, come un insieme di pratiche assistenziali o solidali, ma staccate da un quadro di riferimento centrato sui diritti inviolabili delle persone. O contrattare le “quote di immigranti”, che non siano esplicitamente viste e programmate sui tempi più brevi possibili, come risposte riconosciute inadeguate, e in-attesa-di-legalità rispetto ai diritti costituzionali.

d) La restituzione della salute-sanità, e del suo ruolo di indicatore di diseguaglianza, al capitolo dei diritti umani fondamentali sembra un obiettivo “ovvio”. È tanto più sorprendente la crescente difficoltà e rarità della sua utilizzazione nella letteratura della diseguaglianza: la crisi della “obbligatorietà” dei diritti umani che ha caratterizzato gli ultimi anni (in modo più esplicito con la re-introduzione della guerra e delle politiche di sicurezza, come possibilità, o addirittura stella polare della politica) tocca in modo importante la cultura, la concettualizzazione, la modalità di implementazione dei “piani sanitari”: questi sono, sempre più esclusivamente, capitoli di “finanziarie”, di cui non è certo necessario sottolineare l’assoluta noncuranza per categorie e preoccupazioni relative ai diritti fondamentali. Ciò succede a livello internazionale, così come nella realtà anche dei sistemi sanitari più classicamente radicati in una cultura “acquisita” della salute come diritto: l’Italia e più in generale l’Europa, insegnano.

e) L’ovvietà della coincidenza salute-diritto deve essere dunque riconsiderata come **progetto di ricerca** sia a livello concettuale che operativo: le descrizioni e proiezioni di disuguaglianza non possono essere disgiunte da sperimentazioni concrete, sistematiche di una

sua “evitabilità”, che non può essere solo enunciata, ma monitorata con “misure di esito”. Evocare una prospettiva – che è anzitutto una logica, un atteggiamento – di ricerca non è un esercizio di denominazione linguistica. Indica da una parte l’importanza-centralità del problema, sottolinea dall’altra la necessità di una progettualità esplicita, documentabile, realistica, prolungata nel tempo, che tocca strutturalmente la scelta, la qualificazione, l’utilizzazione di obiettivi ed end-points, che siano non solo (né principalmente) “misure di salute”, ma indicatori di diritto.

Proviamo ad esplicitare i perché, le modalità, le possibili implicazioni di una logica di ricerca.

II. *Guida a un esercizio di memoria*

Il pro-memoria che può servire da ponte (e da giustificazione, se necessaria) tra l’ipotesi-proposta che si è formulata, ed il suo sviluppo, è riassumibile nella serie di acronimi (e di riferimenti “normativi”) riportati nella Tabella 1.

Nulla di nuovo: solo una sinossi che permette di ubicarsi anche cronologicamente nella evoluzione dei linguaggi e scenari attraverso cui si è sviluppato il rapporto salute-diritto. Il commento-racconto che segue esplicita gli acronimi e fa direttamente entrare in scena un po’ tutti gli attori (concetti, istituzioni, contesti) che diventano poi i protagonisti della terza parte, propositiva.

1. *Memoria del diritto.*

I diritti umani proclamati dalle Nazioni Unite (**UN/HR**) rappresentano (all’indomani della 2^a guerra mondiale, e della “banalità del male” di Auschwitz, Hiroshima, ...; e in coincidenza con l’inizio dell’era della medicina come capacità di offrire risposte tecnologiche alle malattie: penicillina e streptomina ne sono i primi “indicatori”) il quadro di riferimento e l’ossatura del “nostro tempo”. La loro universalità (=affermazione, programma, obbligo di estenderne la fruizione inviolabile a tutti gli umani) è l’impegno-progetto di ricerca. La Organizzazione Mondiale della Sanità (**WHO**) ne è la prima agenzia operativa: il diritto alla vita ha nella sanità-salute uno dei

Tabella 1. Le tante storie suggerite-nascoste dagli acronimi.

<p>1. Memoria del diritto</p> <p>UN/HR ► WHO ► HFA ► WB ► GBD ► WTO ► ICC ► GF/MDGs ► SDH</p>
<p>2. Costituzioni e Sistemi Sanitari</p> <p>NHS ► Art. 3; 32 (Cost. It.) ► SSN ► USL ► ASL</p>
<p>3. Il percorso esemplare della sperimentazione clinica</p> <p>RCT ► Helsinki ► E-E/ED ► EBM ► Oviedo ► GCP/ICH ► CI ► EMEA ► DecMin. 43/2005</p>
<p>Note</p> <p>1) Si è fatta la scelta – apparentemente più criptica – di acronimi, per rendere sinotticamente visibile l'evoluzione del rapporto diritto-salute, attraverso l'evolversi dei termini, e degli universi di valore, divenuti veri e propri "logo". A livello della letteratura tecnica e della "rappresentazione" politica, questi logo hanno (spesso) finito per nascondere-sostituire la realtà che avrebbero dovuto garantire-promuovere. Si sa che fa parte del ruolo del "logo" dare l'idea che "tutto è sotto controllo". 2) Gli acronimi fanno riferimento ai loro termini originali inglesi (salvo le ovvie eccezioni italiane), perché sono quelli che più ricorrono nella letteratura (scientifica e politica), e come tali sono [per lo più] citati anche nella pratica corrente (vedi in modo specifico, quanto si riferisce alla sperimentazione clinica). 3) Per favorirne un riconoscimento più facile, si ricordano i termini originali riassunti negli acronimi, con una brevissima qualificazione per rendere più comprensibili quelli meno "ovvi" (una loro lettura più contestualizzata è proposta nel testo).</p> <p>1. Memoria del diritto</p> <p>UN/HR: United Nations/Human Rights. WHO: World Health Organization. HFA: Health for All: è il logo che riassume la "progettualità di diritto" della WHO, verso la fine degli anni '70, a partire specificamente dalla conferenza di Alma Alta (1978), che definisce le condizioni e le priorità di una sanità che abbia al suo centro i bisogni fondamentali delle popolazioni, in un tempo che iniziava a documentare la concentrazione degli interessi e delle risorse sulle tecnologie. WB: World Bank. WTO: World Trade Organization: vedi testo. GBD: Global Burden of Disease (1996) vedi testo. ICC: International Criminal Court (Corte Penale Internazionale, istituita ufficialmente nel 1998 come organo delle Nazioni Unite) competente sui crimini contro l'umanità, riconosciuta dalla quasi totalità dei Paesi, con le notevolissime eccezioni di USA e Cina (vedi testo). GF/MDGs: Global Fund/Millennium Development Goals. SDH: Social Determinants of Health (vedi testo e capitolo di G. Berlinguer).</p> <p>2. Costituzioni e Sistemi Sanitari.</p> <p>Tutti i termini dovrebbero essere chiari. Gli articoli della Costituzione Italiana sono quelli che più direttamente garantiscono-definiscono il rapporto tra diritto (costituzionale-fondamentale) e salute-sanità.</p> <p>3. Il percorso esemplare della sperimentazione clinica.</p> <p>Helsinki, Dichiarazione di –: è il documento "etico", adottato dalla comunità medico-scientifica internazionale come codice di comportamento, con valore semi-normativo: l'adesione ai suoi principi è "di fatto" considerata vincolante per la conduzione di sperimentazione-ricerca negli esseri umani.</p> <p>Oviedo, Convenzione di –: è così chiamata la "Convenzione Europea per la protezione dei diritti umani e la dignità dell'essere umano riguardo alle applicazioni della biologia e della medicina". Adottata nel 1997, è stata integrata con protocolli aggiuntivi a partire dal 1998, di cui quello specifico sulle sperimentazioni è stato adottato nel 2001. GCP/ICH: Good Clinical Practice – International Conference on Harmonisation. Direttive internazionali recepite nelle legislazioni nazionali che regolano le procedure da adottare nel condurre in modo corretto le sperimentazioni cliniche che hanno come oggetto specifico lo studio di farmaci di cui è prevista una valutazione da parte delle autorità regolatorie, in vista di una loro immissione sul mercato. I principi di GPC/ICH si applicano di fatto a tutte le sperimentazioni che abbiano come obiettivo la valutazione controllata di interventi terapeutico-assistenziali.</p>

suoi indicatori privilegiati, per la sua capacità di rendere visibile, comprensibile, misurabile la concretezza della universalità. La salute per tutti (**HFA**), alla fine degli anni '70 (si era appena concluso formalmente il processo della de-colonizzazione, indicatore primo della obbligatorietà-universalità dei diritti umani) riassume e conferma la pertinenza e la validità della salute come obiettivo da perseguire per tutti, dandosi scadenze, misure non vaghe. Gli anni '90 vedono l'irrompere sulla scena della sanità un protagonista, certo non ignoto, ma sicuramente "nuovo", per il ruolo che si attribuisce accanto ed in posizione dominante rispetto alla WHO, la Banca Mondiale (**WB**): il peso dei suoi Rapporti – che toccano le definizioni e gli immaginari delle categorie di riferimento, prima ancora delle pratiche – si fa sentire presto: dopo la appassionata dichiarazione di interesse per la povertà (1990), la salute è descritta-esaltata come area di "investimento" (1993): il rapporto sul Global Burden of Disease (**GBD**) del 1996 può a questo punto ridisegnare (letteralmente) la mappa del mondo, e le nuove regole-gerarchie del linguaggio: le malattie, e non la salute, sono le protagoniste; l'attenzione è sul loro "carico" (che richiama quello del "debito": il "debt burden" era da 10 anni il criterio "diagnostico" che determinava le "ricette" economiche e politiche per i paesi, da parte del gemello della WB, l'International Monetary Fund, IMF), non sul diritto alla loro evitabilità. La mappa delle malattie coincide di fatto con il PIL, che non è proposto come **una** variabile, né tantomeno **una** "causa": la geografia economica è più penetrante della genetica: nelle mappe e nelle prospettive del GBD, le regioni "sanitarie" del mondo indicano chi ha e chi non ha "speranza di vita", semplicemente quantificandone la capacità di produrre ricchezza commerciabile. La globalità (= la visione d'insieme, che permette di proiettare tendenze di "mercato", fino al 2020: senza bisogno di riferimento alle persone reali) sostituisce l'universalità. La sanità-salute è pronta ad entrare così tra le aree di competenza – in quanto basata su merci da sviluppare e distribuire per gestire il "carico delle malattie" – dell'Organizzazione Mondiale del Commercio (**WTO**). La entrata in funzione di questa agenzia atipica, non espressione delle Nazioni Unite, coincide cronologicamente con il GBD, e si dota immediatamente (prima ed unica delle agenzie internazionali) di un Tribunale con potere di intervento-sanzione sulle

violazioni alle regole del libero scambio di tutto ciò che può essere considerato un “bene economico”. Coerentemente con questa applicazione tanto tempestiva della “obbligatorietà” del diritto delle merci, non è certo una coincidenza casuale (basta vedere la letteratura pertinente) che la istituzione della Corte Penale Internazionale nel 1998 (International Criminal Court, **ICC**) escluda positivamente dalle sue competenze tutti i crimini contro i diritti delle persone, commessi per ottemperare alle “leggi” dell’economia.

Il passaggio di Millennio è celebrato con un rilancio di progetti che neppure lontanamente hanno come riferimento il diritto: al di là della loro solennità e la focalizzazione sulle diseguaglianze sociali e sanitarie, il Millennium Development Goal (**MDG**) ed il Global Fund (**GF**), tra gli altri, evocano per la loro logica, programmi di intervento umanitario che si attivano in caso di catastrofi, eventi occasionali, storici. Di fatto permettono, e giustificano, l’impossibilità di interventi strutturali, ed evitano accuratamente il riferimento alla obbligatoria universalità degli HR, su cui si era aperta questa storia. Segno di speranza (od indicatore della non-più-procrastinabile necessità di dare una immagine “con volto umano” a politiche di cui accettare la “fattualità”) la Commissione sui Determinanti Sociali della Salute (**SDH**) re-introduce (non nei bilanci, ma almeno nel linguaggio) la articolazione della salute (e non principalmente delle malattie come era il caso del GBD) con la vita reale delle società, nello stesso anno 2005 in cui si “constata” il fallimento del primo quinquennio di programmi globali³.

2. Costituzioni e sistemi sanitari.

Non è difficile riconoscere lo stretto parallelismo tra il passaggio dall’universalità del diritto alla vita-salute all’appiattimento globale sull’economia, e la evoluzione dei sistemi sanitari nazionali: il **NHS** (National Health Service) inglese (istituito già nel 1948, quasi come “istintiva” garanzia di diritto da opporre alla desolazione sperimentata nella 2^a Guerra Mondiale), ed il **SSN** (Servizio Sanitario Nazionale) italiano, (realizzato 30 anni dopo la formulazione dei dettati costituzionali degli Artt. 3, 32) traducevano i diritti universali (**HR**) in strumenti socio-sanitari di implementazione-verifica, con una accen-

tuazione della loro fruibilità locale (**USL**). A partire dagli anni '90 (ancora una volta le coincidenze cronologiche con il percorso descritto sopra non sono casuali) i sistemi sanitari cambiano il loro universo di riferimento culturale, e perciò la loro "genetica". La centralità dichiarata è quella della gestione economicamente efficiente: di fatto al di là della "ovvia" esigenza di una attenzione ai costi gestionali di sistemi sempre più complessi e tecnologici, ciò che conta è il gioco dei nomi e dei linguaggi: "servizio" rimanda sempre più ai comparti organizzativi ed economici dei "servizi": i bilanci sono separati dalla epidemiologia: il "budget" è obiettivo, misura di appropriatezza, outcome, legittimità, identità, finalità, lingua che sostituisce e su cui si misura la sanità-diritto. Esemplare, in modo perfino patetico per la sua rozzezza culturale, la trasformazione "aziendale" italiana, **ASL**, irricevibile persino nella sua intraducibilità in altre lingue.

3. Il percorso esemplare della sperimentazione clinica.

Per quanto possa sembrare "fuori tema", è essenziale in questo esercizio di memoria mirato a motivare una strategia di ricerca, dare almeno uno sguardo al rapporto tra l'universo del diritto e quello della sanità nell'ambito specifico della "sperimentazione umana". Due le ragioni principali:

- a) al processo sui crimini nazisti a Norimberga la medicina era stata tra i protagonisti-indicatori della capacità di de-rubricare gli umani dal diritto in nome della sperimentazione-ricerca di conoscenze-soluzioni funzionali alla "razionalità" della gestione della società (e sappiamo ogni giorno di più che la de-umanizzazione fino alla eliminazione degli umani "diversi", non era stata una prerogativa solo nazista);
- b) tra i protagonisti-indicatori dello sviluppo della medicina, come scienza-produttrice-di salute, e come area di interfaccia con il mercato, i farmaci sono assolutamente centrali (insieme alle tecnologie): ne sono il filo conduttore, ed hanno nella ricerca-sperimentazione (su/con/per gli umani?) il loro strumento privilegiato.

Il punto di partenza è contemporaneo alla dichiarazione dei diritti umani (HR): il diritto alla vita richiede strumenti affidabili (= tendenzialmente universali, applicabili a tutti i portatori dei bisogni per

i quali si cercano risposte). L'adozione "formale" di una metodologia, che rende più probabile la affidabilità è il *randomized clinical trial* (RCT)⁴. La penetrazione di questa logica di responsabilità è tutt'altro che rapida ed universalmente applicata. Si arricchisce, strada facendo, di un suo strumento regolatorio (di diritto? etica?): **la dichiarazione di Helsinki** (che dopo circa 20 anni sostituisce il Codice di Norimberga). Versione dopo versione (fino a quella più recente, e tuttora spesso controversa e disattesa, del 2004), questo documento è il "mantra" citato e recitato ancor oggi in tutti i protocolli: vera professione di fede: di fatto pochissimo conosciuto nella sua sostanza: molto simile alla recita rituale dei "diritti umani": obbligatori come autocertificazione, in tutti gli scenari internazionali (compresi, o soprattutto, in quelli di guerra).

L'accelerazione dello sviluppo tecnologico-farmacologico porta negli anni '70 a fare il punto sulla reale coerenza tra gli strumenti di intervento sanitario, e la loro capacità di fornire le risposte necessarie e dovute. Siamo tra il 1972 e il 1977: c'è una fortissima complementarità (oltre che una contiguità-articolazione cronologica) tra:

a) da una parte:

la concettualizzazione di A. Cochrane⁵ sulla obbligatorietà di garantire con il RCT rigore di verifica indipendente a tutti gli interventi con farmaci o tecnologie. Solo con una vigilanza permanente, come parte di un dovere di cittadinanza, è possibile garantire la coincidenza di efficacia e diritto di accesso. Se questa progettualità manca, la tecnologia diventa facilmente funzionale ad un uso "non di salute pubblica" (= consumo, mercato, espressione di lobbies di potere): la **Efficacia** clinica documentata nei trial deve essere misurabile in termini di **Efficacia** epidemiologica (Efficacy → Effectiveness: **E-E**);

b) dall'altra:

[la lista de]i farmaci essenziali della WHO (Essential Drugs, **ED**), che riassume, giudica, interpreta la prima era dello sviluppo farmacologico, sottolineando che i farmaci che garantiscono vita alle popolazioni attraverso la libertà dalle malattie appartengono alla sfera del diritto e non del mercato: sono "essenziali"^{6,7}.

La microstoria dell'ultima parte di questa sezione della Tabella è lo specchio della macrostoria ricordata nello scenario 1 su Memoria del Diritto: il "controllo" della sperimentazione non ha più a che fa-

re con i suoi contenuti e la sua sostanza (v. dichiarazione di Helsinki: la sperimentazione è legittima se si propone di fornire risposte nuove ed efficaci a bisogni inevasi) ma con le sue procedure: le regole di Good Clinical Practice (**GCP**) vengono globalizzate e rese vincolanti per le politiche registrative attraverso la International Conference on Harmonization (**ICH**): come per qualsiasi merce le direttive di mercato-registrazione non devono rispondere ad un bisogno-progetto: sono sufficienti criteri verificabili di qualità commercialmente competitiva e di sicurezza. Con la Evidence Based Medicine (**EBM**) la logica EE/ED sembra divenire regola generale, anche se pochi anni sono sufficienti per dirigerne l'evoluzione verso una accentuata vocazione regolatoria-aziendale. Contestualmente all'etica di Helsinki si aggiunge il "diritto" della Convenzione di **Oviedo**, e dei suoi protocolli aggiuntivi, culturalmente e normativamente importanti, ma a rischio di irrilevanza: tanto da permetterne la non citazione nelle più recenti Direttive emanate dalla Agenzia Europea (EMA), e nei protocolli di sperimentazione. L'assenza di Oviedo dalla quotidianità della assistenza-ricerca è tra i simboli più parlanti della frattura tra salute e diritto nel quadro europeo attuale.

Non è strano dunque:

- che da una parte si produca nella sanità, con la stessa normalità che nella macroeconomia, un Conflitto di Interessi (**CI**), che è epidemico e strutturale, molto più che occasionale⁸: è intrinseco ad un sistema, come la economia, che vive non solo di informalità, ma di una illegalità riconosciuta, quantificabile, non-modificabile⁹;
- che un Decreto Ministeriale sulla sperimentazione "non a fini di lucro" (= l'unica che, di fatto e di diritto, è legittima ed a cui si può autocertificare rispetto, citando almeno l'etica di Helsinki – se non il diritto di Oviedo)¹⁰ venga visto non come pro-memoria "ovvio" del rapporto obbligato tra sperimentazione e diritti delle persone, ma come un'eccezione alle "regole", cui assicurare al massimo una attenzione piena di "sufficienza", se non addirittura di critica¹¹.

III. *Per una logica di ricerca*

Troppo lungo, e nello stesso tempo troppo sintetico, il pro-memoria non fa altro che ricordare che la interpretazione attuale della salute-sanità è un indicatore perfetto della situazione globale che è descritta, con lucidità complementare, da scrittori e tecnici: “patas arriba”: gambe in su, testa in giù¹²; l’epidemia di fondo (non raccontata dalle epidemiologie) è quella dei conflitti di interessi, della negazione delle regole, ma soprattutto della perdita della memoria del diritto¹³.

Le linee di ricerca che qui di seguito si accennano esemplificano (attraverso la proposta di alcuni scenari concettuali ed operativi) percorsi che mirano a sperimentare-verificare la praticabilità di:

- a) Una ri-appropriazione di linguaggio;
- b) Progetti che possano favorire (a livello di indicatori, descrittori, esiti) la ricomparsa ed il ruolo discriminante delle persone-popolazioni come soggetti titolari di diritto, rispetto ai “carichi” ed alle “compatibilità” delle prestazioni.

Si tratta evidentemente non di un elenco di tante aree distinte, ma di un insieme di elementi (per cui si forniscono solo tracce di definizione) di cui non dovrebbe essere difficile “vedere” le possibili-necessarie integrazioni (anche perché sono, direttamente ed indirettamente, l’oggetto dei contributi del libro).

1. *Diritto vs diritti di salute*

È la ri-appropriazione fondamentale del quadro di riferimento dal quale dipende tutto il resto. L’indicatore salute-vita coincide con i diritti umani: come questi è, nella sua sostanza, indivisibile, perché non è, né può essere, la somma di più o meno tanti, e diversamente disponibili-accessibili, diritti di prestazioni o di beni [sanitari].

Sviluppare-creare condizioni di fruibilità concreta dei tanti diritti è un percorso di lungo periodo: deve fare i conti anche con le risorse: ma non può essere una variabile dipendente da altre, dichiarate prioritarie. La negazione a priori (per “ricette strutturali”) o il rimandare a tempi altri (es. per ragioni o “leggi” economiche travestite magari da bilanci di guerra) il diritto alla vita non è accettabile: alla stessa stregua della inaccettabilità della tortura e dei trattamenti

che degradano la dignità umana in nome della sicurezza, interna o globale. Sono tanti i modi con cui questo diritto viene violato: i contributi di questo libro ne sono una antologia più che esaustiva.

La ricerca che riguarda questo nodo fondamentale ha a che fare soprattutto con il linguaggio: esercizio di restituzione di nomi-sostanza alle realtà ed agli eventi per i quali la epidemiologia, l'economia, la pianificazione sociale-sanitaria hanno via via formulato ed adottato qualificazioni surrogate e fuorvianti.

Un esempio per tutti: constatare, prevedere, osservare, tollerare, documentare, anno dopo anno, la morte (per milioni, o migliaia, o centinaia, o ...) di minoranze e maggioranze, non è un dato epidemiologico: è un genocidio¹⁴, con le conseguenze di responsabilità che questo comporta.

Qualsiasi adattamento-addolcimento-distinguo è una manipolazione programmata, che coinvolge le responsabilità della comunità scientifica, e di tutti coloro che prendono decisioni "come se" si trattasse di qualcosa d'altro.

2. Etica vs diritti, descrizione vs attribuzione; globale vs universale; ...

Il linguaggio della sanità, della politica, della legislazione, della epidemiologia, dei rapporti delle agenzie internazionali si è progressivamente adattato-abituato a non confrontarsi con l'obbligatorietà del diritto, per accettare-rassegnarsi alla logica di ciò che [non] è [per ora] possibile e può [deve] essere solo [oggettivamente] descritto, perché la globalità delle scelte e delle evoluzioni viene prima dell'universalità del diritto delle persone e delle popolazioni reali.

La ricerca che ha come oggetto la denominazione in termini di diritto violato dei tanti scenari di diseguaglianza è una componente essenziale (= non semplicemente "etica", che richiama un dovere morale come condizione sufficiente di legittimità) del lavoro di coloro che operano in sanità: le variabili che entrano nei modelli di analisi, nelle proiezioni, nelle attribuzioni quali-quantitative di causalità hanno bisogno di essere ri-nominate.

Se questa strada di ricerca non è percorsa sistematicamente in tutti i settori della sanità, la salute-diritto rimarrà, e si farà sempre più,

un settore specialistico, marginale, dipendente, incapace di essere un interlocutore (alleato e dialettico, complementare ed oppositore esplicito) delle discipline-culture "forti" (economia, politica, diritto internazionale e costituzionale) che definiscono gli ambiti della legalità-legittimità. La "salute pubblica" non può essere solo una clausola di esenzione rispetto alla obbligatorietà delle patenti, o della privatizzazione dei servizi; le statistiche di disegualianza non possono essere presentate, insegnate, commentate come un dato di fatto più o meno drammatico; da citare per risvegliare la coscienza morale-etica, o la solidarietà, le donazioni (governative come il MDG, o di Bill Gates). Capovolgere questi linguaggi non è demagogia, ma ricerca come esercizio di riconoscimento, che chiama le cose con il loro nome. È il modo di "rappresentare" la gerarchia delle regole e della loro obbligatorietà. È la stessa ricerca che ha fatto passare i desaparecidos da esseri "in volo" a individui-popolo¹⁵.

3. Appropriatezza, trasferibilità, carichi assistenziali, compatibilità economica, ...

Il linguaggio che "noi" utilizziamo – nei e dai paesi che producono, gestiscono, legittimano la globalizzazione come sostituto della universalità – occupa la letteratura e l'immaginario, la metodologia e i criteri di valutazione di outcomes, il dibattito intellettuale e la pianificazione della ricerca e del suo finanziamento, a livello privato e pubblico. È un'operazione perfettamente coerente con obiettivi di gestione aziendale: altrettanto pienamente in violazione di una progettualità che sia a misura dei bisogni. Si riproduce, si afferma, si rende prioritaria e di riferimento la produzione di una cultura che fa della sanità una realtà che si crede, e si fa, misura di se stessa, e non si considera responsabile dei bisogni-ancora-inevasi, o che vengono via via creati. È come la sperimentazione (v. sopra) che ha come oggetto farmaci e interventi, e non domande vere: che si concentra su GCP-ICH, e cita Helsinki-Oviedo perché vi è obbligata¹⁶ proceduralmente; che produce linee-guida a ripetizione, per essere aggiornata rispetto a se stessa, aumentando le "differenze" (= le morti per non-compliance obbligata: da assenza di "cose" tanto essenziali come l'acqua, il cibo, i farmaci-che-fanno-la-differenza-per-

il-diritto-alla-vita), e rafforzando una cultura di dipendenza. È perfino ridicolo – tanto è diventato di moda e ripetuto nelle riviste più “prestigiose”, e su cui è obbligatorio formarsi e pubblicare per essere credibili – ritrovarsi a dibattere e combattere:

- sulla “trasferibilità” di trial perfettamente artificiali perché condotti in stretta obbedienza con GCP-ICH nelle condizioni dove non è neppure previsto un sistema sanitario¹⁷;
- la necessità-possibilità di applicare le proiezioni di rischio cardiovascolare sviluppate da Agenzie internazionali e/o Società “scientifiche” per popolazioni africane che (non per rischio cardiovascolare) hanno una attesa di vita che non raggiunge l’età minima cui potrebbe, ma con molta difficoltà, applicarsi il profilo di rischio della Carta italiana del cuore^{18,19};
- la sottolineatura crescente della priorità di prendere sul serio (e addirittura “prevenire”) il carico assistenziale e l’epidemia del disagio psichico psichiatrico a livello “globale”, così da poterlo trattare adeguatamente con farmaci (dai “nuovi” antidepressivi, agli antipsicotici “atipici”) che sono da tutti riconosciuti come modelli di sviluppo intrecciato e prodotto da conflitti di interessi, più che da reali novità scientifiche²⁰;
- la inclusione ripetitiva e burocratica nella lista dei farmaci essenziali di tutti i farmaci antitumorali, proposti per paesi e con prezzi dove non è possibile (per la logica della privatizzazione) avere percorsi assistenziali che permettano la diagnosi, la presa in carico, il follow-up delle persone (anche solo bambini magari) la cui vita dipende [anche] dai farmaci antitumorali^{21,22}.

La elencazione potrebbe evidentemente continuare senza necessità di citazioni, né di esagerazioni, dato che questi “fatti” fanno parte del quotidiano che si incrocia su tutte le riviste scientifiche: e perché, se si ha bisogno di citazioni, significa che si è perso lo sguardo, e la citazione rischia di servire solo per sentirsi un po’ aggiornati e sensibilizzati anche su questo aspetto: solidali²³.

IV. *Per guardare avanti*

Le prospettive specifiche sono molto meglio argomentate nei diversi capitoli del libro. Un pro-memoria minimale sul diritto come te-

ma centrale della ricerca sulla disegualianza può essere tuttavia utile, per darsi appuntamenti di verifica, non dilatabili con la flessibilità facile dei programmi globali che si pongono con scadenze e scenari millenari.

1. La salute come indicatore di HR deve essere sempre più associata – nella sua concettualizzazione anzitutto da parte di chi lavora in sanità, per essere poi immaginata, vissuta, adottata, agita a livello di diritto e di politica, negli scenari micro e macro – ai **beni comuni**. Al di là della stretta coincidenza con “prodotti industriali”, la relazione con il diritto alla vita di questi prodotti dell’intelligenza umana ne deve fare un capitolo fortemente integrato con la “ricerca di diritto” che è sempre più critica per tutto l’ambito dei beni minacciati dalla “obbligatorietà” della privatizzazione (dall’acqua, al cibo, all’energia). Le implicazioni dell’adozione esplicita di questa prospettiva non hanno bisogno di essere dettagliate: è certo che toccano tutto: il modo di produzione scientifica, l’insegnamento, la qualificazione di investimenti nel campo della politica nazionale ed internazionale.

2. La deriva verso una rappresentazione economico-aziendale della salute-sanità equivale a quella che si è prodotta – con strategie integrate di manipolazione ed immaginari, di linguaggi, di atti dimostrativi, di interventi ad alta e bassa intensità – a proposito della guerra: nel corso degli stessi anni in cui si sono prodotte le trasformazioni ricordate nella Tabella 1, la guerra si è fatta strada (anche, e profondamente, nei settori “illuminati” del diritto e della politica) non solo come una possibilità più o meno eccezionale (mentre era l’indicatore principe dell’assoluta illegittimità), ma come una categoria di valore “umanitario”: sono da evitare gli eccessi (se e quando possibile), ma ci si deve convivere: come uno dei protagonisti legittimi non solo dei dibattiti, ma dei bilanci, degli equilibri e delle “proiezioni” culturali e politiche.

3. La epidemiologia delle disegualanze ha un ruolo cruciale in questa prospettiva. A patto che:

- a) la sua capacità descrittiva sia sistematicamente ricondotta, nel linguaggio e nelle indicazioni operative, a categorie di diritto, con una rilettura dei suoi risultati in termini di violazioni, evitabilità, identificazione di persone, popolazioni, bisogni ben localizzabili: senza accontentarsi di percentuali più o meno

dettagliate, o di tassi o di rischi assoluti e relativi, o di proiezioni globali. La cultura antica dell'*habeas corpus* come fondamento e verifica di diritto vale qui in modo pieno: le persone e le popolazioni devono essere visibili nei loro corpi e nelle loro geografie, macro e micro, per non essere assimilate-equiparate ad “indicatori” di economia e di sviluppo sociale²⁴.

- b) La logica fotografica delle mappe del GBD non sostituisce la narrazione della storia vera: un romanzo, di un giornalista di guerra, molto bello, dice meglio di qualsiasi testo metodologico come gli indicatori possano “rivelare” e non solo fotografare, quando si è obbligati ad incontrare le persone non più rinchiusi nelle loro rappresentazioni oggettive²⁵.

4. Una progettualità di ricerca deve mirare a rendere la epidemiologia della disegualianza evitabile e dei diritti violati: “coinvolgente”, almeno quanto lo sono nei fatti il dibattito e l’immaginario (tanto più ambivalenti, sia a livello scientifico che di diritto) sulle cellule staminali, o la riproduzione assistita, o ambiti simili di sanità/ricerca/economia. Perché questo possa succedere, è “ovvio” l’obbligo di una epidemiologia “comunitaria”, nei piani sanitari, nazionali, regionali, locali²⁶: i “rapporti” annuali o i piani dovrebbero essere elaborati-scritti-discussi

- a) relegando nelle appendici la ragioneria delle prestazioni più o meno in aumento, e dei costi più o meno [non] contenibili/contenuti;
- b) ponendo in primo piano le persone e le popolazioni di cui non si rispettano i diritti fondamentali di “dignità umana”: da tutti i morti evitabili ai portatori di disabilità, ai malati psichiatrici, ai marginali, ai morti-sofferenti per impossibilità-incapacità di attenzione...

Questi scenari minimi di ricerca, che possono entrare in tutte le attività quotidiane, locali o nazionali o internazionali, sono quelli che permettono di avere a portata di mano un buon campo di sperimentazione di linguaggio per verificare la praticabilità di una attenzione “universale”, e non globale”, e della riconducibilità della salute-sanità al suo ruolo “antico” di alfabetizzatore di HR.

Presto o tardi noi, i camminanti, saremo camminati, camminati dai passi del poi, così come i nostri passi camminano, adesso, sulle orme che altri passi hanno lasciato. Adesso che i padroni del mondo ci stanno obbligando a pentirci di ogni passione, adesso che la vita frigida e meschina è diventata di moda, non sarebbe male ricordare quella parolina che tutti abbiamo imparato nei racconti per bambini, abracadabra, la parola magica che apriva tutte le porte, e ricordare che abracadabra, in ebreo antico, significa: «Fa' che il tuo fuoco vada fino in fondo». (Eduardo Galeano)

Note bibliografiche

¹ I nomi, i contenuti, le implicazioni, il grado di [in]adempimento dei più significativi, dal Millenium Development Goal (MDG), al 3X5, alla Medicines for Malaria Venture (MMV), al Global Fund (GF), sono stati ampiamente trattati da diversi punti di vista nei capitoli precedenti, e non hanno qui bisogno di esser rievocati.

² È noto che con questo termine, divenuto uno degli acronimi più di successo (LEA) della recente evoluzione aziendale italiana, si è cercato di classificare secondo gerarchie di importanza, di valore, di rimborsabilità le più diverse prestazioni diagnostico-assistenziali-terapeutiche, per controllare i livelli di spesa.

³ L'“aggiustamento con volto umano” era stata una delle formule coniate a metà degli anni '80 per rassicurare che gli “aggiustamenti strutturali” imposti dalle politiche [neo]liberali ai Paesi poveri avrebbero cercato di avere rispetto, “nei limiti del possibile”, per la dignità umana. Vedi per questo il libro di G. Cornia, *Per un aggiustamento dal volto umano*, Franco Angeli, Milano 1989, che ben descrive le conseguenze reali con molti “casi-paese”.

⁴ Il numero speciale del British Medical Journal per celebrare nel 1998 i 50 anni dal primo RCT formale (sulla streptomycina per la tubercolosi, in un UK che sta ancora uscendo dalla guerra) racconta in modo esemplare, al di là dei fatti e dei protagonisti, la “cultura” del tempo.

⁵ Il testo classico è *Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services* (1972), tradotto in italiano solo 10 anni dopo. È dalla cultura di questo libro che nasce, circa 20 anni dopo, la Cochrane Collaboration, centrale per la cultura della EBM, v. più avanti nel testo. Per una collocazione storica e culturale di A. Cochrane vedi il libro a cura di F. Xavier Bosch and Richard Molas: *Archie Cochrane: Back to the Front*”, Cochrane Collaboration, 2003.

⁶ Il Technical Report 615 del 1977 è uno dei best-sellers assoluti della WHO. Da notare la vicinanza della data con Alma ATA (1978) e HFA (v. testo).

⁷ G. Tognoni, *I farmaci essenziali come indicatori di diritto*, Giornale Italiano Farmacia Clinica, 1998, 12: 116-122.

⁸ G. Rossi, *Il conflitto epidemico*, Adelphi, Milano 2003.

⁹ L. Napoleoni, *La nuova economia del terrorismo*, Tropea, Milano 2004.

¹⁰ Su questo tema, infinitamente dibattuto v. Documento programmatico sulla sperimentazione clinica dei medicinali. Guida all'adozione dei decreti attuativi BIF 2004; n.1:6-8.

¹¹ Modello perfetto di questo modo “sufficiente” – e profondamente non-documentato – è un articolo di G. Corbellini, *La burocrazia dilaga e soffoca la ricerca clinica*, Darwin 2006, maggio/giugno: 90-94.

¹² E. Galeano, *A testa in giù*, Sperling & Kupfer, Milano 1999.

- ¹³ S. Rodotà, *La vita e le regole. Tra diritto e non diritto*, Feltrinelli, Milano 2006.
- ¹⁴ G. Tognoni, in *Genocidio/Genocidi*, Fondazione Internazionale Lelio Basso, Nova Cultura Editrice, Rovigo 1995.
- ¹⁵ H. Verbitsky, *Il volo. Le rivelazioni di un militare pentito sulla fine dei desaparecidos*, Feltrinelli, Milano 2001.
- ¹⁶ ISDB. Cos'è una vera novità terapeutica. Informazioni sui Farmaci 2002; 26: 4-10.
- ¹⁷ V. capitolo di Nicoletta Dentico.
- ¹⁸ M. Anselmi, F. Avanzini, J. Moreira, et al., *Treatment and control of arterial hypertension in a rural community in Ecuador*, "Lancet", 2003, 361: 1186-1187.
- ¹⁹ T.A. Gaziano, et al., *Cost-effectiveness analysis of hypertension guidelines in South Africa: absolute risk versus blood pressure level*, "Circulation", 2005, 112(23): 3569-76.
- ²⁰ C. Medawar, A. Hardon, *Medicines out of control? Antidepressants and the Conspiracy of Goodwill*, Aksant, Netherlands 2004.
- ²¹ G. Maserà, F. Baez, A. Biondi, et al., *North-South twinning in paediatric haemato-oncology: the La Mascota programme*, Nicaragua, "Lancet", 1998, 352: 1923-1926.
- ²² T. Eden, C.H. Pui, G. Tognoni, et al., *All children have a right to full access to treatment for cancer*, "Lancet", 2004, 364: 1121-2.
- ²³ Mentre si chiudeva questo testo, l'incrocio di un "cluster" di contributi su PloS Medicine obbliga ad un'ulteriore citazione: che non contraddice, ma documenta nel modo più esemplare tutto quanto fin qui detto: ad un contributo veramente notevole e completo sulle neglected diseases nel quale non è mai evocata, nè direttamente nè indirettamente, una logica di diritto, seguono due (altrettanto autorevoli) contributi che salutano l'emergente coscienza "etica" della BioScience Industry.
- P.J. Hotez, et al., *Incorporating a Rapid-Impact Package for Neglected Tropical Diseases with Programs for HIV/AIDS, Tuberculosis, and Malaria*, "PloS Medicine", 2006, 3: 576-584.
 - J.E. Mackie, et al., *Lessons on Ethical Decision Making from the Bioscience Industry*, PloS Medicine, 2006, 3: 605-610.
 - C. Novas, *What Is the Bioscience Industry Doing to Address the Ethical Issues It Faces?*, "PloS Medicine", 2006, 3: 600-1.
- ²⁴ G. De Luna, *Il corpo del nemico ucciso*, Einaudi, Torino 2006.
- ²⁵ A. Pérez-Reverte, *El pintor de batallas*, Alfaguara, Madrid 2006.
- ²⁶ *Manual de Epidemiologia Comunitaria*. Esmeraldas, Ed.CECOMET, Ecuador 1997.

Appendice

Il ruolo dell'Italia nella cooperazione sanitaria internazionale

Lettera aperta dell'OISG al Governo Italiano

Perché scriviamo questa lettera

Facciamo parte dell'**Osservatorio Italiano sulla Salute Globale**, un'associazione che si occupa di salute e di sanità su scala globale¹. Come molti altri in Italia e nel mondo denunciemo un crimine contro l'umanità: la morte, ogni anno, di milioni di persone – tra le quali oltre 10 milioni di bambini e 500.000 donne durante la gravidanza ed il parto – a causa di malattie facilmente prevenibili e curabili, se solo si potesse garantire accesso universale a servizi sanitari essenziali, cibo, acqua ed istruzione. La maggioranza di questi decessi, la punta di un enorme iceberg di malattia e sofferenza, si registra in una sessantina di paesi, soprattutto nell'Africa sub-Sahariana.

Le cause prime di queste morti sono ben conosciute:

- Politiche commerciali ed economiche globali guidate dalla logica del profitto.
- Gli interessi strategici dei paesi più forti e ricchi.
- Guerre e conflitti che assorbono enormi quantità di risorse, seminando distruzione e odio.
- Povertà e miseria.

Tutte legate in un circolo vizioso senza uscita. La scia di sbarchi di immigrati è il simbolo di questa condizione: l'umanità che fugge dalle guerre, dalla povertà e dalla malattia, la povertà provocata dalla guerra, la guerra generata dalla povertà, morte e malattia frutto di entrambe, ed a loro volta fattori di povertà e conflitto.

Basterebbero 160 miliardi di dollari l'anno², corrispondenti grosso modo allo 0.7% del PIL dei paesi industrializzati, per evitare molte di queste morti e sofferenze. I paesi dell'OCSE si sono da tempo impegnati a raggiungere questo obiettivo; con qualche ecce-

zione, non l'hanno fatto. La media attuale si attesta poco oltre lo 0.4% del PIL. Non solo: molti di questi soldi rientrano con vari meccanismi nei paesi ricchi, altri sono virtuali (cancellazione del debito), altri sono dirottati per fini diversi dallo sviluppo, o spesi male. Tutto ciò si perpetua tra l'indifferenza della comunità internazionale e, spesso, l'inerzia dei governi locali.

In questo documento non vogliamo aprire una discussione su come affrontare guerre, politiche commerciali inique e povertà; abbiamo delle opinioni in merito, ma si tratta di problemi da trattare in altre sedi. Ci preme solamente far notare che devono essere urgentemente affrontati in maniera coerente con le politiche di aiuto allo sviluppo. Se così non fosse, renderebbero automaticamente inefficaci queste ultime.

Vogliamo invece esaminare brevemente, per poi fare delle proposte, la destinazione dei fondi del cosiddetto aiuto allo sviluppo. L'OCSE riporta per l'Italia un totale di quasi 2.5 miliardi di dollari nel 2004. I dati preliminari per il 2005 arrivano a quasi 5 miliardi di dollari, anche se non riusciamo a capire come si sia arrivati al raddoppio in un anno (e chiediamo perciò al governo una spiegazione). Non conosciamo ancora le stime per il 2006. Una parte di questi soldi è assegnata al Ministero degli Esteri per la cosiddetta cooperazione allo sviluppo. La finanziaria per il 2005 assegnava a questo scopo circa 600 milioni di euro, quella per il 2006 circa 400; l'esborso effettivo è stato sicuramente inferiore a queste cifre. Alle quali si deve aggiungere una somma, attualmente non quantificabile, spesa soprattutto dalle Regioni per la cosiddetta cooperazione decentrata.

Far tesoro delle lezioni e delle esperienze del passato e del presente

I fondi che il nostro paese destina all'aiuto allo sviluppo sono scarsi. Siamo ben sotto lo 0.7% del PIL cui ci siamo impegnati, siamo sotto le medie dell'OCSE e dell'UE, spendiamo circa un terzo di quanto spendono Francia, Germania e Gran Bretagna. Anche i fondi disponibili per la cooperazione allo sviluppo, citati sopra, sono

scarsi. Negli ultimi anni tendono a diminuire, in controtendenza rispetto a quanto accade negli altri paesi europei. Inoltre, è venuta a mancare una programmazione ed una regia, una strategia ed una supervisione di qualità.

Questa mancanza di regia ha portato la cooperazione italiana ad accordarsi passivamente all'approccio proposto dalla Banca Mondiale e adottato poi dal G8, basato su interventi "verticali", mirati al controllo di singole malattie o gruppi di malattie. Tale approccio è alternativo ad interventi tesi a:

- rafforzare i sistemi sanitari nel loro complesso
- promuoverne l'equità e l'accessibilità
- enfatizzare il ruolo delle cure primarie
- favorire la multisettorialità (istruzione, nutrizione, acqua e servizi igienici, casa, lavoro, etc.)
- stimolare la partecipazione della popolazione

In sintesi, interventi coerenti con i principi enunciati dalla Dichiarazione di Alma Ata del 1978.

Il fallimento dell'approccio verticale è sotto gli occhi di tutti: i fondamentali indicatori di salute dei paesi più poveri (speranza di vita alla nascita, mortalità infantile e materna) sono rimasti stazionari o sono addirittura peggiorati. Esperti di tutto il mondo considerano ormai irraggiungibili, per i paesi più poveri, i cosiddetti Obiettivi del Millennio, tra i quali rientrano la riduzione della mortalità materna ed infantile.

I motivi del fallimento sono chiari:

- Non si è agito sui determinanti distali delle malattie: il reddito, l'istruzione, l'abitazione, l'ambiente, le infrastrutture, etc. Anzi, le disuguaglianze tra paesi e nei paesi sono cresciute, anche a causa delle inique politiche del commercio mondiale³.
- I programmi verticali – la cui gestione è affidata a fondi ed agenzie internazionali – rafforzano artificiosamente e temporaneamente linee di erogazione dei servizi sanitari dedicate a malattie o interventi specifici (Aids, malaria, tubercolosi, etc.), creano assurde e nocive forme di competizione tra servizi (gli operatori locali tendono a collocarsi presso le agenzie economicamente più generose)

e rendono ancora più precario e inefficiente il funzionamento del sistema sanitario locale.

- La “verticalizzazione” si è accompagnata a radicali politiche di privatizzazione dei servizi sanitari: ovunque prestazioni a pagamento, con la conseguenza di rendere difficilmente accessibili i servizi e di esporre le popolazioni alla “trappola medica della povertà” (l’impoverimento critico delle famiglie provocato dalle spese mediche).

Ma non è solo questione di approccio; negli interventi prevalgono spesso autoreferenzialità, frammentazione e scelte discutibili di priorità. Ad esempio, sia la cooperazione allo sviluppo che importanti settori del non-profit hanno impegnato ed impegnano ingenti risorse per servizi ospedalieri ad alta specializzazione (cardiochirurgia, oncologia, nefrologia, etc.). Anche se concepiti per andare incontro a bisogni reali della popolazione, tali interventi sono molto discutibili per i seguenti motivi:

- In paesi con estrema scarsità di risorse destinate alla sanità (10-15\$ pro-capite l’anno di spesa sanitaria) e con operatori sanitari che, quando non fuggono dai loro paesi, tendono a concentrarsi nelle città, è necessario oltre che etico stabilire delle priorità, dando la precedenza ai problemi che causano il maggior carico di malattia e morte e agli interventi con il rapporto costo-efficacia più favorevole. Un anno di vita salvato con interventi di cardiochirurgia costa oltre 10.000\$, un anno di vita salvato con interventi di prevenzione della malaria in gravidanza costa dai 3 ai 12\$.
- I servizi di cure terziarie nei paesi poveri tendono inevitabilmente ad essere usati dalle fasce urbane e più ricche della popolazione, che hanno facilità e mezzi per accedere a diagnosi iniziale, follow-up, proseguimento e controllo delle terapie per la corretta gestione delle patologie eleggibili per cure specialistiche. I più poveri difficilmente traggono benefici da cure terziarie anche se offerte gratuitamente, laddove persistono altre barriere.
- L’apparato logistico e di personale necessario a sostenere tali interventi finisce necessariamente col drenare risorse umane locali essenziali dal resto del sistema, quindi dalla sanità pubblica e dalla sanità di base, con un danno grave per le sue possibilità di sviluppo.

- La sostenibilità nel tempo di interventi di questo tipo è poco verosimile per la disponibilità dei donatori in genere limitata al breve periodo, la mancanza di coinvolgimento della popolazione locale, la scarsa o nulla rispondenza del programma ai bisogni percepiti dalla comunità e alle politiche del governo ospite. L'ignaro "beneficiario", con il passare degli anni, vede così il tanto acclamato ospedale supertecnologico trasformarsi in un peso economico insopportabile che assorbe risorse indispensabili dai servizi primari.

Nuove politiche di cooperazione per affermare il diritto alla salute

L'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale ritiene che il nostro Paese possa e debba cambiare strada e svolgere un ruolo nuovo e importante nel campo della cooperazione allo sviluppo e di quella sanitaria in particolare, riportando al centro dell'agenda politica italiana, europea ed internazionale il diritto alla salute. Occorre ridefinire un piano strategico ed affidarne l'esecuzione a tecnici e consulenti di provata esperienza e competenza nella realizzazione di programmi sanitari di base integrati in un approccio multisettoriale. Occorre rivedere le posizioni assunte in seno alle organizzazioni internazionali, battendosi per un approccio coerente con una visione chiara di cause e rimedi.

Negli ultimi anni i maggiori esperti internazionali di politica sanitaria hanno elaborato proposte per dare risposta alle drammatiche condizioni di salute delle popolazioni più povere del pianeta. Sono state valutate criticamente, anche da parte dei loro stessi fautori, le politiche adottate di riduzione dei bilanci pubblici per istruzione e salute, causa di una restrizione dell'accesso a scapito dei più poveri. È stato calcolato che l'accesso universale a un pacchetto di servizi sanitari essenziali, preventivi e curativi, potrebbe evitare la morte di 8 milioni di persone all'anno, in maggioranza donne e bambini. Il raggiungimento di questo obiettivo comporterebbe un impegno finanziario da parte dei paesi più ricchi di poco meno di 40 miliardi di dollari l'anno, una cifra 6-7 volte maggiore rispetto all'attuale livello degli aiuti, nell'ambito degli impegni assunti dalla comunità internazionale⁴.

Il primo impegno che chiediamo al governo è quindi:

1. Un aumento, già nella prossima Legge Finanziaria, dei fondi per la cooperazione allo sviluppo. Sarebbe già sufficiente, ad indicare l'inversione di tendenza, ritornare alla cifra stanziata per il 2005, circa 600 milioni di euro, assicurando che non saranno dirottati per altri scopi e che saranno gradualmente aumentati negli anni a venire.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità, nei suoi ultimi rapporti annuali,⁵ ha proposto le seguenti linee strategiche per garantire il diritto alla salute, migliorare la speranza di vita e ridurre mortalità materna ed infantile nei paesi più poveri:

- Garantire l'universalità di accesso alle prestazioni, dando priorità assoluta alle fasce più vulnerabili della popolazione, i bambini e le donne.
- Rafforzare i sistemi sanitari nel loro complesso, in alternativa alle strategie basate sui programmi verticali.
- Potenziare infrastrutture, sistemi di programmazione e controllo, di acquisto e distribuzione di farmaci essenziali (inclusi i farmaci antiretrovirali per il trattamento dell'Aids).
- Investire, soprattutto, in risorse umane all'interno del settore pubblico: formare, motivare, remunerare degnamente il personale sanitario, anche per bloccare il suo esodo verso il settore privato o verso l'estero.

Dal punto di vista organizzativo il modello di sistema sanitario da prediligere è quello basato sul Distretto Sanitario, composto da: a) una rete capillare di servizi periferici, variamente dimensionata, grado di dare risposte ai bisogni primari della popolazione; b) un ospedale distrettuale di riferimento per l'erogazione di cure più complesse (medicina, chirurgia, pediatria, ostetricia e ginecologia).

Tali interventi a sostegno dei sistemi sanitari di base vanno accompagnati da politiche economiche e sociali in grado di ridurre i fattori di rischio (come la malnutrizione o l'assenza di acqua e sistemi igienici) e promuovere la domanda di salute (attraverso l'informazione e l'istruzione, nonché la gratuità delle cure essenziali al momento dell'erogazione). In base a queste premesse, gli altri impegni

che chiediamo al governo sono:

2. L'elaborazione di un documento di programmazione strategica che indirizzi gli attori della cooperazione, pubblici e privati, ad un uso coerente dei fondi messi a disposizione. Devono essere definite delle priorità all'interno della cooperazione sanitaria e nell'ambito di interventi multisettoriali che agiscano anche sugli altri determinanti sociali della salute. Devono ovviamente essere definite delle priorità anche in ambito geografico, privilegiando alcuni dei paesi più poveri.
3. La revisione dei meccanismi di pianificazione e gestione tecnica dei fondi della cooperazione allo sviluppo, sul modello delle linee già da tempo adottate dalle agenzie bilaterali dei paesi nordici ed usando al meglio le competenze e le esperienze disponibili.
4. La destinazione dei fondi pubblici per la cooperazione allo sviluppo non a progetti di facile presa da un punto di vista mediatico, ma a:
 - a. Programmi che prevedano il rafforzamento dei sistemi sanitari nel loro complesso e nell'ambito di interventi multisettoriali.
 - b. Programmi rivolti al rafforzamento delle risorse umane in campo sanitario (formazione, aggiornamento, supervisione, ma anche salari degni e soddisfazione professionale).
 - c. Programmi che, pur rivolgendosi ad una popolazione o condizione specifica (l'Aids per esempio), siano integrati nell'ambito di un rafforzamento del sistema sanitario e non parcellizzati (vedi i numerosi casi di progetti divergenti perché gestiti da singoli donatori), con responsabilizzazione del governo locale (o di altri rappresentanti legittimi della popolazione locale).
 - d. Programmi miranti a ridurre disuguaglianze ed iniquità, con priorità per aree e popolazioni meno privilegiate e con adeguate meccanismi di monitoraggio dell'andamento delle disuguaglianze.
 - e. Programmi che prevedano investimenti integrati in altri settori che determinano lo stato di salute di una popolazione (istruzione, nutrizione, abitazione, acqua, etc.).
5. La destinazione di una parte dei fondi per emergenze, intese come disastri naturali o causati dall'uomo, evitando in tal modo di penalizzare i programmi di cui al punto precedente. Le spese per

interventi di emergenza che superino la quota prefissata non dovrebbero essere fatte attingendo dai fondi messi a disposizione per programmi di sviluppo.

6. La revisione della destinazione d'uso dei fondi elargiti ad alleanze ed organismi internazionali, in primo luogo l'OMS, perché sia coerente con l'approccio strategico definito per la cooperazione italiana, a difesa del diritto alla salute e dell'accesso universale a servizi sanitari di base.

L'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale si dichiara disponibile per approfondimenti e valutazioni più specifiche, nonché a partecipare alla formulazione del programma strategico e di indirizzi per la pianificazione e la gestione degli interventi di cooperazione sanitaria.

27 Settembre 2006

Note bibliografiche

¹ Vedi www.saluteglobale.it e *Osservatorio Italiano sulla Salute Globale. Rapporto 2004: salute e globalizzazione*, Feltrinelli, Milano 2004.

² Le spese militari hanno ormai raggiunto i 1000 miliardi di dollari l'anno.

³ Vedi il recente articolo di J. Stiglitz, *Quanto pagano i paesi poveri per l'egoismo dell'Occidente*, "La Repubblica", 18 Agosto 2006.

⁴ Stime della Commissione su Macroeconomia e Salute dell'OMS, 2002.

⁵ Vedi i World Health Report del 2005 e del 2006.

Finito di stampare nel mese di novembre 2006
in Pisa dalle
EDIZIONI ETS
Piazza Carrara, 16-19, I-56126 Pisa
info@edizioniets.com
www.edizioniets.com

