



LE DISEGUAGLIANZE DELLA SALUTE

Morire si deve. Ma quando?

di FRANCESCO CIAFALONI

MORIRE BISOGNA. Morire fa parte dell'essere uomini; è la premessa maggiore da cui ci insegnano a dedurre che anche Socrate è mortale. «Di morti ce n'è sempre una gran torma. Solo la morte ha un sicuro avvenire. Perciò può rispettare anche la forma. Sarà sua l'ultima frase da dire». Lo scriveva Aggeo Savioli, riflettendo su un verso di Dante, tanti anni fa. Ma mentre la domanda sul se sembra avere una risposta indubitabile, il come e il quando sono invece estremamente incerti, spesso sgradevoli, e, soprattutto, diversi. Sono la più importante, la più imbarazzante, la più tragica e irrimediabile disuguaglianza tra gli uomini.

Di differenze nel morire si occupa «A caro prezzo. Le disuguaglianze nella salute. 2° Rapporto dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale» pubblicato da Edizioni Ets, Pisa a fine 2006 e presentato in questi giorni a Torino. Si tratta di una ricognizione sulle differenze nella salute al mondo e quindi su quanto, quando, come e perché si muore, a seconda del luogo, del tempo, del reddito, dell'istruzione, dell'età, del sistema sanitario locale. Non è solo un annuario, come il Rapporto sullo sviluppo umano, a cura dell'Onu, pubblicato in italiano da Rosenberg & Sellier, ottimo ma ovviamente non limitato alle sole differenze nel morire e perciò non così completo. È una antologia di dati e commenti sulle differenze tra stati, regioni e località dentro gli stati, livelli di reddito e di istruzione, classi di età, circostanze – calamità, guerre – assistenza sanitaria, stili di vita, con una premessa sul senso delle varie misure. Ci sono saggi particolari sull'Europa e su Cina, India, Usa, Brasile, Uganda, Moldova e Kazakistan, che, tutti insieme, sono un bel po' di mondo.

Un testo così non va solo letto, va usato insieme con gli annuari, per vedere cosa cambia, di anno in anno, cosa bisognerebbe fare e non si fa per rendere meno offensive le differenze, per rendere il come non troppo atroce e il quando non troppo presto, dato che sulla cosa in sé non si può fare nulla; e forse è bene che non si possa fare nulla. Del testo bisogna dire che ha il pregio di delineare con chiarezza i livelli e la complessità delle cause, genetiche, ambientali, di comportamento, sociali, culturali e, in fine, sanitarie, che influiscono sul vivere e sul morire.

È una approfondita riproposta del primato della società e della solidarietà sui virus e sulle medicine, e persino della violenza e dei traumi, nel determinare come si vive e come e quando si muore. È una dimostrazione a capitoli del primato della prevenzione sulla cura e del buon governo sugli eventuali buoni medici – non una dimostrazione preordinata ma la riscoperta, caso per caso, delle stesse verità. Verrebbe voglia di recensire anche i fatti, cioè lo stato del mondo, che non è tranquillo. Ma dei fatti si possono dare solo scarsi accenni. Certo molto è cambiato da quando Gunnar Myrdal, vari decenni fa, scriveva *An Asian Drama. Essay on the Nature and Causes of the Poverty of Nations*. Ma anche *The Political Economy of Hunger*, a cura di Amartya Sen, di qualche anno fa, non è confortante, e ci ricorda che raramente la povertà e la morte dipendono dalla scarsità materiale sistemica.

Per citare direttamente dal testo (p.27), Jeffrey Sachs in *La fine della povertà* dice: «Poche generazioni fa praticamente chiunque era povero... ma molto del mondo è stato lasciato indietro». E Vandana Shiva ribatte: «Questa storia della povertà è total-

mente 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».

Lo dicevano tutti mezzo secolo fa. Lo dicevano talmente tanto, e tanto è stato fatto, tra guerre ed orrori, che per qualche decennio le tendenze si sono invertite e certo molto in Asia è cambiato. Ma poi tutti hanno smesso di dirlo e anche nei paesi ricchi – nei più importanti paesi ricchi – le differenze, di ricchezza e di vita, sono tornate a crescere fino a raggiungere massimi assoluti che non si registrano dal '29.

Le differenze, su scala mondiale, non crescono sempre, né allo stesso modo dappertutto. Nei paesi ricchi la crescita recente delle differenze avviene perché l'aumento dell'attesa di vita dei ricchi colti è maggiore di quello dei poveri, poco istruiti, più scuri. In America latina, con l'eccezione di Haiti e di qualche paese dell'America centrale, l'attesa di vita, in media cresce. È in Africa che cade sia la vita media nei singoli stati sia, ancora di più, quella dei poveri. Le differenze, anche nelle singole città, può essere impressionante.

«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». (p.227)

In generale negli Stati Uniti alle differenze dovute direttamente alle condizioni di vita e alla prontezza

nel cercare le cure, cioè al reddito e alla istruzione, si aggiungono quelle dovute alla inesistenza di un sistema sanitario universalistico. I vecchi possono ricorrere al Medicare, i poveri, a certe condizioni, al Medicaid, ma al di sotto di una certa soglia, per i veramente poveri, conviene scommettere sul fatto che non ci si ammalerà. Questo porta alla concentrazione sul Medicaid di quelli che stanno già male, per cui non ha senso scommettere, con le conseguenze che si possono immaginare sul livello delle prestazioni, perché a pagare sono solo quelli che di sicuro devono farsi assistere.

In Brasile, negli stati più poveri, le morti dei bambini non vengono neppure registrate – la mancata registrazione raggiunge, secondo una ricerca ministeriale, in certe aree, il 30% ed anche il 34% nei piccoli municipi delle zone interne. Ma già le morti registrate variano moltissimo tra le aree povere e quelle ricche e, all'interno della stessa area, tra stati e municipi. Nel Nordest, cioè nell'area più povera, nello stato di Bahia la mortalità infantile nel primo anno di vita era del 34,1 per mille; ma nello stato di Alagoas saliva al 52,6 per mille. Nell'area più agiata le differenze interne erano minori. Nello stato di Santa Catarina la mortalità infantile



XINHUA ZHANG GUOJIAN

FUZHOU (CINA), FEBBRAIO 2007

In cerca di lavoro, una migrante arriva con tutto il bagaglio alla stazione ferroviaria

nel primo anno di vita era del 15,3 per mille; in quello di Paraná era del 16,8 per mille. Per inquadrare i dati bisogna però ricordare che in questi anni la mortalità infantile in Sierra Leone è intorno a 360 per mille, con l'Afghanistan che segue a ruota, e in Norvegia e Finlandia intorno al 3 per mille.

Nei paesi peggio messi al mondo muore nel primo anno di vita un bambino su tre. In quelli più socialmente coesi e ricchi dell'Europa del Nord non ne muore quasi nessuno. Bisogna anche aggiungere che probabilmente i dati della Sierra Leone e dell'Afghanistan sono sottovalutati perché chi si prende la briga di andare a denunciare la morte di un neonato in una paese senza stato e in piena guerra civile come i due paesi già citati o la Somalia, il Darfur, le aree di confine interne dell'Africa centrale? Chi li conta i neonati morti in mare, o nel deserto, per migrazione e guerra?

Nella Russia zarista di metà ottocento, probabilmente moriva nel primo anno di vita più di un neonato su due. Altri stati di *ancien regime* seguivano a ruota, con l'eccezione di Francia, Inghilterra e poco altro. Da noi, in Italia, all'inizio del novecento l'età mediana dei morti era di 6 anni. Cioè metà dei nati moriva prima dei 6 anni. Di questi, grosso modo la metà, 250 per mille nati totali, se ne andava nel primo anno di vita. Non come la Sierra Leone di oggi ma non enormemente di meno. Il *quando* era abbastanza presto. Il *come* era per mancanza di igiene per tutti; per stenti e per mancanza di cure, in ogni caso non molto efficaci, per i poveri. E senza lutto. Se avessero dovuto piangere la morte dei figli neonati le madri – quelle non morte di parto – sarebbero state in lutto perenne. Le pietà si dipingevano e si scolpivano per i morti adulti.

L'Africa nera, un po' di Asia centrale, un po' di America centrale sono ancora così, e peggiorano, in blocco e come differenze interne. Un discorso a parte meritano l'attesa di vita e la mortalità infantile dei paesi ex-comunisti e capital-comunisti e che erano al centro

dell'Asian Drama citato prima: Russia, Kazakistan, Moldova, Cina, India. Sono numeri in parte noti ma che occorre sottolineare, nel mare di menzogna e di melassa che ci copre.

In Russia l'attesa di vita comincia a cadere nel '71, venti anni prima della caduta del muro (p.46). E queste cose, per parafrasare Keynes, che lo aveva detto a proposito della Rivoluzione, pesano «più dell'insipienza dei governanti e dell'estremismo degli atei». Potremmo aggiungere «e delle invettive dei papi». La caduta dell'attesa di vita è di un paio di anni buoni, da più di 63 a poco più di 61, tra il '70 e l'84. Poi c'è una impennata che supera il livello del '70, fino a 64,8, tra l'85 e l'87, un rapido declino tra l'87 e il '91, fino a 63,4, poi un crollo fino a 57,6 nel '94. C'è un brusco aumento nel '98, poi riprende la caduta, che continua tuttora. Chi voglia mettere nel quadro la Perestroika, il crollo dell'Urss, la ripresa di speranza all'inizio della cosiddetta liberalizzazione, la caduta nella nuova autocrazia, è libero di farlo. Certo ora i russi – soprattutto gli uomini russi, che muoiono 12 anni prima delle donne – sono tornati a morire di lavoro, di stenti e di vodka, se poveri, di morte violenta per il potere se ricchi, come nel mondo antico, quando i nobili morivano all'età dei servi, per quel vecchio rapporto tra il potere e la morte che solo la democrazia interrompe, finché dura. Per la Moldova e il Kazakistan (p. 260) il testo riporta i dati dall'81. L'attesa di vita ha una crescita tra l'85 e il '90; un crollo tra il '90 e il '95; una ripresa a livelli diversi nei due paesi, dal '95 ad oggi. In Moldova oggi l'attesa di vita è a 64,8, sette anni di più della Russia.

La Cina è un'altra storia, ovviamente. Per le enormi differenze interne, l'urbanizzazione travolgente, la transizione demografica, con una assicurazione sanitaria che copre solo i lavoratori dipendenti delle aree urbane. La Cina riesce ad avere un quarto dei bambini denutriti e un quarto troppo nutriti, la fame e la tubercolosi da un lato, l'obesità e il diabete dall'altro.

Cito solo due fermo immagine, diciamo così, di cui si deve dubitare, ma che forse, dati i riconteggi che gli studiosi di mezzo mondo stanno facendo e il fatto che sono numeri pubblicati da Blumental e Hsiao sul *New England Journal of Medicine*, qualcosa di vero dicono. Quando Mao entra a Pechino

la mortalità infantile è di 250 per mille; la speranza di vita di 32 anni. All'inizio degli anni '80 la mortalità infantile è del 34 per mille; la speranza di vita di 68 anni. Certo quel 250 per mille – come l'Italia di inizio '900 – sembra basso. Chi li avrà contati i neonati morti nelle campagne di un paese in piena guerra civile? E quei 68 anni sembrano molti. Con la politica del figlio unico sparivano i bambini vivi, figuriamoci i morti.

Ma un po' di fiducia ai medici che sui numeri ci hanno lavorato stando lì bisogna darla; nei limiti dei confronti internazionali, che sono sempre più incerti di quelli dell'anagrafe dei comuni che hanno l'anagrafe.

L'India, senza sistema sanitario pubblico, con enormi differenze tra ricchi e poveri, tra stati, tra donne e uomini, e un'alta natalità, ha le tendenze e le contraddizioni della Cina moltiplicate. La speranza di vita, dal '47 ad oggi, è passata da 32 anni per gli uomini e 31,4 per le donne a 64,1 per gli uomini e 65,8 per le donne. Oggi l'India è alle prese con una «doppia epidemia: quella delle malattie da povertà e quella delle malattie da affluenza». «L'India ha il più elevato numero di diabetici al mondo: erano 19,3 milioni nel 1955, saranno, secondo le previsioni 57,2 milioni nel 2025». «L'ipertensione varia dal 20 al 40% negli adulti delle città, dal 12 al 17% nelle aree rurali». «Il numero degli ipertesi è di 118,2 milioni». Le differenze per condizione sociale in una società di caste non stupiranno nessuno. I casi di tubercolosi sono 671 per 100.000 abitanti nelle caste inferiori; 674 per 100.000 nelle minoranze etniche; 424 per 100.000 nei gruppi non discriminati; 544 in media. La mortalità dei bambini nei primi 5 anni è di 119 per mille nelle caste inferiori; 126 per mille nelle minoranze etniche; 82 per mille nei gruppi non discriminati; 101 in media. Degli aborti selettivi delle bambine e degli squilibri matrimoniali in India e in Cina Amartya Sen ha scritto quasi tutto quel che c'era da scrivere.

In Europa le differenze ci sono e come, per reddito e, soprattutto per livello di istruzione. Per brevità mi limito a qualche osservazione divertente, sulle professioni che muoiono poco. Nelle burocrazie statali e aziendali, secondo voi, chi crepa di più, il manager o l'impiegato? Chi ha molto potere o chi ha poco potere? Indovinate! Crepa molto di più il basso. È la solita differenza «tra lavorare e comandare», tra la responsabilità senza potere e il potere senza responsabilità, che ovviamente migliora la vita, e la allunga. Anche qui però le differenze tornano ad aumentare. E faremmo bene a pensarci in tempo, a dare qualche speranza ai giovani, prima che, anche in Europa tornino a raccogliersi a torme per riempire i grandi cimiteri sotto la luna, di cui scriveva Bernanos. Ma forse questa volta, se non ci diamo da fare adesso, con le armi di cui dispongono gli eserciti, non ci saranno più neppure i cimiteri; non faranno in tempo a contrassegnare le tombe, che, come è stato scritto una volta e per sempre, e come il presente tristemente insegna, sono pur sempre un segno di civiltà.

Resterebbe da dire chi sono gli autori, alcuni, per me, molto noti, e certo per i competenti tutti degni di stima, forse di fama. Ma sono 42 ed elencarli con le rispettive funzioni è un'impresa. Mi limito ad una dichiarazione di affetto a Giovanni Berlinguer, autore della prima parte dell'introduzione, che ho incrociato alla lontana tanti anni fa, e che nella sua lunga attività di medico e di politico si è certo meritato la stima e l'affetto di chi lo ha conosciuto. Un Oscar alla carriera.