

# ORIZZONTI

**L'ALLARME DEGLI SCIENZIATI:** le disuguaglianze nel diritto alla prevenzione e alla cura delle malattie aumentano a dismisura. Non solo tra i Paesi ricchi e i Paesi poveri, ma anche all'interno delle società occidentali

■ di **Pietro Greco**

## Nel mondo globale la salute è un privilegio

EX LIBRIS

*Nella vita avere ciò che meriti è un regalo*

Ornela Vorpsi  
«La mano che non mordi»

**N**ell'anno 2006 le persone viventi infettate dal virus Hiv dell'Aids in tutto il mondo ammontavano a 39,5 milioni di persone, secondo l'ultimo aggiornamento delle Nazioni Unite. Fra loro, 24,7 milioni - pari al 63% del totale - viveva nell'Africa sub-sahariana. Nel 2006 sono morte per Aids 2,9 milioni di persone in tutto il mondo. Fra loro 2,1 milioni - pari al 72,4% del totale - è morto nell'Africa sub-sahariana. Ma nell'Africa al di sotto del Sahara vive meno del 10% della popolazione planetaria. Cosicché non c'è dubbio alcuno: la regione al mondo dove è di gran lunga più probabile contrarre l'Aids e morire coincide con la regione più povera del mondo. Persino tra gli ammalati non c'è parità. In Europa e Nord America nel 2006 vivevano 2,1 milioni di persone infettate dal virus dell'Aids: 30.000 - pari all'1,4% del totale - sono morte. Nell'Africa sub-sahariana i morti rispetto ai contagiati sono stati l'8,5% del totale. Il che significa che una persona contagiata dal virus Hiv in un paese povero dell'Africa al di sotto del Sahara ha una probabilità di morire di ben 6 volte superiore a un contagiato da Hiv che vive in un paese ricco dell'Occidente. Motivo? In Europa e in Nord America gli ammalati hanno accesso a cure che, se non guariscono dal contagio, rendono il decorso della malattia enormemente più lungo. Nell'Africa sub-sahariana per motivi economici e organizzativi questo accesso è di fatto negato e l'Aids è una malattia che uccide in breve tempo. Siamo di fronte a un clamoroso e odioso esempio di quello che gli inglesi chiamano health inequalities, disuguaglianze sanitarie, e l'Organizzazione Mondiale della Sanità, discriminanti sociali della salute. Ma quello dell'Aids non è l'unico caso. E neppure il più eclatante. C'è, se possibile, di peggio. Ogni anno al mondo muoiono 11 milioni di bambini con età in-

**Ogni anno in Africa muoiono quasi sette milioni di bambini. Un vero e proprio genocidio che sarebbe possibile evitare**

fieriore ai 5 anni. Tra questi piccoli sfortunati, il 98% appartiene a un paese povero del Terzo e soprattutto del Quarto Mondo. Nel 63% dei casi la morte potrebbe essere facilmente evitata, mediante l'accesso a pratiche o servizi sanitari tanto elementari quanto economici - come la terapia della diarrea, l'allattamento al seno, il parto in ambiente pulito, la vaccinazione, la somministrazione di vitamina A. Basterebbero pochissimi cent e un pizzico di sali reidratanti, per salvare ogni anno 1,4 milioni di bambini dalla morte per diarrea.

**Per pochi dollari**

Basterebbero pochi dollari a testa per evitare ogni anno la morte di 6,8 milioni di bambini. Dietro questi numeri, sostengono Gianni Rognoni, Marta Valerio e Marilena Romero, ricercatori del Mario Negri Sud, si nasconde un genocidio. E avvertono: la parola genocidio per definire la morte evitabile di questi 6,8 milioni di bambini poveri non è affatto un'iperbole. Qualsiasi distinguo, adattamento, addolcimento del termine genocidio sarebbe una manipolazione della realtà. Il *l'accuse* dei tre scienziati è contenuto nella postfazione al secondo rapporto dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale da poco uscito per i tipi delle Edizioni ETS (pp. 344, euro 20,00) con un titolo che rende ben conto del contenuto: *A caro prezzo. Le disuguaglianze nella salute*.

Il rapporto è diviso in tre parti. La prima propone una panoramica generale del problema che può essere così riassunta: mai il mondo è stato così ricco. Mai è stato così disuguale. Uno dei principali fattori di esclusione sociale, se non il maggiore in assoluto, è la salute. Tanto che la disuguaglianza è diventato (deve diventare) il tema centrale di ogni discorso sulla



Benedetta Bonichi, «Ghepierre». Della stessa artista a destra, «Il cardinale», 2005

sanità. Sia perché la povertà genera (o aggrava) malattie. Sia perché le malattie generano (o aggravano) la povertà.

La seconda parte del rapporto analizza la disuguaglianza sanitaria tra le nazioni. Eccone qualche esempio. Chi oggi viene al mondo in Giappone ha una speranza di vita di 82 anni. Chi nasce in Sierra Leone non va oltre i 34 anni. La differenza nella speranza di vita alla nascita è una vita intera: 48 anni! Ancora. In Svezia la probabilità di perdere la vita in età giovane o adulta, tra i 15 e i 60 anni, è inferiore all'8%. Per una persona che nasce e vive nel paese scandinavo la probabilità di superare i 60 anni di età sfiora la certezza: è quasi del 90%. Quasi tutti in Svezia superano i 60. Al contrario per una persona che nasce e vive nel Lesho-

to è la probabilità di morire tra i 15 e i 60 anni che sfiora la certezza (90%). Quasi nessuno nel Leshoto supera i 60. Non ci sono ragioni genetiche né causa ambientali per spiegare tutto ciò. Queste clamorose diversità sono spiegabili essenzialmente da cause sociali. In Giappone, in Svezia e in molti altri paesi dell'Europa e del Nord America è la ricchezza diffusa (ivi incluso il welfare sanitario) la principale causa dei livelli eccezionalmente alti raggiunti dalla vita media. In Sierra Leone, nel Leshoto e in altri paesi del Quarto Mondo è la povertà la principale causa dei livelli eccezionalmente bassi della vita media. La terza parte del libro ci avverte, però. I determinanti sociali nella condizione della salute agiscono anche all'interno delle nazioni. E per-

sino i paesi ricchi non ne sono immuni. Le nuove povertà che hanno accompagnato la transizione da un'economia di stato a un'economia di mercato hanno determinato un abbassamento della vita media nell'ex Unione Sovietica che, tra la componente maschile di alcuni paesi, ha raggiunto i 15 anni. Oggi le persone di sesso maschile in Russia vivono in media 15 anni in meno che all'epoca dell'Urss.

In Australia un aborigeno ha una speranza di vita inferiore di 20 anni rispetto alla media degli abitanti. Ma anche persone che vivono in parti diverse della medesima città possono risultare diverse davanti allo specchio della salute: se ne può avere una prova percorrendo in metropolitana le dodici miglia che separano i sobborghi poveri di Washington dalla centralissima stazione di Montgomery County. Se misuri la vita media nei quartieri che attraversi ti accorgi che la vita media aumenta di un anno e mezzo ogni miglio. Nella capitale del paese più ricco e tecnologicamente avanzato del mondo i cittadini, in genere neri, che abitano nei suburbi hanno una speranza di vita alla nascita che non supera i 57 anni. I cittadini, in genere bianchi, che abitano nei quartieri più centrali e affluenti hanno una speranza di vita alla nascita che supera i 77 anni.

**Il welfare da salvare**

Paradossi inaccettabili dei discriminanti sociali che influenzano la salute. E che ci invitano a guardare con un occhio diverso e più generoso a quel welfare sanitario che, con molta fatica e molta intelligenza, abbiamo creato in Europa e che ora qualcuno vorrebbe smantellare. Già perché è proprio da noi, in Europa, che la disuguaglianza sanitaria sono più ridotte (anche se non sono nulle). Possiamo (dobbiamo) denunciare le situazioni di malasanità nel nostro paese, come nel nostro continente. Ma tenendo presente che il nostro sistema, in Italia e più in generale in Europa, funziona con maggiore efficacia, maggiore efficienza e maggiore equità che in ogni altra parte del mondo (Giappone escluso).

Ma la lettura di *A caro prezzo* ci spinge a inter-

**Chi oggi nasce e vive in Giappone ha una speranza di vita di 82 anni. Chi nasce e vive nel Leshoto non supera i 60 anni**

pretare questo invito con un rinnovato spirito critico. Il rapporto, infatti, non si limita a delineare il quadro delle disuguaglianze nella salute e dei loro inaccettabili paradossi tra i nei paesi di loro. Propone anche un'analisi delle cause di una forbice - la forbice della disuguaglianza nella salute - che fino a trent'anni fa tendeva a chiudersi e che ora, invece, tende sempre più rapidamente ad allargarsi. Cosa ha portato il mondo, in questi ultimi trent'anni in cui ha prodotto più ricchezza che in ogni altra epoca precedente, ad aumentare la disuguaglianza nella salute e persino a far peggiorare (dall'Africa alla Russia) le condizioni sanitarie di larghe fasce della sua popolazione?

La domanda è naturalmente complessa. Ma la risposta dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale è insolitamente chiara. La causa del paradosso della crescita della disuguaglianza nell'accesso a un bene primario come la salute pur in una fase di crescita senza precedenti della ricchezza va cercata in un cambiamento culturale. Fondato, ovviamente, su concreti interessi economici. Il mutamento di cultura che, sia pure con modalità e intensità diverse, ha interessato il mondo intero riguarda il modo stesso in cui l'uomo guarda al suo bene primario: la sua salute e la sua stessa vita. Trent'anni fa la salute era ancora considerata un diritto universale dell'uomo. Oggi è considerata una conquista individuale. Questa transizione si è consumata nell'ambito di una transizione più generale che ha portato in questi ultimi trent'anni un modo di vedere il mondo, quello del pensiero neoliberista, ad assumere un'egemonia pressoché assoluta, tanto da meritarsi la definizione di pensiero unico. In questa transizione culturale, prima ancora che economica e politica, ha avuto un ruolo non

irrelevante il fatto che la salute non è più considerata come un bene comune di cui tutti devono beneficiare, ma come una conquista che ogni singolo individuo deve realizzare nell'ambito delle leggi di mercato.

È nell'ambito di questo cambio di paradigma culturale, sociale e politico che la salute è diventata un bene sempre più accessibile ai ricchi e sempre meno accessibile ai poveri. E non solo nei paesi in via di sviluppo. Anche in Occidente (negli Usa, in Australia, in Russia), persino nella vecchia Europa, dove la presenza di sistemi sanitari a copertura universalistica ha retto meglio che altrove e il bene salute è più equamente distribuito, chi possiede un portafoglio più gonfio vive, in genere, più a lungo e con minori acciacchi. In questi anni la forbice della disuguaglianza si è talmente allargata da determinare non solo un rapido miglioramento delle condizioni di salute delle sole fasce più ricche ma addirittura un peggioramento nelle condizioni assolute di salute - a partire dalla vita media - nella fasce più povere della popolazione. E non solo in molti paesi nell'Africa



**La forbice della disuguaglianza si è allargata: è un portafoglio gonfio che garantisce una vita lunga**

sub-sahariana o in Russia. Ma persino in molti quartieri delle opulente città dell'occidente. Non solo molti poveri si ammalano perché, appunto, poveri. Ma molti diventano poveri per cercare di curarsi quando si ammalano. Eppure tutto questo, sostiene l'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale, non suscita scandalo. Persino i genocidi di bambini poveri vengono facilmente rimossi dalla coscienza collettiva. Ma la disuguaglianza di accesso alla salute resta inaccettabile anche se pochi ne parlano. La morte evitabile di tanti innocenti (soprattutto bambini) e le condizioni di disagio sanitario facilmente rimovibile di centinaia di milioni di persone restano scandali gravissimi, anche se vengono rimossi.

L'analisi - il grido - che l'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale ci propone è drammatica. A tratti tragica. Ma non è nuova. Ciò che la rende particolarmente incisiva è che essa propone un percorso per venire fuori. Un modo per affrontare lo scandalo e cercare di rimuoverlo fondato su due punti molto semplici, eppure dirompenti: riconoscere la centralità sociale e politica del tema delle disuguaglianze sanitarie e riaffermare la salute come bene comune. Come diritto universale dell'uomo. Se la salute è un bene comune e non un bene di mercato, allora è l'umanità intera che deve garantirla, non il singolo individuo che deve conquistarla (che nell'ottica neoliberista significa semplicemente acquistarla). Se la salute è un diritto dell'uomo, allora sono gli stati e la comunità internazionale a doverla garantire a tutti e a ciascuno. In Sierra Leone come in Giappone. Nei suburbi come nei quartieri centrali di Washington. E prima che si manifesti in maniera plateale anche a Stoccolma e a Parigi. A Milano e a Roma.