2. Di chi è la responsabilità?

Dost thou think, because thou art virtuous,
there shall be no more cakes and ale?

William Shakespeare,
Twelfth night (Act II, Scene iii)*

Ecco dieci regole d'oro per star bene in salute. La lista fu pubblicata nel 1999 dal Chief Medical Officer d'Inghilterra, ma differisce poco da un certo tipo di consigli che si potrebbero ricevere da una qualsiasi agenzia di sanità pubblica in una nazione a elevato reddito.

1. Non fumare. Se puoi, smetti. Se non ce la fai, riduci.
2. Segui un'alimentazione bilanciata ricca di frutta e verdura.
3. Mantieniti attivo fisicamente.
4. Controlla il tuo stress, ad esempio parlandone oppure ritagliandoti del tempo per rilassarti.
5. Se bevi alcol, fallo con moderazione.
6. Copriti quando sei al sole e proteggi i bambini dalle scottature.
7. Adotta abitudini sessuali sicure.
8. Aderisci alle opportunità di screening oncologico.
9. Guida in maniera sicura, rispetta il Codice della Strada.
10. Impara le procedure essenziali del pronto soccorso: vie aeree, respiro, circolazione.

Due domande: trovate questa lista utile? Ritenete possibile che cambi il vostro comportamento o quello di altri?

Tenendo a mente ciò, ecco dieci regole d'oro alternative per star bene in salute compilate da David Gordon e colleghi della University of Bristol.

1. Non essere povero. Se puoi, smetti. Se non ci riesci, cerca di non essere povero per molto tempo.
2. Non vivere in un'area deprivata. Se puoi trasferisciti altrove.
3. Non essere disabile o non avere un figlio disabile.
4. Non fare un lavoro manuale, malpagato e stressante.
5. Non vivere in una casa umida, di bassa qualità o non essere un senza-tetto.
6. Sii in grado di pagarti attività sociali e vacanze annuali.
7. Non essere un genitore solo.
8. Richiedi tutti i benefici cui hai diritto.
9. Sii in grado di possedere un'auto.
10. Sfrutta l'istruzione per migliorare la tua posizione socio-economica.

Difficile argomentare contro una lista di sanità pubblica che somigli alla prima; tutto è adeguato, caratterizzato da buone intenzioni, basato su una solida evidenza scientifica... Ma è anche improbabile che faccia la differenza. "Ero sul punto di bere e guidare e di avere un'esperienza sessuale non sicura e poi proprio in tempo mi sono ricordato del suggerimento del Chief Medical Officer." "Stavo per prendere le patatine fritte per i bambini, ma mi sono ricordato del suggerimento sulla frutta e la verdura, così ho preso dell'insalata e della frutta fresca." "Sono preoccupato di perdere il lavoro, che probabil-

* "E perché sei virtuoso tu, speri che spariscano pizze e birra?" [Trad. it.: Melchiori G, ed. La dodicesima notte. In: Teatro completo di William Shakespeare. Vol. II. Milano: Arnoldo Mondadori Editore, 1982.]

mente significa perdere la mia casa, cosa piuttosto stressante, ma ho trovato il tempo per rilassarmi, e adesso va tutto bene."

Il vero problema con la lista di sanità pubblica non è che è sbagliata, di fatto non lo è; tuttavia è improbabile che trasmettere semplicemente suggerimenti comporti cambiamenti in coloro che più hanno da guadagnare. Ecco tre possibili reazioni a quella lista:

"Conosco i suggerimenti. Mi impegno per essere informato e per prendermi cura di me stesso, e li sto già mettendo in pratica."

"Fumare e troppo alcol non vanno bene per me? Pensa un po'! E chi lo sapeva? Questo cambia tutto!"

"Lo sapevo, e allora? Non cambio le cose che faccio. Ho altro di cui preoccuparmi."

In relazione a queste possibilità, c'è buona evidenza che la gente in nazioni come gli Stati Uniti o il Regno Unito sappia perfettamente che il fumo nuoce alla salute,[1] e, in Inghilterra, la maggior parte delle persone obese sostiene di essere a dieta.[2] Le ragioni per cui la gente continua a fumare e l'obesità continua ad essere diffusa non derivano dall'ignoranza. In altre parole, i consigli sono utili, ma non è quanto la gente sa che può determinare un comportamento aderente ai suggerimenti.

E la seconda lista, quella di David Gordon? Anch'essa è basata su solide evidenze scientifiche. Ci sono buone prove per sostenere l'affermazione che ciascuna delle dieci regole della lista sia collegata alla salute, sebbene ciò sia meno ampiamente noto. La questione che la lista di Gordon mette in risalto così efficacemente è che, anche se la gente sa che certe cose sono dannose per la salute, si può fare poco per metterle in pratica.

Il tema che voglio esplorare in questo capitolo è: di chi è la responsabilità della salute? Quando abbiamo pubblicato il rapporto della Commission on Social Determinants of Health (Commissione sui determinanti sociali della salute – CSDH), *Closing the gap in a generation*, un politico navigato fece questa domanda: dove è la responsabilità personale in tutto questo? Un noto economista ed esperto di sanità pubblica basò la sua critica sul fatto che *Closing the gap* menzionasse il termine "sociale" molte più volte che "individuale". Era il report sui *determinanti sociali*, perché tanta sorpresa? La mia risposta fu, ed è, che la responsabilità personale dovrebbe essere giusto il centro di quello che cerchiamo di ottenere. Ma la capacità della gente di prendersi una responsabilità personale è modulata dalla propria situazione. La gente non può prendersi delle responsabilità se non è in grado di controllare quello che le accade.

La seconda lista delle dieci regole, ovviamente, contiene dei suggerimenti che sono al di fuori del controllo degli individui che dovrebbero seguirli, sebbene alcuni commentatori pensino che la disoccupazione sia una scelta di vita e sospettino che la povertà sia un risultato della pigrizia. Meno immediatamente riconosciuto è il fatto che anche la prima lista, in qualche misura, sia al di fuori del controllo individuale. Quanto meno, le scelte di comportamento individuale sono influenzate da dove la gente si ritrova a vivere. Fumo, dieta e alcol sono causa di malattia e contribuiscono al gradiente sociale di cattiva salute. Possiamo pensare ai determinanti di queste cause come alle "cause delle cause".[3]

Cercare di influenzare il comportamento attaccando le cause delle cause evoca reazioni forti. In questo dibattito, da una parte gli attivisti della sanità pubblica dimostrano che i grandi interessi affaristici hanno troppa influenza sulle politiche per la salute, ad esempio, in relazione a tabacco, alcol e cibo; dall'altro lato si sostiene che ogni interferenza dei governi sia un'intollerabile erosione della libertà, che lasciare spazio agli interessi non sia lobbying contro le politiche dei governi, è semplicemente democrazia. I cittadini e le persone impegnate in sanità pubblica possono anch'essi dire la loro. C'è chi sostiene che il fatto che una compagnia da molti miliardi di dollari di fatturato possa avere un megafono più potente del cittadino sia irrilevante.

Uno scambio tra due commentatori sulle politiche per l'alcol è eloquente e tipico. Un giornalista, Jonathan Gornall, scrisse un articolo sul *British Medical Journal* sostenendo che il grande business era stato determinante nel cambiare la politica del governo su alcol e salute. Gornall rilevò che la coali-

zione di governo guidata dai conservatori aveva dichiarato di voler introdurre l'unità minima di prezzo per l'alcol. Dopo tutto, i dati dimostrano quello che gli economisti direbbero: aumenta il prezzo dell'alcol e il consumo diminuisce. Al tempo in cui la politica fu annunciata, elogiai pubblicamente il primo ministro conservatore, David Cameron, per un passaggio politico del quale avrebbe tratto beneficio la sanità pubblica. Il governo però ritrasse la proposta. Jonathan Gornall indicò nella pressione sul governo da parte dell'industria dell'alcol, il temuto grande business, la causa del ritiro della proposta politica.[4]

Una replica dell'Institute of Economic Affairs (IEA), un *think-tank* del libero mercato, fu fortemente critica nei confronti di Gornall e degli altri che spingevano per un'azione governativa a favore della sanità pubblica. L'autore, Christopher Snowdon, trovò difficile dubitare che alzare il prezzo avrebbe ridotto il consumo, ma disse che questa misura era malaccorta e basata su un'evidenza scientifica superficiale, perché l'introduzione di un prezzo minimo per l'alcol avrebbe potuto avere altri effetti indesiderati, la gente avrebbe potuto finire con il pagare di più l'alcol e non comprare da mangiare ai bambini.[5] Accusò Gornall di "attacchi personali e insinuazioni spregevoli".

La risposta di Gornall fu vigorosa. La sua obiettività scientifica veniva criticata da un istituto la cui politica dichiarata era stata riassunta in queste parole dal suo direttore generale: "Attraverso ricerche dettagliate, cercheremo di dimostrare che i meccanismi del libero mercato producono esiti migliori che regolamentazioni statali autoritarie e restrittive".[6] Se tu già sai, prima ancora di farla, che gli esiti della tua ricerca favoriranno il libero mercato, le pretese di oggettività sono ridicole. Inoltre, la pretesa che l'IEA sia una voce indipendente è screditata dal suo rifiuto a rendere note le sue fonti di finanziamento. Quando lo stesso istituto contrastò le iniziative per il controllo del tabacco, compreso il semplice confezionamento, una ricerca dettagliata nei documenti dell'industria del tabacco rivelò che questa aveva fornito fondi all'Institute of Economic Affairs.

Potrei riportare tanti di questi scambi. Essi chiariscono che le discussioni su come trattare le "cause delle cause" di comportamenti che riguardano la salute coinvolgono sia una visione politica del ruolo dello Stato sia interessi nascosti. La sovrapposizione di questi elementi determina un dibattito distorto.

Il fatto è che le condizioni di vita alle quali siamo esposti influenzano i comportamenti. Molti di noi apprezzano la nozione di libera scelta, ma le nostre scelte sono limitate dalle condizioni nelle quali siamo nati, cresciuti, viviamo, lavoriamo e invecchiamo. Il punto fino al quale accettiamo limitazioni sui comportamenti può variare.

Per quel che riguarda il fumo, ad esempio, la gran parte delle persone attualmente non trova particolarmente disturbanti le iniziative che una società può intraprendere per limitare il consumo di tabacco. La maggioranza delle persone accetta la restrizione del fumo nei luoghi pubblici, il bando della pubblicità e gli avvisi sulle etichette. Come risultato di queste misure, le percentuali di fumatori sono diminuite in molte nazioni, con conseguenti benefici per la salute. Tuttavia, anche con il fumo, una pratica tossica che, è provato, uccide fino a metà dei fumatori abituali, esiste un tenace gruppo di persone che sostiene che le norme dirette al controllo del tabacco siano un'erosione della loro libertà.[7] Si sarebbe più inclini ad ascoltare il punto di vista di coloro che non sono finanziati dall'industria del tabacco.

Per quel che riguarda il fumo la quantità più salutare è zero. Per la dieta la questione è differente. Tutti noi mangiamo. Più della metà della popolazione mondiale vive in città e non produce direttamente il cibo che consuma. L'industria del cibo gioca un ruolo cruciale, così come i governi e altri soggetti, nel procurare il cibo per le persone. Se si è critici nei confronti dei mercati, come lo sono io stesso quando ci si riferisce all'assistenza sanitaria o all'istruzione, prendiamoci un momento per immaginare come un ministro per l'alimentazione sovietico a Mosca avrebbe potuto assicurare che dieci milioni di persone e il loro cibo si abbinassero ogni giorno,

senza l'aiuto dei mercati. Il mercato lavora in modo impressionante per far incontrare la gente e il cibo. Detto questo, in alcuni casi il mercato fallisce. Alcune persone hanno troppo poco cibo da mangiare, e altre troppo. Il tipo di cibo che mangiamo influenza l'insorgenza di obesità, cardiopatie e tumori. Come risultato ci sono state "guerre del cibo" – l'*Economist* ne etichettò una, nella quale mi sono trovato ad essere un combattente inconsapevole, la "Battaglia della pancia" – riguardanti la sana alimentazione. Queste guerre del cibo illustrano bene il tema di chi sia la responsabilità di una corretta alimentazione. Inoltre queste guerre sono fortemente collegate al tema delle disuguaglianze sociali perché la dieta può influenzare e determinare i livelli di malattie non trasmissibili, che a loro volta contribuiscono ad alimentare le disuguaglianze di salute.

Cibo e fascismo

È spiazzante trovarsi descritto nel *Daily Mail*, un giornale nazionale, come un "nazista della salute". Quando mi è accaduto, nel 2007, ho commentato con un amico giornalista che pensavo che un tipico "nazista della salute" fosse Joseph Mengele. Perche proprio io? Il mio amico mi disse di non prenderla troppo sul serio, lo scrivente non voleva dire che facessi spaventosi esperimenti sugli esseri umani rinchiusi nei campi di concentramento. Semplicemente mi considerava un fascista della salute. Non mi pareva terribilmente rassicurante, specialmente perché il giornale in questione descriveva le mie affermazioni come "grottesche e sempre più irresponsabili". Un altro giornale nazionale, il *Telegraph*, mi attaccò dicendo che stavo guidando una scellerata alleanza di puritani, fascisti della salute e fanatici del controllo dello stato-bambinaia. Per completare l'opera, un altro quotidiano nazionale si unì con un "Grasse bugie dei fascisti del cibo". Uno o due dei titoli dei tabloid risultarono davvero arguti. *The Sun* titolava "Salvate il nostro bacon" e "Il maiale sconsiderato, costa vite".

Cosa può aver portato a tanta schiuma alla bocca? Qual era la banda di bugiardi fascisti che una stampa così percettiva aveva scoperto?

Il nostro mascheramento era davvero buono. Avevo presieduto un comitato convocato dal World Cancer Research Fund per revisionare l'evidenza scientifica su *Food, nutrition, physical activity and cancer*.[8] Il comitato era composto da una ventina di ricercatori ben noti e stimati a livello internazionale. Fascisti ingegnosi, che coprono le tracce trascorrendo i giorni lavorativi come professori del Regno Unito, Stati Uniti, Giappone, Cina, India, Cile, Messico, Africa, Nuova Zelanda e Australia. La forza del nostro report era che le raccomandazioni risultavano basate non su uno studio ma su circa 7.000 articoli scientifici. Più di 200 ricercatori coinvolti nel processo durato cinque anni per mettere insieme un report di 400 pagine, e l'UNICEF e la World Health Organization erano tra gli osservatori: tutt'altro che un *Mein Kampf*.

La nostra conclusione, basata su *tutta* l'evidenza scientifica di qualità, fu che le persone in sovrappeso hanno un più alto rischio di tumore, così che è importante essere quanto più magri possibile all'interno del range di peso considerato normale. Riportammo che la carne trattata aumenta il rischio di tumore e dovrebbe essere evitata se le persone volessero ridurre il loro rischio; e che il consumo di carne rossa oltre i 500 grammi alla settimana aumenta il rischio di cancro.

Per rendere sinottiche le nostre conclusioni preparammo delle raccomandazioni. Furono queste conclusioni scientifiche, raggiunte dopo un tormentoso processo, ad essere etichettate come "grasse bugie di fascisti del cibo".

Ero già passato per una situazione simile una dozzina di anni prima: a quel tempo il tema era la prevenzione alimentare delle malattie cardiache.[9] Allora le misurate riflessioni del mio comitato di ricercatori e professori fu descritto come "l'attacco più recente dei leninisti del cibo... Lo stato-bambinaia vuole indicarti cosa mangiare a colazione, pranzo e cena".[10] Leninista o nazista? Il punto è che chi cerca di influenzare il comportamento individuale nell'interesse del pubblico è un totalitario.

crescente irresponsabilità. Ma se l'aumento di irresponsabilità spiega l'aumento dell'obesità, perché le quote di fumatori sono diminuite drammaticamente? Perché siamo responsabili quando si tratta di fumo e irresponsabili quando si tratta di mangiare? Anche se fosse vero che la gente valuta il consumo presente molto di più degli effetti futuri sulla salute, perché il bilancio è cambiato? Oppure, se il bilancio non è cambiato, e la gente valuta sempre il presente molto di più del futuro, perché è più facile che il bilancio causi obesità adesso piuttosto che in passato?

Tenendo a mente l'incremento dell'obesità ritorniamo alla questione di chi sia la responsabilità della salute. Una visione spassionata dell'evidenza certamente riconoscerebbe che l'aumento dell'obesità è stato il risultato di qualcosa di più di una scelta individuale: è stato il risultato del cambiamento delle condizioni. Perché allora dare per scontato che ogni tentativo di cambiare le condizioni sia fascismo e che debba essere lasciato all'individuo cambiare le cose per se stesso? Eppure, se le azioni sociali causano il problema, certamente deve essere legittimo discutere quali azioni sociali abbiamo intenzione di avviare per risolverlo.

Iniquità nella salute e "stile di vita": le cause delle cause

Più piccola la taglia del vestito più grande l'appartamento. Questo detto popolare newyorkese riassume bene il concetto: esiste un gradiente sociale dell'obesità. Particolarmente tra le donne nelle nazioni a medio e alto reddito, più basso lo stato sociale più alta la prevalenza di obesità. Ma perché?

Ciò che mi interessa sono le disuguaglianze nella salute all'interno delle nazioni e tra le nazioni, e il ruolo dei determinanti sociali. "Determinanti sociali" è un'espressione non familiare per molti epidemiologi e altri operatori sanitari che sono più preoccupati dei rischi individuali. Deprivazione relativa, relazioni sociali, condizioni che consentono una vita dignitosa, *empowerment* e tutti i punti della lista di David Gordon non sono il pane e il burro, o anche le cinque porzioni al giorno, punti tipici delle tradizionali preoccupazioni relative alla salute. Dove sono, mi chiedo, fumo alcol, obesità? I determinanti sociali non escludono questi comportamenti legati alla salute. Quando si considerano le disuguaglianze per le malattie non trasmissibili, fumo, alcol e obesità sono proprio al cuore della questione. Un modo attraverso il quale l'ambiente sociale è causalmente legato alle iniquità di salute è rappresentato da questi comportamenti, di qui questo capitolo. Un'altra via è attraverso i percorsi dello stress che appariranno nei capitoli a venire.

Il mio convincimento è che la responsabilità degli individui e delle comunità sia centrale per migliorare la salute e il benessere delle persone. A prima vista, il linguaggio della responsabilità individuale sembrerebbe coerente con l'*empowerment*, con le persone che prendono il controllo sulle proprie vite e liberamente fanno le proprie scelte di salute. Certamente gli individui devono fare la scelta di fumare oppure no, come pure bere e mangiare. Ma quando ci imbattiamo in un pattern sociale regolare ci viene suggerito che ci sono cause più allargate, sociali.

Posso illustrare con dati lo sviluppo di questi comportamenti non salutari. Con i colleghi dello University College London (UCL) e con il National Center for Social Research, fui coinvolto nella Scottish Health Survey. Stavo prendendo l'aereo da Londra per Edimburgo per presentare i risultati e rivedevo sull'aereo la mia presentazione in power point. I dati mostravano che come le ragazze attraversavano la pubertà, le quote di fumatrici salivano drammaticamente. Era quasi come se il fumo fosse, insieme ai cambiamenti del corpo, un altro segno della pubertà. L'adesione all'esercizio fisico diminuiva appena le ragazze passavano attraverso gli anni della pubertà, e inoltre iniziavano a fare esperienza con l'alcol. Una donna del personale di bordo dando uno sguardo dalle mie spalle disse: "Ho fatto tutto ciò anch'io e anche di più". Le mostrai il gradiente sociale di questi comportamenti, che iniziano precocemente:

più basso lo stato sociale più insalubri i comportamenti. "Beh, è stato così anche per me", disse, "un background socialmente modesto come quello dei miei amici".

Tutti i giovani si sperimentano. Ma noi vediamo che i gradienti sociali dell'obesità e del fumo compaiono già nell'infanzia e nell'adolescenza. È una visione troppo ristretta quella che valuta questo fenomeno come se ognuno di questi giovani facesse singolarmente scelte individuali, ignorando le pressioni sociali che li spingono a comportarsi in una certa maniera.

Mi è stato chiesto da un preoccupato medico di sanità pubblica: i giovani disoccupati vanno in giro nelle città, fumando, bevendo troppo, usando droghe e mettendosi nei pasticci. Cosa suggerire? La mia risposta, non di grande aiuto, è che non comincerei da qui. Comincerei dallo sviluppo e dalla formazione precoce del bambino. Rafforziamo la conoscenza e la responsabilità dei giovani, aiutiamoli a sviluppare quelle qualità che daranno loro il controllo sulla vita e un interesse nel futuro, ed essi avranno più cose interessanti da fare che bighellonare agli angoli delle strade a fumare e a bere troppo.

Il passaggio verso la conoscenza precede quello verso la responsabilità. Come descritto in precedenza, nel Regno Unito tutta la popolazione comprende che fumare fa male alla salute, eppure esiste un gradiente sociale per il fumo. La povertà e la disuguaglianza rendono profondamente disarmati. La gente con poco controllo sulla propria vita non si sente capace di fare scelte salutari.

Cosa che può essere parte del motivo per il quale i suggerimenti sulla salute, anche quando efficaci, possono incrementare le disuguaglianze nei comportamenti non salutari. Così è stato per il fumo. Un'abitudine che non discriminava tra le posizioni socio-economiche è diventato sempre più distribuito lungo un gradiente sociale. Ora nel Regno Unito solo il 9% degli adulti nelle famiglie dei professionisti fuma, confrontato con il 31% delle famiglie dei lavoratori manuali.[13] Fumare è una causa di malattie e di morte. Dobbiamo affrontare le cause delle cause.

Obesità e sovrappeso: geni o istruzione?

Obesità e sovrappeso illustrano bene l'interazione tra i determinanti individuali e sociali. Gli individui fanno scelte su cosa e quanto mangiare, quale e quanto esercizio fisico fare, ma queste scelte sono influenzate dall'ambiente nel quale essi stessi si trovano. Una parte della propensione individuale all'obesità sarà genetica. Gli studi sui gemelli forniscono un modo per individuare il contributo della genetica e dell'ambiente per qualsiasi condizione. I gemelli monozigoti sono geneticamente identici, ma condividono anche gli ambienti di vita. I gemelli eterozigoti condividono la metà dei geni, in media, ma anche gli ambienti. Gli studi sui gemelli suggeriscono che l'obesità è ereditabile tra il 50 e il 90%: una forte componente genetica.[14] Ma va notato che gli studi sui gemelli sono in generale condotti in un range ristretto di ambienti. L'assunto che i gemelli eterozigoti condividano gli ambienti nella stessa misura dei gemelli monozigoti potrebbe essere messa in discussione. Ma non è tanto questo il punto più rilevante che sottolineo qui. Il punto è: come conciliamo i risultati degli studi sui gemelli con quelli che derivano da altri tipi di studio?

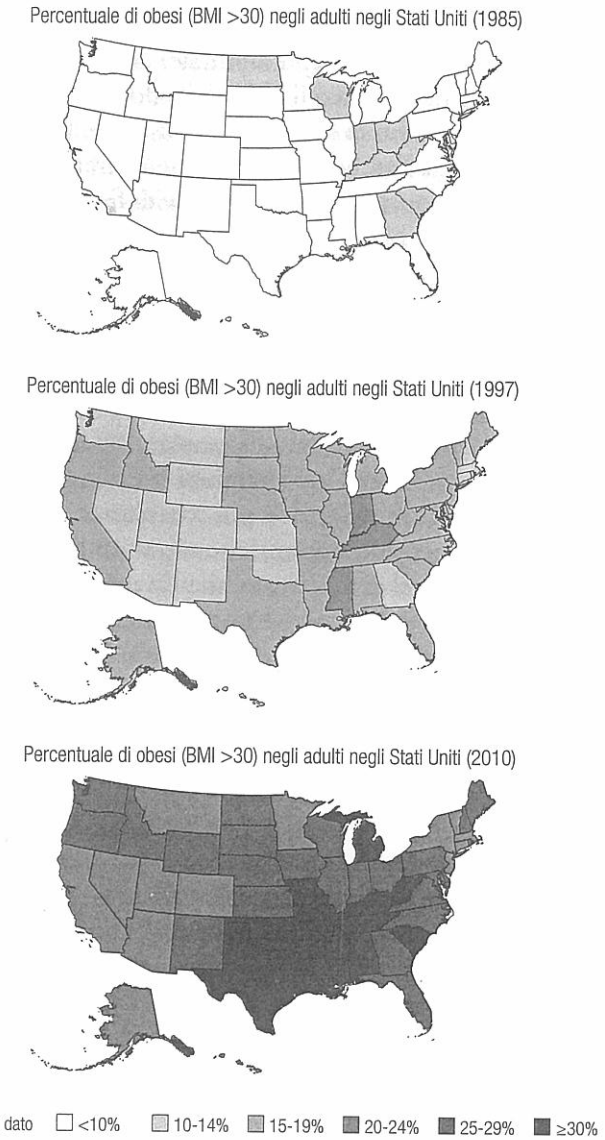
Mi sono interessato alla salute dei migranti che arrivano dal subcontinente indiano al Regno Unito. Uno studio nella West London di uomini di origine sud-asiatica ha mostrato un indice di massa corporea (Body Mass Index – BMI) medio di 28. Il BMI è molto usato come misura; abbina in una formula peso e altezza (peso in kg/altezza in m^2). Considerato che il BMI desiderabile è tra 20 e 25, e che qualsiasi misura sopra 25 è da considerarsi sovrappeso e sopra 30 obesità, una media di 28 significa una grande presenza di individui in sovrappeso, per non dire obesi. Uno studio nel Punjab rurale, l'area dell'India da cui questi uomini erano originari, aveva mostrato un BMI medio di 18. La media era da sottopeso. Assumiamo un'altezza media di 1,72 metri in tutte e due le località. Una differenza in BMI di 10 corrisponde a una differenza media di peso di 29 kg. Una cosa enorme. A meno che gli uomini del Punjab con una predisposizione genetica a met-

tere su peso fossero anche più disponibili a diventare migranti, che sembra del tutto improbabile, gli uomini nel Punjab e quelli provenienti dal Punjab e viventi a Londra sono geneticamente simili. Questo significa che, in un caso come questo, il sovrappeso riconosce prevalentemente cause ambientali.

Uno stallo. Gli studi sui gemelli indicano che è predominante la genetica. Gli studi sui migranti indicano che è prevalente l'ambiente. I fautori dell'ambiente possono criticare gli studi sui gemelli perché sottovalutano la componente ambientale, così come ho fatto io; i fautori della genetica possono criticare gli studi sui migranti perché non viene controllata adeguatamente la componente genetica, e lo fanno. Il punto dovrebbe essere che se c'è un range ristretto di esposizione ambientale, *tutte* le variazioni saranno genetiche. Se ci fosse un equivalente ambientale di uno tsunami, le differenze nella suscettibilità, geneticamente determinata, sarebbero meno rilevanti e l'ambiente predominerebbe. Per spiegare il sottopeso in India e il sovrappeso a Londra dobbiamo appellarci alle spiegazioni ambientali. Per spiegare le differenze tra i gemelli mono ed eterozigoti esposti ad ambienti molto simili ci appelliamo alle differenze in suscettibilità genetica.

Nella figura 2.1 sono rappresentate le tre mappe dei Centers for Disease Control and Prevention (CDC) negli Stati Uniti sui livelli di obesità per stato considerando, per mostrare la progressione, gli anni 1985, 1997 e 2010. Le mappe mostrano ogni stato americano con diversa gradazione di colore in accordo alla prevalenza di obesità. Con il susseguirsi degli anni, il colore diventa sempre più scuro, come conseguenza dell'aumento della prevalenza di obesità. Quando presento questi grafici, la reazione del pubblico è simile alla mia quando li ho visti per la prima volta. Procurano uno shock da far spalancare la bocca. Come il colore cambia dal chiaro allo scuro, il pubblico ha un sussulto, all'unisono. È sorprendente come può cambiare rapidamente il genoma negli Stati Uniti! Lo dico con ironia. Quale che sia il contributo della genetica all'obesità, questo sarà stabile per almeno due-tre decadi. Certamente non si scatenerà in una generazione. Aumenti di obe-

Figura 2.1 Uno, due, tre... aggiudicato!



Fonte: CDC. Obesity trends among US adults between 1985 and 2010. Centers for Disease Control and Prevention, 2010

sità come questi devono necessariamente essere classificati come "culturali", non "naturali".

Peraltro, non solo negli Stati Uniti. La "linea della vita" (intesa come circonferenza addominale) del pianeta si espande. In Egitto e nel Messico il 70% delle donne è in sovrappeso. Viene anche definita la *coca-colonizzazione*. Una scelta razionale, forse, ma l'aumento degli alimenti trattati e la diminuzione delle opportunità per fare attività fisica sono spiegazioni decisamente più forti.

Per alcune decadi nelle nazioni ad alto reddito, abbiamo visto che, particolarmente nelle donne, più basso era il livello di istruzione più grande la prevalenza di sovrappeso e obesità: un gradiente sociale.

I livelli di obesità nei bambini sono andati aumentando in maniera preoccupante. Con i bambini la discussione intorno alla responsabilità individuale è più complicata. Anche i genitori ideologicamente in opposizione allo stato-bambinaia non avranno rimorsi nel dire ai bambini: non mangiate cioccolata adesso, vi guasterà la cena; se non mangiate broccoli, non avrete il dessert. Probabilmente noi siamo biologicamente programmati al piacere delle cose dolci. È solamente attraverso un esercizio di volontà che non ci sosteniamo con una dieta a base di bevande zuccherate e gelati. L'aumento dell'obesità nei bambini dunque riflette le abitudini alimentari alle quali sono esposti, non la possibilità che i bambini abbiano cambiato il loro calcolo economico e cominciato a valutare i piaceri del consumo attuale molto di più della salute futura. In Inghilterra, adesso, l'aumento dell'obesità nei bambini si è di fatto fermato nelle famiglie di posizione sociale intermedia e alta, mentre l'aumento continua nei bambini che provengono da famiglie economicamente svantaggiate.[15] In futuro, il gradiente sociale dell'obesità può diventare ancora più ripido di quanto non lo sia adesso.

In contrasto a ciò, nelle nazioni a basso reddito le donne con più istruzione più facilmente diventano obese rispetto a quelle meno istruite. Questo può riflettere due fenomeni collegati: le donne a bassa istruzione nelle nazioni a basso reddito sono semplicemente più vicine alla linea di povertà assoluta per assumere sufficienti calorie per diventare grasse. L'altra faccia della medaglia è che diventare grasse può dare un segnale pubblico che sei salita al di sopra del margine dell'indigenza.

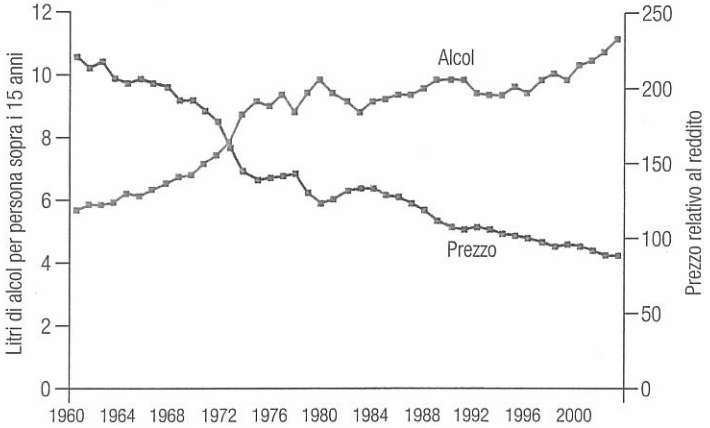
Via via che le nazioni si arricchiscono, il gradiente sociale vira verso il pattern familiare dei paesi ad alto reddito: maggiore istruzione, meno sovrappeso. Amina Aitsi-Selmi, lavorando insieme a me, ha esaminato questi trend in Egitto e in altre nazioni. Ha trovato che le donne più ricche erano più facilmente sovrappeso: un risultato preoccupante. Preoccupante perché non voglio essere come Geremia che dice che andare oltre il livello di povertà comporta una punizione sotto forma di obesità e delle sue complicanze come il diabete. Amina, comunque, ha rilevato inoltre che il legame tra benessere economico e obesità non è più presente nelle donne con maggiore istruzione. Ora vi rivelo i miei pregiudizi: mi piacciono questi risultati. Le donne con maggiore istruzione non sono punite con l'obesità per aver superato la soglia di povertà.[16]

La distribuzione sociale dell'obesità e del sovrappeso nelle singole nazioni e tra le nazioni dovrebbe far riflettere quelli che pensano alla salute solo in termini di responsabilità personale. Perché mai la responsabilità personale dovrebbe conseguire dal gradiente sociale? La responsabilità personale è un appannaggio esclusivo di chi è più benestante? L'idea è assurda. Piuttosto, direi, si creino le condizioni affinché le persone abbiano il controllo delle proprie vite, diffondiamo il più possibile il vantaggio dell'istruzione, ad esempio, e donne e uomini avranno gli strumenti, e l'interesse, per fare qualcosa per il loro peso corporeo.

Alcol: solo responsabilità personale?

L'alcol è l'esempio ovvio di un comportamento che riguarda la salute influenzato dalle condizioni sociali. I tassi di mortalità degli uomini aumentarono drammaticamente in Russia dopo il

Figura 2.2 La teoria funziona: meno costose sono le bevande alcoliche più se ne bevono
Consumo di alcol nel Regno Unito in relazione al prezzo



Fonte: Tighe A, ed. Statistical handbook, 2003. London: Brewing Publications Limited, 2003

re la predisposizione genetica, la storia personale, la personalità e la sottocultura. Per i determinanti presenti a livello individuale possono essere necessari consigli e trattamento. I determinanti sociali richiedono azione sociale. Non aiuta dire che è semplicemente una questione che riguarda gli individui.

Di chi è la responsabilità?

Mentre tornavo a casa in bicicletta dopo una cena al Royal College of Physicians, ancora in giacca e papillon, la mia bicicletta deviò bruscamente e si bloccò, lasciandomi a terra sofferente e incapace di spostarmi dalla strada. L'ambulanza sopraggiunse rapidamente. Uno del personale dell'ambulanza si accorse del mio vestire stravagante e disse: "Si è fatto qualche bicchiere!". Gli feci notare che avevo bevuto un solo bicchiere di vino tra le 19 e le 23, ma mi chiesi anche che importanza potesse avere. Davvero non si sarebbe preso cura di me se avesse pensato che avevo bevuto, solo perché mi aveva ritenuto responsabile della mia caduta?

Fui assistito in maniera eccellente, incluso l'inserimento di un chiodo di titanio per mantenere integro e al suo posto il mio femore fratturato: ancora, per questo, grazie NHS. Ma rimuginavo ancora sulla frase "Si è fatto qualche bicchiere!", quando un membro conservatore del parlamento dichiarò che, secondo lui, le persone che soffrono di malattie dovute allo stile di vita non salutare dovrebbero pagare il costo dei loro trattamenti. Mi chiedo se, nel caso avessi bevuto tre bicchieri di vino e non uno solo, nella visione di questo parlamentare avrei dovuto essere obbligato a pagare il costo del trattamento per il mio femore fratturato. Stava forse suggerendo, questo politico, che ogni squattrinato che cada in stato confusionale, urti la testa da qualche parte dovrebbe essere lasciato giacere nei bassifondi cui appartiene, perché non in grado di affrontare le spese per essere curato? È questo il tipo di società che immaginiamo?

Sto drammatizzando. Il parlamentare probabilmente si riferiva al diabete associato all'obesità. Come ho descritto, più è comune l'obesità più bassa è la posizione nella gerarchia sociale. Come risultato, anche la prevalenza del diabete mostra un gradiente sociale: più elevato nei gruppi meno abbienti. La proposta, dunque, è che la gente povera dovrebbe essere obbligata a pagare i costi del trattamento del diabete. Tre potrebbero essere i motivi per cui la proposta è stata fatta:

1. *Disincentivare.* Obbligare le persone a pagare il costo del trattamento le incoraggerebbe ad adottare stili di vita più salutari, a non diventare obese, e pertanto a evitare il diabete.
2. *Punire.* Se la gente si comporta male dovrebbe sostenere un costo come penalizzazione per il cattivo comportamento.
3. *Risparmiare costi.* Abbassare i costi del servizio sanitario scaricandoli sulle persone irresponsabili.

L'evidenza a supporto del primo motivo, disincentivare, è del tutto assente. La gente diventa obesa nel corso della vita. L'idea che una fetta di torta al cioccolato andrebbe sacrificata all'età di 25 anni per evitare il peso di dover pagare per la cura del

se ci fosse l'evidenza di un tale effetto deterrente, potremmo discutere del principio che un individuo malato debba pagare – io non sono d'accordo – ma questa evidenza non esiste.

Ritengo che la gran parte di noi giudicherebbe il secondo motivo, punire, come indegno. L'obiezione è di tipo morale. Nella sua interezza il principio di un sistema universale di assistenza, gratuito nel luogo di fruizione, è che tratti tutti quelli che ad esso si rivolgono in accordo ai loro bisogni, non sulla base di qualche idea esterna di virtù morale. Non solo bisognerebbe trattare il tossicodipendente che ha contratto la malattia da HIV usando aghi sporchi, ma ci sarebbero ottime ragioni per medicalizzare la tossicodipendenza esattamente per ridurre il danno. In altre parole, si tratta di fare un ulteriore sforzo per usare le risorse della società per migliorare la vita della gente, persino di quella classificata da qualche moralista come non meritevole.

Siccome i poveri più facilmente soffrono di malattie legate allo stile di vita rispetto ai ricchi, ma i ricchi pagano più tasse dei poveri, il terzo argomento, ridurre i costi del servizio sanitario, avrebbe l'effetto di trasferire denaro dai poveri ai ricchi. Anche questa forma di redistribuzione non equa non trova posto in una società civilizzata.

Discutere se sia giusto considerare la gente responsabile della propria cattiva sorte porta in due direzioni. La prima, che sarà al centro del prossimo capitolo, è la ragione morale per intervenire sui determinanti sociali della salute e delle disuguaglianze di salute. La seconda: io sostengo che l'*empowerment* – avere la libertà, per usare le parole di Amartya Sen, di condurre una vita che valga la pena – sia cruciale per una buona salute. Il problema dunque è: come può la società acquisire condizioni che rendano le persone capaci di prendere il controllo della propria vita, tra cui l'adozione di comportanti salutari? Oppure, messa in altro modo, come possiamo intervenire sulla lista delle dieci regole di David Gordon, quella delle condizioni sociali, con la quale ho iniziato questo capitolo? Il resto del libro affronterà questa domanda.

Non sarà che la gente non ha una buona salute perché non ha assistenza sanitaria?

Potreste pensare: se è così preoccupato della salute, certamente dovrebbe discutere dell'assistenza sanitaria. Diamo accesso a ognuno e le disuguaglianze di salute scompariranno.

Prendiamo in considerazione una scelta. Cosa preferireste: non subire un attacco cardiaco o avere accesso a trattamenti di alta qualità qualora ne aveste uno? Al posto dell'attacco cardiaco potrei mettere l'ictus, un tumore, il diabete, i disturbi mentali. Come per molte delle mie domande, la risposta appropriata è probabilmente: entrambe le cose. Preferireste evitare l'attacco cardiaco, ma se colpiti da questa calamità vorreste avere accesso all'assistenza di migliore qualità possibile.

L'accesso all'assistenza sanitaria di alta qualità per ognuno sarebbe una buona soluzione, ma le disuguaglianze di salute non scomparirebbero. Le disuguaglianze di salute nascono dalle condizioni che fanno ammalare le persone: l'assistenza sanitaria è quello di cui si ha bisogno per trattare le persone quando si ammalano. La mancanza di assistenza sanitaria non è causa dello stato di malattia così come la mancanza di aspirina non è causa del mal di testa. Non dovremmo aggiungere l'insulto legato alla mancanza di accesso all'assistenza al danno, in primo luogo, di diventare malati.

È normale equiparare la salute e l'assistenza sanitaria. Se proviamo a chiedere a qualcuno quello che pensa della salute, potrebbe risponderci parlando di come sia stata meravigliosa l'infermiera che assisteva la nonna quando era in ospedale o della difficoltà a trovare un medico durante i weekend. È improbabile che la risposta sia la lista delle dieci regole del Chief Medical Officer e quasi certamente neanche quella di David Gordon. Sento parlare di investimenti sulla salute quando invece si sta parlando di investimenti sull'assistenza sanitaria. Gli specialisti della politica discutono di quanto una nazione spenda per la salute, ma in realtà parlano di assistenza sanitaria. Personalmente sosterrei che la gran parte di quello che una nazione spende influenza la salute: i trasporti, l'istruzione, la

nelle sommosse di Tottenham un trafficante di merce rubata aveva un lavoro e un altro aveva parcheggiato la sua VW dietro l'angolo. Quindi, concludeva l'articolo, non c'era alcun legame tra povertà e disordini urbani. Un politico disse che si trattava di criminalità pura e semplice. Per citare scorrettamente Oscar Wilde, le sommosse non erano "pure" e le cause non erano certamente semplici, ma la povertà relativa e le condizioni disagiate hanno un ruolo. Il quotidiano *The Guardian* ha riportato che su 1000 rivoltosi sottoposti al giudizio della magistratura solo l'8,6% aveva un lavoro o era in formazione, mentre il 91,4% no. A livello nazionale, la condizione NEET (Not in Employment, Education or Training: di coloro che non sono in attività lavorativa, a scuola o in formazione, cioè i disoccupati) è circa del 10%. Nessun legame tra la condizione sociale svantaggiata ed essere trascinati verso la criminalità nelle sommosse? Il legame è sorprendentemente forte: il 91% dei rivoltosi era NEET rispetto al 10% dei non rivoltosi. Con poche eccezioni, le persone occupate o in formazione non erano coinvolte né spinte a commettere crimini durante i disordini.

Ciò che non uccide ci rende... più vulnerabili. Gli eventi dell'infanzia condizionano la salute in età adulta. L'effetto latenza

C'è un secondo modo in cui quanto succede nella prima infanzia può avere un'influenza sulla salute nell'età adulta. Una ricerca condotta da un medico, David Barker, ha dimostrato che la crescita in utero e nel primo anno di vita è importante per il rischio di malattie cardiache e diabete nell'età adulta.[7] La cattiva nutrizione in questa prima fase della vita di un bambino può modificare il successivo rischio di ammalare. Il rischio verrà condizionato da eventi successivi, ma un episodio o un periodo di malnutrizione può avere effetti duraturi.

La dimostrazione data da Barker, che la cattiva nutrizione nell'infanzia ha effetti sulla vita adulta, potrebbe essere valida anche per le esperienze psicologiche e psicosociali. Dovremmo saperlo da tanto tempo, ma il problema è stato posto in evidenza dallo studio conosciuto come ACE (Adverse Childhood Experiences) condotto nel 1998 in California.[8] A una popolazione di poco superiore a 8000 persone residenti a San Diego fu chiesto se nei loro primi 18 anni di vita avevano subito una delle seguenti tre categorie di abusi: psicologici (frequentemente denigrati o trattati male, o impauriti da minacce di danni fisici); fisici; sessuali (quattro domande su eventuale induzione violenta ad atti sessuali). Si chiedevano risposte anche su quattro categorie di relazioni familiari problematiche: se vivevano con persona/e con problemi di abuso di alcol o di droghe; malattie mentali o/e tentativo di suicidio di un familiare; violenza verso la madre; comportamenti criminali in famiglia.

Il primo risultato impressionante fu che se la persona interrogata rispondeva positivamente a una delle esperienze negative era probabile che ne riportasse almeno un'altra; più della metà delle persone ne riportava almeno altre due. Le esperienze negative tendono a raggrupparsi. La domanda è: cosa succede quando questi individui diventano grandi?

La gente ama citare Nietzsche con il suo "ciò che non ci ammazza ci rende più forti". Bene, non succede, non è vero, ci rende più soggetti alle malattie. Rispetto al gruppo che non ha riportato esperienze negative, quelli che le riportano sono esposti a un rischio crescente di depressione e tentativi di suicidio (in relazione alla frequenza di esperienze negative). Le persone che avevano subito quattro o più differenti tipi di esperienze negative nell'infanzia correvano un rischio cinque volte maggiore di trascorrere due o più settimane in depressione nell'anno precedente e dodici volte maggiore di tentare il suicidio.

In generale, maggiore era il numero delle diverse esperienze negative nell'infanzia, più alta era la probabilità che le persone si descrivessero come più propense all'abuso di alcol, di droghe, e che riferissero di aver avuto cinquanta o più partner sessuali.

Quando lessi per la prima volta questo studio pensai che forse le persone adulte con disturbi mentali o problemi com-

portamentali fossero più disposte a "ricordare" le esperienze infantili negative e che questi ricordi sono notoriamente poco attendibili. In altre parole, la relazione con il disturbo mentale potrebbe non essere causale, ma essere condizionata dal desiderio di cercare nel passato le ragioni della malattia e trovarle negli eventi deprecabili subiti nell'infanzia. Ma – e questa è una forte obiezione alla mia obiezione – maggiore è il numero delle esperienze negative accadute durante l'infanzia più elevato è anche il rischio di diabete, di malattie polmonari ostruttive (bronchiti o enfisema), ictus e malattie cardiache.

Una notevole caratteristica dello studio ACE è che i partecipanti erano iscritti a una Health Maintenance Organisation (un tipo di assicurazione sanitaria prepagata) di San Diego. Non erano poveri e abbandonati. Oltre ad avere un'assicurazione, il 94% aveva terminato la scuola superiore e il 43% era diplomato al college.

Lo studio ACE non rappresenta una rarità. Una revisione di 124 studi conferma che abusi fisici, abusi emotivi e incuria (erano esclusi gli abusi sessuali) subiti da bambini sono associati a disturbi mentali, tentativo di suicidio, uso di droghe, infezioni trasmesse per via sessuale, comportamenti sessuali a rischio.[9] Gli autori di questa review concludono che non si tratta di semplice correlazione, ma di causalità.

La proporzionalità crescente della relazione tra abusi subiti in età infantile e disturbi mentali, e forse fisici, nell'adulto (più sono numerosi i tipi di abusi peggiore sarà la salute in età adulta) suggerisce che non dovremmo guardare solo a episodi eccezionali di abusi ma più in generale alla qualità dello sviluppo infantile. E ci sono evidenze che lo confermano. In Gran Bretagna è stata prodotta una serie di studi con popolazioni seguite dalla nascita per tutta la vita. Uno di questi studi, il British Birth Cohort Study, iniziato nel 1958, ha seguito un gruppo di persone nate nella prima settimana di marzo 1958. Ha mostrato che i bambini a cui i genitori non leggevano testi quotidianamente, che non si adattavano facilmente all'ingresso a scuola, che crescevano lentamente (un indicatore di scarsa nutrizione), avevano una probabilità maggiore di non essere in buona salute all'età di 33 anni rispetto alle persone con un'infanzia più favorevole. L'effetto sulla salute era indipendente da qualsiasi altra potenziale variabile rilevata nei periodi successivi della loro vita.

Sembra che si tratti del vecchio buon senso: le esperienze vissute nell'infanzia sono importanti. Ma il fatto che qualcosa appaia ragionevole non significa che sia vera, come ho già sostenuto con la citazione provocatoria di Nietzsche. I genetisti potrebbero obiettare che l'educazione conta poco, è la natura che determina i percorsi e il risultato; tornerò su questa idea più avanti nel capitolo. Ovviamente i geni hanno un ruolo. Ma l'evidenza mostra che ciò che accade nella prima infanzia ha un effetto consistente sulla salute e la malattia in età adulta attraverso il nesso di causalità presentato. Gli effetti a lungo termine di esposizioni precoci e l'accumulo di situazioni favorevoli e sfavorevoli nella vita, laddove le esperienze infantili determinano l'istruzione, l'impiego, il reddito e più in generale l'*empowerment*, la valorizzazione nella vita adulta, sono responsabili di determinare le disuguaglianze di salute.

Le disuguaglianze di sviluppo nella prima infanzia. Il gradiente sociale inizia presto

Ecco il punto di vista di una scrittrice sulle differenze socioeconomiche nei modi di far crescere i bambini che mette a confronto un'area a basso reddito a nord-ovest di Londra (Caldwell) con altre aree. "I cittadini di Caldwell ritengono che tutto vada bene fintanto che non getti effettivamente il bambino giù dalle scale. Gli abitanti di altre zone pensano invece che niente sia a posto, a meno che non si faccia tutto alla perfezione e anche in questo caso non c'è una garanzia assoluta".[10] Aggiungerei che c'è un gradiente tra questi due estremi. L'evidenza mostra che quello che succede ai bambini crea profonde differenze e cambia con le condizioni sociali.

numeri coinvolti erano semplicemente troppo piccoli per calcoli precisi – ma i marcatori fisiologici di stress. Il marcatore più studiato è stato il cortisolo, l'ormone dello stress, che riteniamo sia rilevante negli esseri umani, così come lo è nei primati non umani. (Vi starete forse chiedendo come si fa a misurare il cortisolo plasmatico in un babbuino. Ci si nasconde, poi si spara un dardo anestetico e si corre a prelevargli un campione di sangue prima che insorgano cambiamenti nei livelli di cortisolo. Mentre si va al bancone del laboratorio da campo, il babbuino si sveglia e riprende le sue attività.)

Altri studi sui babbuini, diversi da quelli di Robert Sapolsky, hanno replicato il dato: i maschi subordinati hanno livelli più elevati di cortisolo basale. C'è un'eccezione interessante che si manifesta in condizioni di instabilità. Il babbuino di rango molto elevato può impegnarsi in combattimenti reali per mantenere la sua posizione, quando il babbuino numero 2 nella scala sociale si adopera per elevarsi al primo posto. In queste condizioni, il cortisolo basale può essere maggiore nel babbuino numero 1 rispetto a quello numero 2. Anche per un maschio umano di alto rango può essere stressante scoprire che sta per essere cacciato dal consiglio di amministrazione o dal governo.

In alcune specie di primati uno status inferiore non è caratterizzato da frequenti episodi di stress sociale, come descritto sopra. In queste specie i livelli di cortisolo più alti sono meno frequenti negli animali subordinati.

La cultura sembra importante, così come le differenze fra le specie. Sapolsky e un collega hanno osservato un branco di babbuini a cui, a causa di un avvenimento storico, vivendo troppo vicini agli esseri umani, era stato ucciso il 50% dei maschi di alto rango. Ciò che è stato osservato successivamente fu interessante: il branco è risultato essere decisamente meno aggressivo rispetto alla gerarchia e con un maggior grado di comportamento affiliativo, come quello della toelettatura. Come in tutte le comunità di babbuini, i maschi adolescenti si aggiungono dall'esterno. Di solito i nuovi entranti lottano per un posto nella gerarchia. In questo speciale branco i nuovi maschi hanno imparato un comportamento amorevole, perfino le femmine sono trattate senza aggressività. In questo branco "amorevole" uno status inferiore non è stato associato a livelli più elevati di cortisolo.

Come ho detto all'inizio di questa sezione, non dobbiamo esagerare le correlazioni tra primati non umani ed umani. Detto questo, è del tutto plausibile che il più basso status degli esseri umani, come nelle scimmie, sia associato a livelli più elevati di stress e dei suoi correlati fisiologici. Il comportamento affiliativo modera gli effetti nocivi dello stress. La coesione sociale significa fiducia e sostegno sociale da parte degli altri o dei servizi di cura e delle istituzioni, oppure, come ho già detto in relazione al Giappone, sentire di essere nella stessa squadra. Collegandoci alla precedente discussione sulle disuguaglianze economiche e sociali, maggiore è la disuguaglianza più grande sarà la minaccia per la coesione sociale e quindi per l'equità nella salute.

Anche la salute delle società è una questione che va molto al di là reddito

Citando Amartya Sen, ho detto che per la salute non è tanto importante ciò che possiedi, ma cosa puoi fare con ciò che possiedi. Tornando al capitolo 1 ho indicato i paesi che hanno goduto di buona salute pur non avendo un reddito nazionale elevato. Al contrario, in questo capitolo abbiamo considerato un paese, gli Stati Uniti, che ha una condizione di salute relativamente scarsa, nonostante l'alto reddito nazionale.

Andiamo a vedere tre paesi latino-americani che hanno raggiunto una buona salute, nonostante i redditi nazionali relativamente bassi e, nel caso di Costa Rica e Cile, livelli di disuguaglianza di reddito sorprendentemente alti.

Comincio con Cuba. Se non l'hai mai visitata, come ti immagini che sia? Pieno di burocrati dell'era sovietica vestiti con tipici abiti russi? Gente ansiosa, povera e paurosa, attenta alle persone con cui parla e agli argomenti che affronta?

Durante una recente visita non mi è parsa così. Tra le altre attività sono stato invitato a tenere una conferenza presso il Ministero della Salute Pubblica. Nemmeno gli impiegati sembravano indossare vestiti "di ordinanza". Le donne avevano lo smalto alle unghie di mani e piedi e i colpi di sole nei capelli. Somigliavano alle donne latino-americane appartenenti alla classe media. Gli uomini, tutti vestiti in modo appropriato per il clima caldo, sembravano un po' più casual (e alla moda) di un inglese in vacanza estiva, almeno non indossavano i sandali con i calzini.

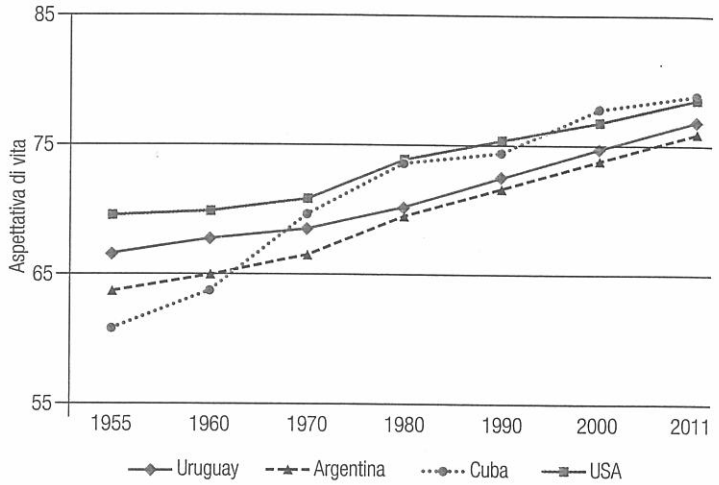
A un certo punto della mia conferenza sui determinanti sociali della salute descrissi una ricerca che dimostra come lo stress sul posto di lavoro sia stato associato a un aumento del rischio di malattie cardiache. Un modo per misurare lo stress sul posto di lavoro, dissi, era lo squilibrio tra lo sforzo e la ricompensa. Alto sforzo e bassa ricompensa: è mai successo a uno di voi? A questa domanda un riso soffocato corse tra il pubblico trasformandosi prima in un brusio poi in un balbettio eccitato. In effetti a loro era successo e non erano preoccupati che lo venissi a sapere. E quando mostrai loro la prova che in Europa più bassa è la condizione nel posto di lavoro più comune era lo squilibrio tra lo sforzo e la ricompensa, ancora una volta ci fu un eccitato riconoscimento. Avevano riconosciuto il fenomeno.

Non un paradiso socialista, quindi, e neppure carente di gerarchie sociali.

Cuba potrebbe essere un test di Rorschach. Per alcuni, è un paria comunista. Per altri, Cuba rappresenta un diverso modello di sviluppo: un paese che è stato in grado di girare le spalle al neoliberismo e di evitare molte delle disuguaglianze nel reddito lordo che hanno segnato l'America Latina. La destra politica disapproverà questa visione: se vi è uguaglianza a Cuba, è perché è uniformemente terrificante.

Io non vedo Cuba né come un paradiso socialista né come un paria comunista, ma come un paese povero con condizioni di salute decisamente buone. Come quando consideriamo l'Europa, abbiamo bisogno di andare al di là delle battaglie

Figura 9.4 Qualcuno sta facendo qualcosa di giusto
Aspettativa di vita degli uomini tra gli anni 1955-2011 in quattro paesi americani

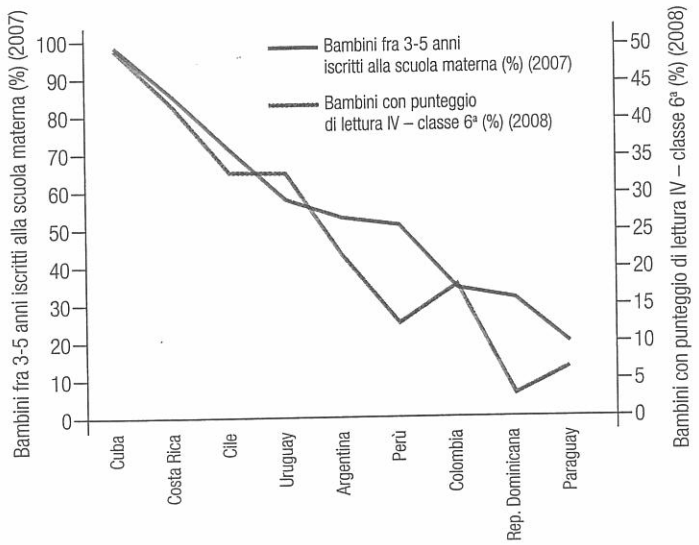


Fonte: WHO. World health statistics

ideologiche della Guerra Fredda e provare a vedere cosa sta succedendo. Vedere, cioè, cosa possiamo imparare dal comprendere come Cuba abbia raggiunto un livello di salute così buono, nonostante un'economia che, perfino i suoi più strenui difensori devono ammetterlo, è stata un grande fiasco. Era dipendente dall'Unione Sovietica per tutte le importazioni. Quando crollò l'Unione Sovietica, crollò di conseguenza l'economia di Cuba. Senza benzina per le auto e per le macchine agricole, i cubani sono tornati a utilizzare i cavalli e i carri con i buoi nei campi: ben distante dall'apice dello sviluppo moderno.

Malgrado tutto questo, la salute fiorì. Il grafico nella figura 9.4 mostra l'aspettativa di vita per Cuba e per tre paesi di confronto dell'America: Argentina, Uruguay e Stati Uniti. Argentina e Uruguay erano molto più sviluppati negli anni '50 rispetto alla Cuba pre-rivoluzionaria: il governo rivoluzionario

Figura 9.5 Cominciare dai bambini più piccoli



Fonte: UNESCO

di Fidel Castro ha combattuto la sua battaglia per il potere nel 1959. Nel 1910, l'Argentina era l'ottavo paese più ricco nel mondo in base al reddito nazionale pro capite, appena dietro Canada e Belgio, e davanti a Danimarca e Olanda.

Ciò che accadde fu semplicemente incredibile. L'aspettativa di vita degli abitanti di Cuba era di dieci anni inferiore rispetto agli Stati Uniti nel 1955, ma entro il 2011 entrambi i paesi avevano la stessa aspettativa di vita. Cuba aveva superato i due paesi latino-americani di confronto.

La domanda è: che cosa ha fatto Cuba? I cubani mi dicono che ha molto a che fare con il loro sistema di assistenza sanitaria altamente sviluppato. È anche probabile collegarlo alla loro enfasi sull'istruzione e sulla protezione sociale.

Lo standard di salute del Costa Rica sembra molto simile a quello di Cuba, e il Costa Rica non è un paese comunista. Ho chiesto ai costaricani come mai la loro salute sia così buona: l'aspettativa di vita, come quella di Cuba, è simile a quella degli Stati Uniti. La prima cosa che mi hanno detto è stata che hanno abolito le loro forze armate nel 1948. "Perché dovremmo avere un esercito?", dissero. La maggior parte dei paesi in questa parte del mondo possiede un esercito per reprimere la propria popolazione; abbiamo usato il denaro per investire in istruzione e sanità, priorità simili a quelle di Cuba. La figura 9.5 racconta una storia interessante. Essa mette a confronto i paesi dell'America Latina in termini di iscrizione alla scuola materna e punteggio di lettura raggiunto alla sesta classe. Cuba ha il maggior numero di bambini iscritti alla scuola materna e i migliori punteggi di lettura alla sesta classe.

Poi viene il Costa Rica, seguito dal Cile. I miei esempi di paesi "sviluppati", Uruguay e Argentina, sono più in basso su entrambi i parametri. Paraguay e Repubblica Dominicana sono messi peggio. La verità è che non so esattamente perché Cuba, Costa Rica e Cile, con le loro storie politiche notevolmente diverse, hanno tutti uno stato di salute allo stesso livello degli Stati Uniti, pur avendo solo una minima parte del reddito pro-capite degli Stati Uniti. La mia ipotesi è che il Cile Solidale è importante, con il suo approccio universalistico che include i poveri, gli elevati investimenti nella scuola materna e nell'istruzione, e la fornitura di assistenza sanitaria. Qualcosa di simile è in corso negli altri due paesi.

Le società contano. L'idea delle "cause delle cause" è pertinente. Nelle implicazioni dei capitoli 4-8 abbiamo molte evidenze che dimostrano che potremmo migliorare la salute e l'equità nella salute includendo tutti nella società: sviluppo infantile, istruzione, condizioni di lavoro e di occupazione, circostanze favorevoli per le persone anziane, comunità resilienti. Ma dobbiamo volerlo. Le grandi disuguaglianze di reddito e di condizioni sociali possono essere una causa della mancanza di coesione sociale, ma possono essere anche un sintomo. Perché tolleriamo che i redditi dell'1% dei cittadini volino sempre verso l'alto, mentre evidentemente non ci preoccupiamo del fatto che una parte rilevante delle nostre popolazioni vive in

condizioni di povertà? Una società più socialmente coesa non dovrebbe voler questo. Per citare ancora Piketty: "In una democrazia, la professata uguaglianza dei diritti di tutti i cittadini contrasta duramente con la disuguaglianza del tutto reale delle condizioni di vita, e al fine di superare questa contraddizione è fondamentale fare in modo che le disuguaglianze sociali derivino da principi razionali e universali piuttosto che da contingenze arbitrarie". Le disuguaglianze esistono in tutte le società. Le cose stanno così. L'ampiezza e la portata di tali disuguaglianze, come esse si verificano e cosa significano per i meno privilegiati sono di vitale importanza per un senso di giustizia sociale e per la salute. Abbiamo buone evidenze che siamo in grado di migliorare le cose.

Note bibliografiche

1. Judt T. Ill fares the land. London: Penguin Books, 2011.
2. Bajak F. Chile-Haiti earthquake comparison: Chile was more prepared. Huffington Post 2011.
3. Ibid.
4. Banks J, Marmot M, Oldfield Z, Smith JP. Disease and disadvantage in the United States and England. JAMA 2006; 295:2037-45.
5. Woolf SH, Aron L, eds.; National Research Council, Institute of Medicine. U.S. health in international perspective: shorter lives, poorer health. Washington, DC: The National Academies Press, 2013.
6. Drèze J, Sen A. An uncertain glory: India and its contradictions. London: Allen Lane, 2013 (Trad. it.: Una gloria incerta. Milano: Mondadori, 2014).
7. Marmot M, Allen J, Bell R, Bloomer E, Goldblatt P. WHO European review of social determinants of health and the health divide. Lancet 2012; 380(9846):1011-29.
8. Marmot M, Bell R. Japanese longevity revisited. Journal of the National Institute of Public Health 2007; 56(2):110-3.
9. Cook HJ, Bhattacharya S, Hardy A, eds. History of the social determinants of health: global histories, contemporary debates (new perspectives in South Asian history). Hyderabad, India: Orient Blackswan, 2009.
10. Drèze, Sen, 2013: 39; op. cit.
11. OECD. Health at a glance 2013: OECD indicators. Suicide mortality rates, 2011 (or nearest year). OECD Publishing 2013 [28/10/2014]. Reperibile online al link: http://dx.doi.org/10.1787/888932916230
12. Lundberg O, Aberg Yngwe M, Kolegard Stjarne M, Bjork L, Fritzell J. The Nordic experience: welfare states and public health (NEWS). Health Equity Studies 2008; 12.
13. Woolf, Aron, eds., 2013; op. cit.
14. Stiglitz J. The price of inequality. NewYork: Penguin, 2013 (Trad. it.: Il prezzo della disuguaglianza. Come la società divisa di oggi minaccia il nostro futuro. Torino: Einaudi, 2014).
15. Piketty T. Capital in the twenty-first century. Cambridge, MA: Harvard University Press, 2014 (Trad. it.: Il capitale nel XXI secolo. Milano: Bompiani, 2014).
16. Vardi N. The 25 highest-earning hedge fund managers and traders. Forbes 2014.
17. Ostry JD, Berg A, Tsangarides CG. IMF staff discussion note: redistribution, inequality, and growth. International Monetary Fund, 2014.
18. Sen A. Inequality reexamined. Oxford: Oxford University Press, 1992.
19. Dahl E, van der Wel KA. Educational inequalities in health in European welfare states: a social expenditure approach. Soc Sci Med 2013; 81:60-9.
20. Santos LM, Paes-Sousa R, Miazagi E, Silva TF, Mederios da Fonseca AM. The Brazilian experience with conditional cash transfers: a successful way to reduce inequity and to improve health. World Conference on Social Determinants of Health, 2011.
21. Barber SL, Gertler PJ. The impact of Mexico's conditional cash transfer programme, Oportunidades, on birthweight. Trop Med Int Health 2008; 13(11):1405-14.

Cibo glorioso cibo

Quando, a tavola, arrivo alla donna egiziana obesa le racconto di un mio incubo ricorrente. Sogno che partecipo a un consiglio di amministrazione di una multinazionale il cui principale prodotto è una bevanda gassata. L'analista strategico parla al Consiglio: "Signori [è il mio incubo – ci sono solo maschi nel mio incubo]. Abbiamo un problema. Noi siamo in affari per vendere calorie, acqua zuccherata aromatizzata. Ma globalmente le persone fanno meno attività fisica. Loro hanno bisogno di meno calorie. Il problema desta preoccupazione. [Il consiglio ha la visione collettiva dei loro jet privati che decollano senza di loro]. Ma ho una soluzione [i jet privati riappaiono]. Due sono i principali fattori che fanno consumare calorie alle persone: l'attività fisica e la massa corporea. In generale più le persone pesano e più calorie sono necessarie per rimanere stabili. Perciò noi promuoveremo l'obesità. Come possiamo farlo? Aumentando le dimensioni delle porzioni, offrendo il venti per cento in più di prodotto "gratis". Ci costa quasi nulla, tutti i nostri costi sono nella produzione, nella distribuzione e nel marketing. Questa è la maniera per ottenere una popolazione più grassa che chiederà più calorie [Jet privati più grandi e più belli]".

A questo punto del mio incubo, mi sveglio urlando. Grazie a Dio la vita reale non è affatto così. I fornitori di bibite gassate non possono programmare di far diventare obese le persone, questo accade come effetto del consumo dei loro prodotti. Tra tutti i prodotti che contribuiscono all'obesità, quelli per i quali c'è l'evidenza maggiore sono le bevande gassate.[38] È molto probabile che anche i fast food, ricchi di zucchero e grasso, favoriscano l'obesità, anche se l'evidenza non è così solida come per le bevande gassate.

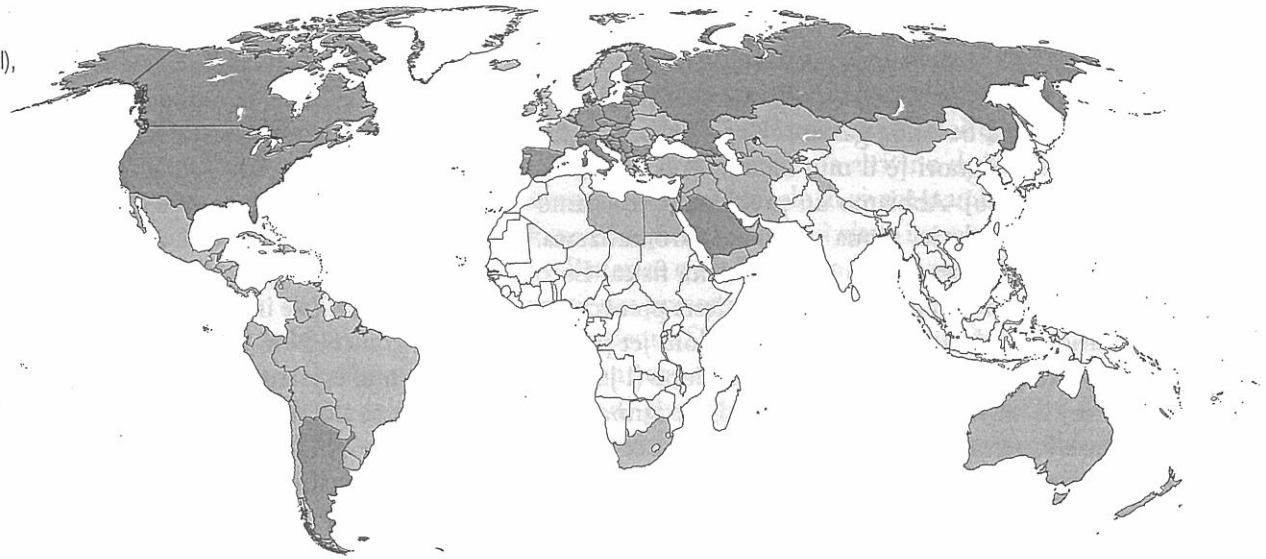
Fin dai tempi in cui la mia preoccupazione per i determinanti sociali della salute è uscita dall'ambito accademico per entrare nella sfera della politica mi è stato detto che dobbiamo collaborare con il settore privato, nel cibo come in altre aree. Sono sicuro che dobbiamo farlo. Il problema è che abbiamo obiettivi diversi. Il mio è l'equità della salute. Il loro è il profitto. Se coincidono, bene. Ma, se non coincidono, andiamo a fare le battaglie con cui vi ho deliziati nel capitolo 2. Lì ho mostrato tre grafici dell'incremento preoccupante dell'obesità negli Stati Uniti. Se va così negli Stati Uniti, alla stessa maniera sta andando nel resto del mondo, come si vede nei due grafici della figura 10.4.

Lo standard per misurare il sovrappeso è il Body Mass Index (BMI): peso in kg diviso altezza in metri al quadrato. Un BMI di 25 o maggiore è definito sovrappeso; se sopra i 30, obesità. È difficile individuare la mia egiziana ospite a cena in questo grafico. Non così difficile è vederla nella sua vita reale. Una donna egiziana ha il 90% delle probabilità di essere in sovrappeso alla fine dei quarant'anni e due terzi di probabilità di diventare obesa.[39] Se avessimo una donna messicana alla tavola le probabilità sarebbero le stesse, il sovrappeso ormai è la norma e l'obesità quasi.

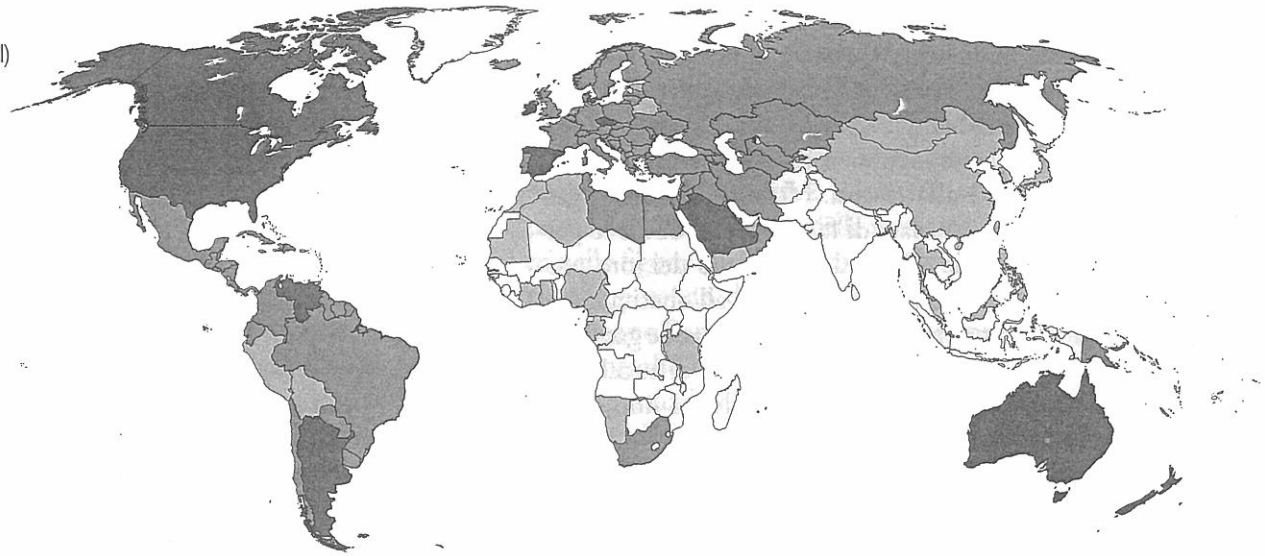
Ovviamente l'industria alimentare obietta che non sono i suoi cibi che rendono le persone obese ma è la maniera di mangiare delle persone. È come l'industria delle armi che sostiene che non sono le armi a uccidere ma le persone. È vero che se non consumassimo cibi fast food questi non ci farebbero diventare grassi. Al di là di queste sorprendenti intuizioni c'è il fatto che le multinazionali dell'alimentazione cercano con tutta la loro energia di farci consumare la maggiore quantità possibile dei loro prodotti. Ci stanno riuscendo. Nel decennio 2002-2012 le vendite globali di cibi confezionati sono cresciute del 92%, per raggiungere i 2,2 trilioni di dollari.[40] La Coca-Cola pubblica i dati della vendita delle sue bevande. Il Messico conduce il campionato del mondo: 675 dosi (una dose = 237 ml) per persona all'anno. Gli Stati Uniti sono indietro, sono infatti quarti con (solo!) 394 dosi per persona all'anno. Nei paesi ricchi c'è una certa pressione per rendere più sani i cibi preconfezionati, pressione che è meno presente in altri paesi. Le bevande dietetiche raggiungono il 22% del volume di vendite della Coca-Cola in Europa, e circa un terzo nel Nord America, ma solo il 6 per cento in America Latina.[41]

Figura 10.4 Mondo piccolo, grandi persone

Media globale
del Body Mass Index (BMI),
maschi età >20, 1980



Media globale
del Body Mass Index (BMI)
maschi età >20, 2008



- Nessun dato
- <22,5
- 22,6-24,9
- 25-27,4
- 27,5-29,9
- ≥30

Fonte: World Health Organization. Mean Body Mass Index (kg/m²), ages 20+, age standardized, 1980-2008, 2014 (07/01/2015).
Reperibile online al link: http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/ncd/risk_factors/bmi/atlas.html

Non è immaginazione collegare la posizione al top della classifica dell'obesità del Messico con la sua posizione di vetta nel consumo di Coca-Cola. Ripeto, più zucchero si consuma e più probabilità ci sono di essere in sovrappeso o obesi. Sicuramente altri cibi danno il loro contributo e la vendita di cibi confezionati sta crescendo rapidamente nei paesi a basso e medio reddito.[42]

Stiamo assistendo alla globalizzazione delle abitudini alimentari. Nei paesi ricchi abbiamo già visto l'impatto dei cibi confezionati sulle abitudini nutrizionali. Il fenomeno è iniziato da lungo tempo nel Regno Unito. Un'indagine in Inghilterra ha rivelato che il 30% delle famiglie siede alla propria tavola per mangiare solo poche volte l'anno. Circa due terzi delle persone mangia a casa a tavola meno di una volta a settimana. Solo il 18% mangia una o più volte al giorno a casa propria a tavola. (Il 3% non ha tavolo.) Con la crescita globale delle vendite del cibo confezionato noi esportiamo questo stile alimentare.[43] Le conseguenze non sono solo obesità, diabete e altre malattie croniche non trasmissibili, ma anche una maniera diversa di relazionarsi nelle famiglie e con gli amici.

All'inizio del libro (capitolo 2) ho sottolineato che la maggioranza della popolazione mondiale è urbanizzata e non produce il proprio cibo. Il mercato è essenziale per far incontrare le persone con il cibo. Il cibo confezionato avrà una parte rilevante nel soddisfare il fabbisogno nutrizionale ma, ho detto, ci sono i fallimenti del mercato. In un certo senso la crescita di Nestlé, Coca-Cola, PepsiCo, Kraft o i loro successori e le catene di fast food sono un fantastico successo di mercato. Le vendite aumentano perché queste compagnie portano il cibo alle persone. Gli azionisti possono essere felici. Dal punto di vista dell'eccesso nutrizionale questo va invece annoverato tra gli insuccessi.

Non sono molto propenso a disperarmi per la mancanza di soluzioni, ma se ci fosse una via pronta per limitare l'espansione delle multinazionali del cibo e ridurre il loro impatto sull'obesità, dovremmo percorrerla. La conoscenza aiuta in due maniere: innanzitutto, più viene riconosciuto quale profondo effetto le multinazionali del cibo hanno sulla modalità di consumare gli alimenti, maggiore sarà la pressione per fare le cose diversamente, e più potrà forse essere controllata la diffusione di cibi e bevande che fanno ingrassare. In secondo luogo, le evidenze che ho riportato nel capitolo 2 mostrano che ci sono altri fattori che possono prevenire o attenuare la crescita dell'obesità. Come nei paesi ad alto reddito la crescita dell'obesità è divenuta meno estrema nelle persone di classe elevata, così anche nei paesi poveri c'è meno obesità nelle persone con maggiore scolarità. Se la signora egiziana alla nostra tavola fosse andata all'università avrebbe avuto meno probabilità di diventare obesa delle sue sorelle meno scolarizzate.

Anche l'esperienza con il tabacco è importante. Arriviamo alla fine al keniano fumatore accanito, le cui abitudini sono conseguenza delle iniziative delle compagnie di tabacco per reclutare globalmente persone alla loro mortale abitudine. Con il declino dell'uso del tabacco nei paesi ricchi, le compagnie di tabacco hanno spostato il loro focus nei paesi a reddito medio dove vive ora l'80% del miliardo di fumatori del mondo.[44] In realtà sappiamo molto bene come fare progressi nella riduzione del consumo di tabacco. Comporta molto di più che semplicemente raccomandare alle persone di occuparsi della loro salute. Le misure per il controllo del tabacco includono l'aumento del prezzo, il divieto di pubblicità, le restrizioni alla sponsorizzazione in ambito sportivo, le restrizioni del fumo in luoghi pubblici e i messaggi di attenzione alla salute sui pacchetti di sigarette. Molte di queste misure sono state gelosamente custodite nella Framework Convention of Tobacco Control (FCTC) coordinata dalla WHO e approvata da molti paesi.

La FCTC dovrebbe mostrare il modo in cui un coordinamento globale può agire. Il problema è che l'industria del tabacco deve fare profitti e si impegna a farli ovunque le sia possibile. Il caso dell'Uruguay è istruttivo. L'Uruguay aveva firmato l'FCTC e voleva aumentare le dimensioni degli avvertimenti per la tutela della salute sui pacchetti di sigarette. La Philip Morris ha sfidato il governo in tribunale. Allo stesso

modo, l'iniziativa dell'Australia di introdurre pacchetti con scritte comprensibili viene sfidata in tribunale dalla Philip Morris. In entrambi i casi l'azienda di sigarette ha addotto argomenti su una presunta violazione degli accordi sul commercio.

Penso che la comunità globale che si occupa di salute vincerà sulla multinazionale. Il caso del tabacco è facile da risolvere. Il fumo potrebbe uccidere un miliardo di persone in questo secolo se non viene limitato. L'industria del tabacco è dalla parte sbagliata su questo tema. Sarà difficile per i tribunali e i collegi arbitrali opporsi all'opinione pubblica e continuare a dire che gli accordi commerciali possono prevedere che vendere tabacco può essere più importante della salute pubblica.

Detto questo, è necessaria un'azione globale, come per l'alimentazione. Fino a questo punto del libro, nonostante le incertezze che sono fondamentali per la mia vita di accademico, sono piuttosto sicuro di cosa le prove di efficacia dicono su ciò che potremmo fare per migliorare la causa dell'equità di salute. Sono stato chiaro sul fatto che esistono modelli di buone pratiche che ci fanno vedere come le cose potrebbero essere fatte. Su questo terreno globale sono meno sicuro di come si passi da dove siamo in questo momento a dove sarebbe desiderabile essere. E ci sono diversi altri ospiti che avrei potuto invitare alla mia cena: l'infermiera del Mali che lavora a Manchester anziché in Mali, che rappresenta il flusso dai paesi poveri a quelli ricchi dei lavoratori della sanità; l'indiano con un tumore che non può permettersi di pagare il prezzo del farmaco perché protetto dal brevetto che vieta di vendere la versione generica a un prezzo ridotto; l'immigrato clandestino dell'Africa in fuga dalla povertà che arriva in Europa dall'Italia del Sud e dalla Spagna affrontando l'incertezza o cose peggiori in entrambi i punti di arrivo del suo viaggio. Richiedono tutti a gran voce la nostra attenzione.

La nostra Commission on Global Governance for Health ha fatto un passo importante verso l'identificazione del modo in cui progredire. Per prima cosa bisogna riconoscere i problemi delle asimmetrie di potere e il fatto che per migliorare l'equità globale è necessario agire in tutte le importanti aree sociali che ho descritto. In secondo luogo, ma in maniera correlata, deve essere attivato un monitoraggio indipendente dei progressi fatti nel rimediare alle disuguaglianze di salute e nel contrastare le forze politiche globali che hanno effetti negativi per la salute. In terzo luogo, indipendentemente da quanto saranno migliorate le istituzioni internazionali e dal modo in cui sono governate, è fondamentale che ci sia un impegno globale di solidarietà e di responsabilità condivisa.

Ecco la visione ottimistica della globalizzazione di Thomas Friedman: "Perbacco, il mondo è diventato piatto. C'è stata la convergenza di diverse forze politiche e tecnologiche che ha prodotto un piano di parità di condizioni, globale, accessibile online, che permette forme multiple di collaborazione senza problemi di geografia o di distanza e, presto, persino di linguaggio."[45] È un'immagine splendida e rosea. Tutti beneficiamo di questa interconnessione globale.

Questa è invece la visione più sfumata e, dal mio punto di vista, più accurata dell'economista Nancy Birdsall: "Ma il mondo non è piatto. Quelli di noi che stanno in cima, con il giusto grado di istruzione e che abitano nei paesi giusti, possono facilmente trascurare i paesi e le persone incastrate nei profondi crateri nel panorama globale".[46] Il progresso inizierà solo riconoscendo le grandi differenze e affrontandole.

Note bibliografiche

1. Yang J. Did politics ruin "the world's coolest mayor"? Toronto Star, 23 June 2014.
2. Reinhart C, Rogoff K. Growth in a time of debt. American Economic Review 2010; 100(2):473-8.
3. Herndon T, Ash M, Pollin R. Does high public debt consistently stifle economic growth? A critique of Reinhart and Rogoff. Political Economy Research Institute – Working Paper Series 2013; April (322).
4. Stuckler D, Basu S. The body economic: why austerity kills. New York: Basic Books, 2013.