

Indice

Presentazione, <i>Rodolfo Saracci</i>	XI
Premessa, <i>Walter Ricciardi</i>	XV
Prefazione, <i>Simona Giampaoli, Giuseppe Traversa</i>	XVII
Introduzione	1
1. L'organizzazione della miseria	13
2. Di chi è la responsabilità?	29
3. Fair society, healthy lives	47
4. Equità sin dall'inizio	69
5. Istruzione ed empowerment	89
6. Lavorare per vivere	105
7. Non bisogna essere troppo cauti	123
8. Costruire delle comunità resilienti	141
9. Le società giuste	159
10. Vivere nel mondo equamente	181
11. Organizzare la speranza	203
Postfazione, <i>Giuseppe Costa</i>	215
Ringraziamenti	221
Indice analitico	225

Presentazione

Un'immagine musicale mi si è affacciata immediatamente alla mente alla lettura del libro di Michael Marmot, che Il Pensiero Scientifico pubblica nella collana "Saperi", a marcata tonalità culturale: una partitura in cui si intrecciano armonicamente tre temi conduttori ricorrenti: il medico, le evidenze, il messaggio.

Il medico

Michael Marmot è attualmente presidente della World Medical Association (WMA), la federazione mondiale delle associazioni professionali mediche fondata nel 1947 con lo scopo di assicurare l'indipendenza dei medici da condizionamenti estranei all'obbiettivo della salute. La WMA ha cristallizzato nel 1964 i criteri etici per la ricerca biomedica nella "Dichiarazione di Helsinki", di cui nel 2013 è stata redatta la settima revisione.¹

Nel 2010-2011 Marmot è stato presidente della British Medical Association, posizione singolare per un professionista che ha lasciato da decenni la pratica clinica per dedicarsi alla ricerca epidemiologica e alle sue concrete implicazioni in termini di determinanti e disuguaglianze sociali nella salute e nella malattia. Come gli ampi squarci autobiografici del libro dimostrano, la singolarità di Michael Marmot, che ne fa una figura di primissimo piano della medicina e sanità pubblica britanniche e internazionali, sta nella sua semplicità disarmante: la motivazione del medico, mantenere in salute i propri simili, chiunque e tutti, si estende coerentemente e senza soluzioni di continuità dalla fase clinica alla prevenzione individuale e quindi alla prevenzione collettiva delle "cause (sociali) delle cause (materiali)" delle patologie. Viene così recuperata alla medicina d'oggi, troppo immersa di fatto e al di là delle intenzioni nei

propri successi tecnologici, il primitivo senso "rivoluzionario" del citatissimo detto del giovane Virchow ("La medicina è una scienza sociale, e la politica non è nulla di più che medicina su larga scala"), cui Virchow aveva premesso una frase essenziale, quasi mai citata, che ne sostiene la logica appoggiandosi sulla concreta evidenza di un momento cruciale della storia moderna (era il 1848, l'anno delle rivoluzioni in Europa e del manifesto comunista): "Chi potrebbe sorprendersi del fatto che democrazia e socialismo non trovino da nessuna parte più aderenti che tra i medici o che, alla sinistra estrema, siano frequentemente i medici a dirigere il movimento?"²

La disarmante semplicità di Michael Marmot si conferma in dettaglio nel modo con cui discute, ad esempio, i fondamenti filosofici della giustizia sociale. In questa come in altre occasioni esamina la teoria e la fa discendere al confronto con la realtà umana, così come la tocca con mano il medico, per metterne in luce accordi e disaccordi. E i disaccordi appaiono sovente toccare l'assurdo, illustrato con la tagliente ironia che conosce chi ha ascoltato Marmot conferenziere, in diversi e duramente contrastati dibattiti con economisti. Un esempio è dato, al capitolo 3 (p. 51), dalla esilarante stupidità delle implicazioni scaturenti dal considerare – in perfetta dottrina economica ortodossa – il valore della vita umana e di un televisore egualmente ed esaustivamente misurabili in termini monetari.

Le evidenze

Gran parte del libro, soprattutto dal capitolo 4 al capitolo 10, presenta le evidenze sulle disuguaglianze sociali nella salute tra paesi ed entro paesi e sui fattori causali suscettibili di indurle.

Non si tratta di una revisione sistematica, oggetto di altre pubblicazioni, ma di una discussione delle evidenze nella forma di un efficace “va-e-vieni” tra evidenze puntuali (casi clinico-sociali di immediato risalto), solidi e impersonali dati epidemiologici e argomentazioni spesso animate da episodi e dibattiti in cui Marmot è stato personalmente coinvolto. Il materiale presentato è ampio e il lettore incontrerà facilmente contenuti direttamente risonanti con le proprie esperienze e interessi. Mi limito qui ad accennare a due evidenze di particolare rilievo.

La prima riguarda il gradiente di salute che si estende lungo tutta la scala socio-economica: non sono solo le persone al fondo della scala che hanno una salute, globalmente valutata, peggiore di tutte le altre persone, ma gradualmente, passo a passo, la salute peggiora quando partendo dall’altro estremo, l’1% delle persone nella fascia economica più elevata, si discende di livello. È un fenomeno ben studiato e marcato in Gran Bretagna ma estendibile a un gran numero di paesi economicamente sviluppati.

La seconda: l’addizionarsi, a partire dalla nascita, dei fattori socio-economici, positivi e negativi (inclusa la posizione nel gradiente di salute dei genitori), si manifesta sotto forma di effetti cumulativi sulla salute in età adulta. Nella popolazione il peso della predestinazione sociale della salute è ben maggiore di quello della predestinazione genetica, ma al tempo stesso più correggibile se si agisce sui determinanti sociali operanti nelle famiglie.

Se l’evidenza scientifica ha un ruolo cruciale nelle argomentazioni, un punto di forza è il riconoscimento che essa è indissociabile dall’ideologia. Per Marmot l’ideologia personale consiste di due elementi: primo, le ineguaglianze dimostrabilmente evitabili nella salute sono da considerare ingiuste; secondo, in ogni specifico contesto le migliori evidenze scientifiche devono orientare la scelta degli interventi atti a ridurre e, se possibile, eliminare tali ingiustizie. Le migliori evidenze disponibili o acquisibili nel campo delle disuguaglianze sociali nella salute (così come in sociologia e in economia) sono quasi totalmente derivate da studi osservazionali: comparazio-

ni intra- e inter-nazionali e comparazioni nel tempo, di cui il libro riferisce ampiamente. Aggiungo che un maggiore ricorso, in particolare a livello micro-sociale, all’introduzione di interventi sulla salute secondo disegni semi-sperimentali (ne esistono di accettabilissimi tecnicamente, eticamente, socialmente), così da irrobustire la validità della valutazione degli effetti, sarebbe un benvenuto segno di maturità delle politiche sanitarie e del civile “rispetto per l’evidenza” che è al centro della concezione di Marmot.

Il messaggio

Il messaggio del libro discende direttamente dal trasferimento pratico dell’ideologia e attinge largamente ai documentati rapporti delle tre Commissioni su disuguaglianze e determinanti sociali di salute e malattia che Marmot ha presieduto a livello mondiale (in ambito di World Health Organization), europeo e britannico. Il messaggio di Marmot è caratterizzato da quattro componenti.

Primo, le disuguaglianze sociali nella salute sono considerate importanti non solo per il danno che producono alla popolazione nel suo complesso ma anche come indicatore sintetico e sensibile del grado di giustizia sociale di una società, a sua volta metro del suo livello di civiltà.

Secondo, la presenza del gradiente sociale di salute richiede che gli interventi correttivi delle disuguaglianze non si concentrino unicamente sulla parte della popolazione nelle condizioni peggiori ma si estendano a tutto l’insieme della popolazione, con un’intensità direttamente proporzionale al grado di svantaggio rispetto alla parte della popolazione che gode di condizioni ottimali (principio dell’“universalismo proporzionale”).

Terzo, in presenza di evidenze che dimostrano l’efficacia di interventi (ovunque siano stati realizzati), questi devono essere considerati come riproducibili in linea di principio e occorre quindi impegnarsi a realizzarli laddove le condizioni di fattibilità appaiono migliori: se si tratti di una scala nazionale, regionale, locale è secondario, la priorità è che gli interventi vengano attivati.

Quarto, l'adattamento a opportunità e circostanze non implica aderire alle linee di una o un'altra formazione politica agenti in una società. Leggo questo come il senso della posizione di Marmot, che si presenta come "non politica": è certamente non partitica, ma è chiaramente politica e al tempo stesso autonoma, con i vantaggi e gli svantaggi che l'autonomia comporta. Nel campo della ricerca per la prevenzione a livello internazionale una posizione affine sottende la storia cinquantennale di un'organizzazione di modeste dimensioni ma di influenza mondiale, la International Agency for Research on Cancer.³

Tradirei la lettera e lo spirito del libro se passassi sotto silenzio che in quest'anno 2016 i governanti d'Europa stanno dando, con poche eccezioni, una dimostrazione di squallore morale e cecità politica di fronte al dramma dei migranti, dei quali organizzano la miseria, la sofferenza e la perdita di vite, come ha vigorosamente denunciato anche l'organizzazione Medici Senza Frontiere nel rifiutare le sovvenzioni sia dell'Unione Europea che dei governi. È urgente riprendere in questo deleterio contesto europeo l'appello con cui Marmot conclude l'introduzione al suo libro, citando Pablo Neruda: "Alziamoci ... contro l'organizzazione della miseria". E ancora

Neruda indica la via: "Voglio vivere in un paese dove non ci sono scomunicati / Voglio vivere in un mondo dove gli esseri sono solo umani, senza altri titoli che questo, senza essere ossessionati da una regola, una parola, un'etichetta".⁴

Rodolfo Saracci
agosto 2016

Note bibliografiche

1. World Medical Association. Declaration of Helsinki. Reperibile online al link: <http://www.wma.net/en/30/publications/10policies/b3/index.html> (data ultimo accesso: 23/03/2016).
2. Rather LJ, ed. Rudolf Virchow - Collected essays on public health and epidemiology. Vol.1. Calton, MA: Science History Publications, 1985; 33.
3. Saracci R, Wild C. IARC: the first fifty years. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 2015.
4. Neruda P. J'avoue que j'ai vécu. Paris: Gallimard, 1975 (Trad. it.: Confesso che ho vissuto. Milano: Arnoldo Mondadori, 1975).

Premessa

Analizzare i dati relativi alle differenze di salute fra paesi e all'interno dei paesi, individuare le caratteristiche socio-economiche che spiegano almeno in parte le differenze, mostrare come gli esiti peggiori tendano a essere maggiormente presenti fra le persone più svantaggiate e spiegare cosa può essere fatto per cambiare questo stato di cose. Questi i contributi dell'ultimo libro di Sir Michael Marmot, nel quale sono presentati i risultati di una straordinaria attività di ricerca iniziata fin dagli anni '70.

Sì, ci sono dati che possono apparire attesi, come l'enorme differenza fra un paese come la Sierra Leone e l'Italia nella probabilità per una ragazza adolescente di andare incontro a un decesso durante l'età fertile per una causa correlata alla maternità: si passa da un decesso su 21 ragazze nel primo a 1 su 17.100 nel secondo. È meno atteso, tuttavia, che la tragedia di eventi evitabili come la mortalità materna collochi gli Stati Uniti, il paese che spende più di ogni altro per l'assistenza sanitaria, in una posizione intermedia fra Sierra Leone e Italia, con un decesso atteso durante l'età fertile ogni 1.800 ragazze adolescenti.

Tuttavia, ci spiega Marmot, si osservano grandi differenze di esiti di salute non solo fra paesi ricchi e poveri. All'interno di ciascun paese, maggiori sono le disuguaglianze interne e maggiori le differenze di salute fra i cittadini più in alto nella scala sociale e coloro che sono più in basso.

“Più grande l'appartamento, più piccola la taglia del vestito.” È una delle tante immagini folgoranti del libro di Marmot, per richiamare l'attenzione sul fatto che esiti di salute ed esposizione ai fattori di rischio – si pensi al fenomeno dell'obe-

sità che sta crescendo in maniera preoccupante a livello mondiale – non sono distribuiti uniformemente nella popolazione. L'obesità, ad esempio, è minore fra le persone più istruite e più ricche, appunto coloro che hanno appartamenti più grandi e per i quali sono meno frequenti le esposizioni a fattori di rischio sfavorevoli.

Marmot richiama l'attenzione anche sul fatto che è la povertà relativa, più che la povertà assoluta, a essere associata a esiti peggiori. Si consideri un esempio riguardante l'alimentazione povera in Italia negli anni '50. Quando Ancel e Margaret Keys pubblicano nel 1975 il libro sull'alimentazione mediterranea, *How to eat well and stay well - The Mediterranean way*, gli studi sul tema erano iniziati da oltre venti anni, dai primi anni '50. Ciò che li aveva stimolati era l'osservazione aneddotica che la malattia coronarica fosse (a quei tempi) relativamente poco frequente a Napoli. I coniugi Keys decisero pertanto di trascorrere a Napoli un periodo nell'inverno 1951-52 e di dedicarsi allo studio della relazione tra alimentazione e infarto del miocardio. Molto di quello che sappiamo oggi sulle differenze individuali e culturali nel rischio di infarto cominciò con semplici raffronti: nell'area campana gli operai e le persone più povere, che si nutrivano con un'alimentazione tipicamente mediterranea, avevano bassi livelli di colesterolemia e la malattia coronarica praticamente non esisteva. Questo rapporto fra alimentazione, livello di colesterolemia e malattie coronariche venne confermato in studi successivi condotti in Sud Africa e in Giappone.

Così veniva descritta la dieta mediterranea da Ancel e Margaret Keys nel sopracitato libro: “... l'alimentazione quo-

tidiana della gente comune a Napoli: minestrone fatto in casa; pasta di qualsiasi tipo, sempre appena scolata, servita con salsa di pomodoro e una spolverata di parmigiano, solo occasionalmente arricchita con qualche pezzettino di carne, o pesce, in questo caso senza formaggio; un piatto di fagioli e maccheroni; molto pane, mai con l'aggiunta di burro; grandi quantità di verdura fresca; una piccola porzione di carne o di pesce non più di due volte a settimana; vino ...; sempre frutta fresca come dolce. Per la prevenzione delle malattie cardiovascolari sarebbe difficile fare qualcosa di più che imitare l'alimentazione della gente comune di Napoli dei primi anni '50".

Un messaggio centrale del libro di Marmot è che le cose possono cambiare, anche abbastanza rapidamente. E qui ci sono ampie ragioni di ottimismo, o meglio, per usare le sue parole, di un "ottimismo *evidence-based*". Basti pensare a un paese come il Nepal, nel quale, fra il 1980 e il 2012, l'aspettativa di vita alla nascita è cresciuta di circa 20 anni.

Bisogna anche essere grati a Marmot per il fatto che i riferimenti all'Italia contenuti nel libro sono quasi sempre associati a giudizi positivi: dalla bassa mortalità materna all'elevata speranza di vita alla nascita, dalla socialità al ruolo favorevole dei legami familiari. Il che ci aiuta a evitare atteggiamenti autodenigratori.

È chiaro, serve consapevolezza che le cose possono anche peggiorare. Si pensi solo all'incremento di obesità in Campania, proprio la Regione che aveva rappresentato la culla degli studi sul ruolo protettivo dell'alimentazione mediterranea. Se a questo aumento di obesità si somma il dato che la Campania è una delle Regioni con la percentuale più alta di fumatori di sigaretta e con la minore attività fisica, si comprende perché si siano perduti gli effetti protettivi sulla salute evidenziati dai coniugi Keys.

Lo stato di salute è anche legato a responsabilità individuali: decidiamo noi quello che mangiamo, se fare o meno attività fisica, se continuare a fumare o smettere. Ma poi contano le politiche, non solo quelle relative alla sanità pubblica mirate a ridurre l'esposizione ai fattori di rischio e a promuovere l'accesso ai servizi sanitari di dimostrata efficacia. Servono, anche, interventi mirati alle cosiddette "opzioni di default", delle quali spesso non siamo neppure consapevoli, come la quantità di sale contenuta negli alimenti conservati, o la facilità di accesso ai distributori di merendine e di bevande zuccherate nelle scuole. Infine, sono cruciali interventi per ridurre le disuguaglianze fra paesi e all'interno di ciascun paese, per dare più opportunità a ciascuno in ogni fase della vita – dalla nascita alla vecchiaia – e per fare in modo che ciascuno senta di avere maggiore controllo sulla propria esistenza.

Walter Ricciardi
agosto 2016