

Scuola Internazionale Superiore di Studi Avanzati



Master in Comunicazione della Scienza

“Franco Prattico”

Anno Accademico 2013/2014

**L’impatto delle recenti politiche di
austerità sulla salute:
un percorso tra scienza e mass media.**

Relatrice:
Gianna Milano

Tesi di:
Federica Lavarini

Trieste, settembre 2016

INDICE

1. Introduzione	4
2. Obiettivi e metodi	7
2.1 I sistemi sanitari nazionali e il mercato	7
2.2 Il ruolo delle organizzazioni internazionali	9
2.2.1 L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)	13
2.2.2 L'Organizzazione Europea per la cooperazione e lo sviluppo (OECD)	14
2.2.3 Il Fondo Monetario Internazionale (FMI)	16
3. Analisi	19
3.1. I quotidiani	19
3.1.1. <i>La Repubblica</i>	19
3.1.1.1. Gli effetti della crisi economica sulla salute non sono tema da prima pagina	23
3.1.1.2. Dalla riflessione sui valori alla cronaca	25
3.1.1.3. La povertà, gli enti di carità e le Ong	25
3.1.1.4. Sanità e spesa per la salute	31
3.1.1.5. In tempo di crisi economica aumentano i suicidi?	35
3.1.2. <i>Avvenire</i>	40
3.1.1. <i>Il Fatto Quotidiano</i>	49
3.2. Le riviste scientifiche	58
3.2.1. <i>The British Medical Journal</i>	59
3.2.2. <i>The Lancet</i>	64
3.2.3. <i>Nature</i>	66
3.2.4. <i>Science</i>	67
3.3. La rete	70
3.3.1 Selezione di contenuti multimediali (video e audio)	70
3.3.2 I siti di "controinformazione"	74
3.4. David Stuckler	77
4. Conclusioni	82
5. Appendici	85
5.1 Intervista a Iona Heath (<i>Former President of the Royal College of General Practitioners, London, United Kingdom</i>)	85

5.2. Intervista a Gianni Tognoni (Laboratorio di Farmacologia Clinica Cardiovascolare all'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) "Mario Negri" di Milano)	93
5.3. Intervista a Angelo Stefanini (Ricercatore Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche Università di Bologna. Direttore scientifico del Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale (CSI), Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Università di Bologna. Vicepresidenza della Scuola di Economia, Management e Statistica – Bologna)	98
5.4. Intervista a Silvano Biondani (Medico di base e pneumologo, autore, con lo pseudonimo di Dino Zeffiri, del <i>Diario di un medico generico</i> , 2002, Il Pensiero Scientifico, e coautore di <i>I medici si raccontano – Voci dai confini del sapere</i> , Guerini e associati, 2016)	112
6. Bibliografia	118

1. Introduzione

Il 15 settembre 2008 alla borsa di Wall Street, New York, fallisce la *Lehman Brothers*, una delle banche più importanti del mondo. Da questa data inizia una crisi che travolge l'intera economia: si è trattato di una bancarotta con pochi, forse un solo drammatico precedente, spesso citato, quello del crollo di Wall Street e della grande depressione degli anni Venti.¹ Un punto di non ritorno dopo il quale la vita di molte persone non è più stata la stessa. Non si è trattato di uno dei tanti giochi al ribasso tra titoli, azioni, mutui, “derivati”, ovvero termini lontani dal linguaggio e dalla cultura di gran parte della gente comune, ma familiari invece agli esperti di finanza. Quel giorno è iniziato un vero e proprio fallimento a catena dell'economia reale: grave crisi dei settori produttivi in generale (in America quello dell'auto soprattutto), disoccupazione, perdita dei risparmi o della propria casa di chi aveva investito in titoli venduti dalla *Lehman Brothers*. Sembrava si fosse aperto uno squarcio in una diga e l'acqua con la sua potenza avesse distrutto tutto ciò che incontrava. Senza che nessuno avesse potuto, apparentemente, prevedere una simile catastrofe.

Il venir meno di un sistema economico-finanziario basato sul godimento immediato di beni reali (casa, vacanze, auto ecc.) il cui pagamento si sarebbe potuto dilazionare quasi all'infinito grazie alla facile concessione di prestiti bancari, ha prodotto gravi conseguenze anche sulla salute dei cittadini, seppure a molte migliaia di chilometri da Wall Street. La crisi americana del 2008 ha rapidamente raggiunto l'Europa dove, per fronteggiare il deficit di bilancio degli investimenti finanziari azzardati di alcuni Stati dell'Unione europea, si è costituita una sinergia tra istituzioni sovranazionali denominata “Troika”. Il Fondo Monetario Internazionale (FMI), la Banca Centrale europea (ECB) e la Commissione Europea (EC) hanno deciso di contrastare i debiti degli Stati attraverso misure di *austerità*, ovvero drastici tagli alla spesa pubblica, mettendo in crisi lo stato sociale e la sanità. La Grecia è il caso più eclatante e drammatico: da culla della civiltà, del pensiero filosofico, letterario, medico e scientifico occidentale è diventata uno stato fantasma in cui i cittadini per onorare i debiti dello Stato verso le banche sono costretti a un'indigenza e a una povertà senza precedenti. «*Le decisioni su quali settori tagliare sono sempre scelte*

¹È la Grande depressione, detta anche Crisi del '29, di cui si ricorda “Il Martedì nero”, il 29 ottobre del 1929. Si tratta di una delle più gravi crisi economico-finanziaria mondiali, di cui lo scrittore americano John Steinbeck ha lasciato una memorabile testimonianza letteraria con il romanzo *Furore*.

politiche» afferma Angelo Stefanini, Direttore scientifico del Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale (CSI) di Bologna, al quale è dedicata in appendice un'intervista sui determinanti sociali di salute. «*Significativo»* continua, «*è il titolo di una rivista medica, l'American Journal of Public Health, che titolava anni fa "Is economic policy health policy?"*². Ovviamente è una domanda retorica. Fare politica economica vuol dire produrre o distruggere la salute. Quando ci si trova davanti a una crisi, la prima cosa che si fa è tagliare le spese sanitarie e sociali in genere perché si pensano improduttive».

Il diritto alla salute è universale, come sancisce l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) – «*La fruizione dei più alti standard di salute possibili è uno dei diritti fondamentali di tutti gli esseri umani*»³ - e come recita dalla nostra l'articolo 32 della Costituzione italiana. Eppure, i tagli alla sanità, assieme alla richiesta al cittadino di farsi carico in proprio delle spese legate alla salute, stanno minando in modo inquietante un beneficio la cui storia è in sé unica. Il fatto che uno Stato concepisca come uno dei suoi doveri etici primari la tutela gratuita e universale della salute dei cittadini rappresenta uno dei maggiori progressi della civiltà degli ultimi decenni. È il 1946, è appena finita la Seconda Guerra mondiale e in Inghilterra viene emanato il *National Health Service Act* nel quale si dà forma legislativa a questa intuizione elevatissima e lungimirante. «*Chi poteva pensare che il 1° aprile 2013 in Inghilterra passasse una legge che libera il Ministro della Sanità dal dovere di fornire il servizio sanitario a tutta la popolazione, come recitava il primo articolo del servizio sanitario nazionale inglese[?]*» si domanda Angelo Stefanini.

Come le cronache hanno riportato, in Grecia le persone hanno nei presidi di alcune Organizzazioni non governative, come *Médecins du Monde*, l'unica possibilità di accesso alle cure, perché il Servizio sanitario nazionale non esiste più se non per chi ha ancora un lavoro e quindi un'assicurazione sanitaria. In Italia? Lo Stato ha ancora l'obbligo di garantire l'assistenza di base, tuttavia l'introduzione di ticket sanitari anche su farmaci essenziali o su indagini diagnostiche per malattie importanti costituisce un ostacolo talora insormontabile rispetto alla possibilità di accesso alle cure.

²Kaplan GA, Lynch JW, *Is Economic Policy Health Policy?* American Journal of Public Health, March 2001, Vol. 91, No. 3: 351–353.

³*"The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human"* Constitution of the World Health Organization, New York, 22 luglio 1946.

Detto questo ci si domanda: fino a che punto la salute può essere considerata solo un capitolo di spesa pubblica da gestire, possibilmente, nel contesto del libero mercato, a scapito della qualità e in nome del risparmio?

Vi sono studiosi che negli ultimi anni hanno analizzato la possibilità di accedere alle cure e di incidere sui determinanti sociali di salute. David Stuckler, giovane e brillante docente di Politica Economica e Sociologia all'Università di Cambridge è il più visibile e attivo tra questi. Secondo il suo pensiero, l'aspettativa di vita di una persona e il suo benessere dipende dalla zona della città in cui è nata e vive e persino dal suo codice di avviamento postale. Del resto il luogo in cui nasci, come racconta Maria Pace Ottieri nel suo libro (2003), *Quando sei nato non puoi più nasconderti*, può segnare il passaggio a una vita difficile, cui non puoi sfuggire nascondendoti.⁴ Sir Michael Marmot, epidemiologo e studioso di igiene pubblica all'University College of London (UCL) e presidente della *Commissione sui determinanti sociali di salute* dell'OMS, nel 2008, scrisse un rapporto, *Closing the gap in a generation*, frutto di questo suo incarico. L'obiettivo del suo documento era chiarire con dati ed evidenze scientifiche il ruolo che i determinanti sociali hanno nella qualità di vita e di salute delle persone. È lo stesso Michael Marmot, attraverso un semplice ma noto aneddoto a spiegare il concetto:

«Un ragazzo di quindici anni che vive nel Lesotho ha la probabilità del 10% di raggiungere i 60 anni. Per un suo coetaneo svedese la probabilità è del 91%. Queste differenze sono dovute alle condizioni sociali, ovvero i determinanti sociali di salute, che includono l'educazione e il tipo di lavoro, le condizioni di vita, come il luogo in cui si vive, e la disponibilità di cibo e nutrizione adeguati. Inoltre, includono anche l'accesso a cure sanitarie di qualità.

Analogamente, vi sono grandi ineguaglianze all'interno dei singoli paesi. Facciamo l'esempio degli Stati Uniti. Se una persona prende la metropolitana nella parte più povera di Washington D.C. e arriva fino alla periferia del Maryland, l'aspettativa di vita è di 57 anni all'inizio del viaggio. Diventa di 77 alla fine del tragitto. Questo significa che nella capitale della nazione vi è uno scarto di 20 anni nell'aspettativa di vita tra la maggioranza dei poveri di origine afro-americana, che vivono nei quartieri più degradati, e i più ricchi, generalmente di origine non afro-americana, che vivono nella periferia. Ora, un uomo povero che vive nella Washington più nascosta è ricco in termini materiali rispetto a un uomo povero del Lesotho. I determinanti sociali di queste due persone sono diversi. Dobbiamo comprendere questo concetto e pensare in modo diverso alla povertà. Si sta parlando di opportunità nella vita, del controllo sulla vita di un altro individuo, che si aggiungono alle condizioni sociali che modellano l'ambiente nel quale una persona vive».⁵

⁴Il libro di Maria Pace Ottieri è poi diventato film, regista Marco Tullio Giordana, nel 2005, con lo stesso titolo.

⁵http://www.who.int/social_determinants/thecommission/interview_marmot/en/ (link consultato il 10/01/2016).

2. Obiettivi e metodi

2.1 I sistemi sanitari nazionali e il mercato

La nazione apripista in materia di assistenza sanitaria gratuita, obbligatoria e accessibile a tutti i residenti nel proprio territorio è stata il Regno Unito che, nel luglio del 1946, istituì il *National Health Service* (NHS). L'Italia ha iniziato a perseguire questa strada trent'anni più tardi con la legge 833 del 1978, che aveva l'obiettivo di dare attuazione al dettato costituzionale del 1948 "*La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti*". La Grecia, invece, solo nel 1983 vede la nascita dell'ΕΣΥ (ESY), il Sistema sanitario nazionale, basato sulla compresenza di assistenza sanitaria pubblica e previdenza privata.

Dall'inizio degli anni Ottanta le misure pubbliche per garantire e sostenere la salute dei cittadini soffrono un graduale e forte indebolimento a causa del progressivo ingresso del libero mercato nel settore della sanità pubblica e dei servizi sociali. A partire dal governo di Margaret Thatcher, il *National Health Service* (NHS) ha sperimentato una fase di radicale trasformazione a seguito di riforme che hanno smantellato il sistema pubblico di assistenza sanitaria traghettandolo verso la privatizzazione.

Le difficoltà del sistema sanitario nazionale greco, invece, sono balzate agli onori della cronaca soltanto da pochi anni, dopo l'inizio della crisi finanziaria mondiale, iniziata nel 2008.

In Italia, dopo quasi quarant'anni dall'attuazione, il Servizio sanitario nazionale (SSN) viene messo in pericolo in conseguenza della crisi economico-finanziaria. Sempre più spesso assistiamo a situazioni di gravi difficoltà nell'accesso ai determinanti sociali della salute. Non stiamo parlando soltanto di sanità, ma di tutta una serie di fattori di cui la medicina rappresenta solo una parte, certamente importante, nella salvaguardia della salute. Giocano un ruolo essenziale nella prevenzione delle malattie e nel determinare lo stato di benessere psico-fisico di cui parla l'Organizzazione mondiale della sanità anche altri fattori⁶. Ci riferiamo ai fattori

⁶ Il Preambolo della Costituzione dell'Organizzazione mondiale della sanità (WHO) definisce il concetto di salute: "*La salute è uno stato di completo benessere, fisico, mentale e sociale e non la mera assenza di malattia o di infermità*". Firmata da 61 Stati e entrata in vigore il 7 aprile 1948, da allora, la definizione non ha subito modifiche. Tale definizione è oggi messa in discussione perché sono cambiati molti fattori, soprattutto

sociali e ambientali, al livello di istruzione, all'alimentazione, all'occupazione, al tipo di lavoro, alla rete delle relazioni e alla possibilità di far valere i propri diritti a livello politico. Una situazione di disuguaglianza, come il venir meno dell'occupazione o la difficoltà per un giovane nel trovare un primo impiego, hanno innescato negli ultimi anni un allarmante aumento del numero di suicidi. Questo è un esempio di come il lavoro, uno dei determinanti sociali della salute, e il suo venir meno possano sconvolgere l'identità e l'equilibrio psichico di una persona. Perché? È possibile affrontare questi problemi? Gli Stati avvertono la gravità della situazione? Fino a che punto la salute può essere considerata solo un capitolo di spesa pubblica da gestire, possibilmente, nel contesto del libero mercato, a scapito della qualità e in nome del risparmio? Come sono comunicati dai mass media questi temi?

Attraverso l'analisi quali-quantitativa di tre quotidiani italiani – *la Repubblica*, *Avvenire* e *Il Fatto quotidiano* – e di quattro prestigiose riviste scientifiche internazionali – *Science*, *Nature*, *The Lancet*, *The British Medical Journal* – si cercherà di evidenziare come il tema dei determinanti sociali della salute è trattato, o non trattato, come lo si affronta e in quali contesti. Sia per le riviste scientifiche che per i quotidiani sono stati analizzati tre anni e mezzo di uscite, dal 1° gennaio 2012 al 30 giugno 2015, utilizzando come parole chiave della ricerca **austerità, salute, crisi economica, povertà** sui quotidiani **austerità, health, economic crisis, poverty** sulle riviste scientifiche. Ma non si sono tralasciati nell'analisi i mass media non *mainstream*, dove fioriscono prodotti multimediali indipendenti a nati “dal basso” per iniziativa di registi, studiosi e cittadini coinvolti in questa crisi.⁷

Il risultato della ricerca sui quotidiani è stato suddiviso per temi ricorrenti: salute, lavoro, politiche sanitarie, povertà, depressione e suicidi. Per le riviste scientifiche si è fatto riferimento agli editoriali più importanti, di cui il *British Medical Journal* vanta una collezione di grande rispetto, segno che davvero qualcosa non va nel più evoluto dei sistemi sanitari del mondo. Ma il tener conto delle riviste che rappresentano il potere economico nel mondo della scienza è servito a verificare

economici e politici. La salute, da valore umano è diventata un valore economico perché la filosofia neoliberista e la visione della salute come “prodotto da vendere” si è sostituita alla visione solidaristica a cui si ispirava questo assunto.

⁷ A questo proposito, vale la pena ricordare il film incompiuto del compianto regista greco Theo Angelopoulos, dal titolo “L'altro mare”. Angelopoulos è stato investito nel 2012 da una moto di una guardia speciale non in servizio nel periodo in cui stava girando le riprese del film, attesissimo, che affrontava il tema della crisi economica. Il protagonista, Toni Servillo, era l'unico attore pagato dalla casa italiana che partecipava alla produzione. Si riporta una intervista al regista del novembre 2011: <https://vimeo.com/36190619> link consultato il 12 gennaio 2016.

anche quanto il mondo scientifico tenga conto o meno delle istanze dei cittadini per quel che riguarda la tutela del diritto alla salute. Diritto che gli stessi cittadini, organizzati in movimenti dal basso, *grassroots* in inglese, sono sempre più risoluti a far emergere davanti alle istituzioni che non sembrano essere più in grado di rispettare patti divenuti ormai insindacabili.

Quanto sta cambiando il concetto di salute che hanno le persone “comuni” in un contesto dove i servizi sanitari e il welfare non sono più prerogativa soltanto dello Stato, ormai in perenne deficit di bilancio, ma sempre più del libero mercato? Che cosa è cambiato dopo le misure di *austerity* per contrastare la crisi economica? Perché il diritto alla salute è così intimamente legato all’andamento dell’economia di uno Stato? Indubbiamente, come emerge dall’analisi di Iona Heath⁸, per molto tempo presidente del *Royal College of General Practitioners* inglese, la salute è diventato un capitolo di spesa rilevante per ogni governo e per ogni cittadino.

2.2 Il ruolo delle Organizzazioni internazionali

Il tema della salute, della disuguaglianza e della difficoltà di accesso alle cure per i più poveri è affrontato dalle grandi organizzazioni internazionali attraverso la stesura di documenti che analizzano cause e propongono soluzioni, ognuno dal proprio punto di vista. *Eurostat*, l’ufficio statistico dell’Unione europea, mostra che esiste una relazione direttamente proporzionale tra disuguaglianze di reddito e disuguaglianze di salute⁹ (**Grafico 1**). Nonostante questo, nel 2014, due cittadini europei su tre erano soddisfatti o molto soddisfatti della propria salute. Il rapporto *Health at a Glance 2015* dell’Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo (OCDE), a distanza di due anni, mostra invece dati che sollevano interrogativi sul modo e sui costi di accesso alle cure.

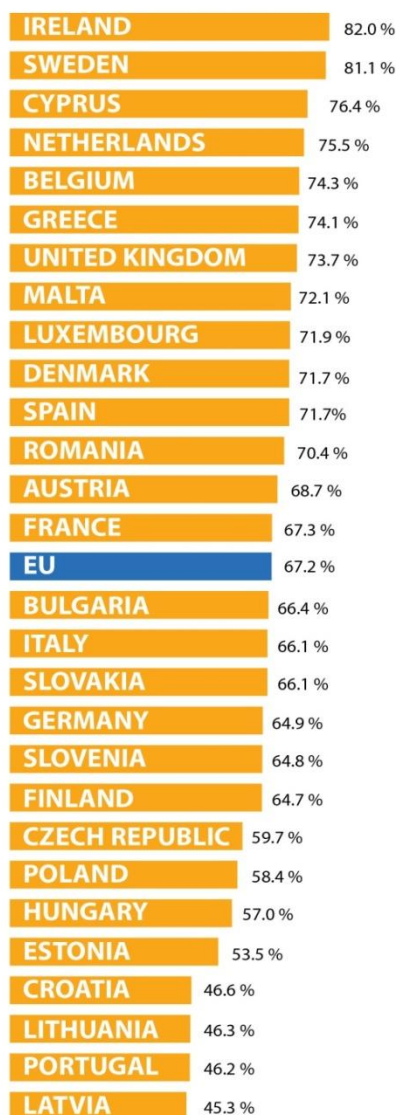
⁸ Vedi intervista **Appendice 1**, pag. 84

⁹http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Self-perceived_health.jpg link consultato il 10/01/2016.

Health in the European Union

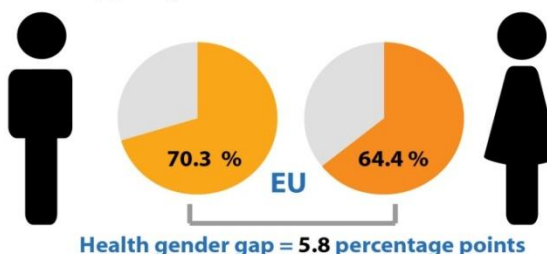
In the EU, two out of three people perceive their health as very good or good

Share of persons aged 16 and over perceiving their health as very good or good

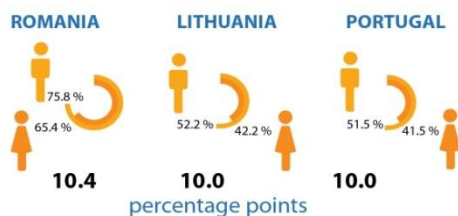


Men tend to rate their health better than women

Share of men and women aged 16 and over perceiving their health as very good or good

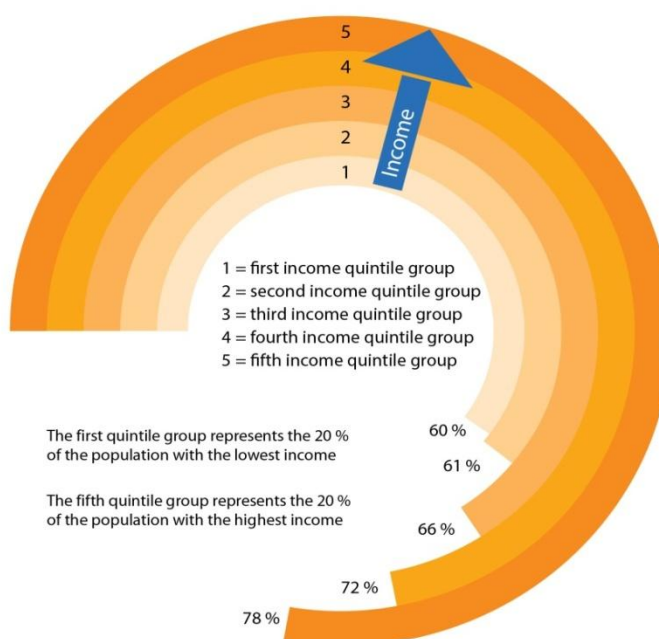


The share of men perceiving their health as very good or good exceeds the share of women by 10 percentage points and more in:



Health inequalities increase with income

Share of persons aged 16 and over perceiving their health as very good or good by income groups



Data refers to 2013.

More information: <http://bit.ly/1e1XYKy>

eurostat

Grafico 1. La percezione dell'assistenza sanitaria nei Paesi EU e la relazione tra disuguaglianze di reddito e salute.

Per esempio, l'Italia è uno degli stati europei dove ai cittadini viene chiesto il maggior carico per la spesa sanitaria, pur permanendo elevati standard di cura¹⁰. La pluralità di fonti di informazione può generare dubbi su quali siano i dati più o meno attendibili. Forse, una risposta non la si troverà mai, perché, come sottolinea Gianni Tognoni, epidemiologo dell'Istituto "Mario Negri" di Milano, al quale è dedicata un'intervista in *Appendice 2*, «*si sa da sempre che il modo più efficace [...] è quello di produrre dati affidabili che siano ben noti e incontrovertibili, così da togliere, o diminuire, la possibilità di scusarsi (da parte di politici e autorità sanitarie) per assenza di dati e di informazione*».

C'è un'immagine, nota come la "coppa di champagne" della distribuzione della ricchezza nel mondo, che a prima vista potrebbe sorprendere, sia per una sorta di ossimoro tra il nome e ciò che rappresenta, sia perché, purtroppo, l'oggetto dell'analisi non potrebbe forse essere meglio raffigurato. Tra gli economisti, questa è infatti una delle massime espressioni della ricerca internazionale per visualizzare quanti sono i ricchi, pochissimi, e quanti sono i poveri, un numero imprecisato. Tant'è che per massimizzare il conteggio, la popolazione mondiale è stata divisa in "quantile" (*quintile* in inglese), ovvero in cinque fasce, ognuna delle quali rappresenta un 20% di popolazione che percepisce un determinato reddito. Queste disparità di reddito sono aumentate molto nel corso di pochi anni, dal 1992 al 2005: come si vede dai due grafici, la "coppa di champagne" si va assottigliando sempre di più. Sempre meno possibilità per i poveri a vantaggio dei ricchi.

Il tema della salute, della disuguaglianza e della difficoltà di accesso alle cure per i più poveri è affrontato dalle grandi organizzazioni internazionali attraverso la stesura di documenti che analizzano cause e propongono soluzioni, ognuno dal proprio punto di vista.

¹⁰OECD (2015), *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/health_glance-2015-en (http://www.ccm-network.it/imgs/C_27_MAIN_page_1020_listaFile_List11_itemName_o_file.pdf).

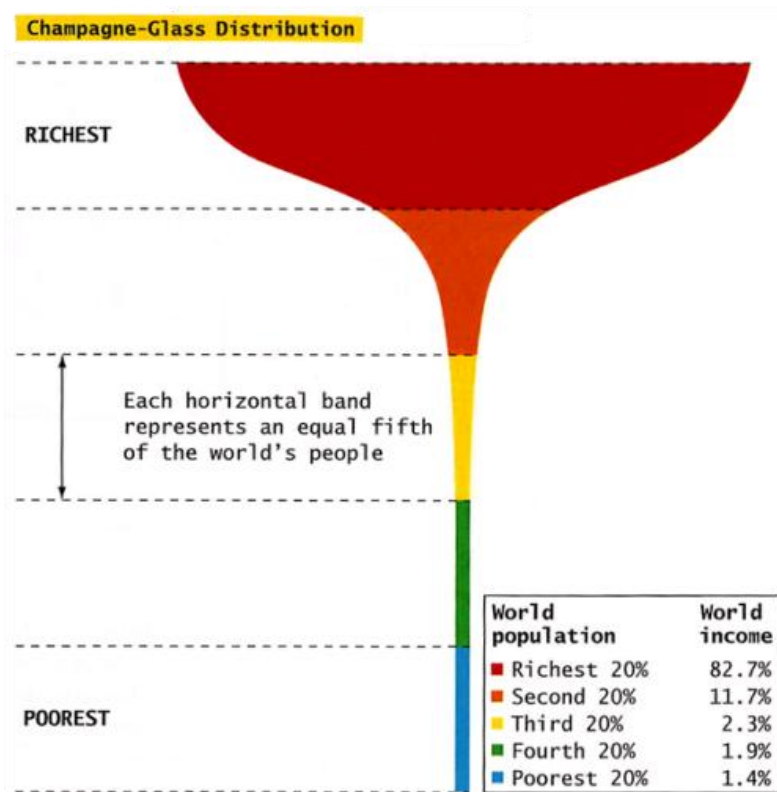


Grafico 2. La “Coppa di Champagne” nel 1992

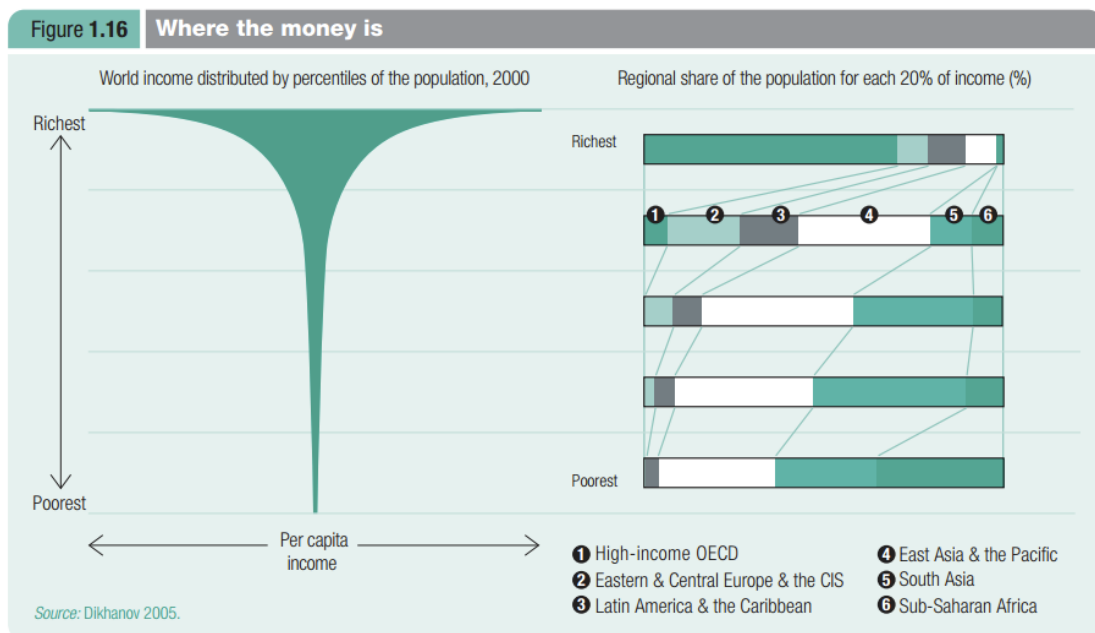


Grafico 3. La “Coppa di Champagne” nel 2005

2.2.1 L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)

Con la fine della Seconda guerra mondiale si è assistito a livello internazionale alla volontà di dare vita a una politica sociale e sanitaria finalizzata a migliorare le condizioni di vita e di salute di popolazioni reduci da anni di guerra, che aveva causato non solo moltissimi morti, ma perpetrato malattie dovute alla malnutrizione e alla miseria.

Nel giugno del 1946, a New York, in una conferenza durata quattro giorni, l'Organizzazione mondiale della Sanità definì nella sua Costituzione il concetto di salute, ovvero *“uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non solo l'assenza di malattia o di infermità”*. La Costituzione prosegue: *“L'accesso ai migliori standard di qualità di cura possibili è un diritto fondamentale di qualsiasi essere umano, senza distinzione di razza, religione, visione politica, condizione economica o sociale”* e, inoltre, *“I Governi sono responsabili della salute dei propri cittadini e vi devono provvedere offrendo loro adeguate misure sanitarie e sociali.”*

L'Italia entra a far parte dell'OMS nell'aprile del 1947 e, nel dicembre di quell'anno, l'Assemblea costituente della Repubblica italiana con l'articolo 32 della Costituzione sancisce: *“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.”* La Costituzione italiana, votata e approvata dal Parlamento, organo politico che esprime la volontà del popolo sovrano, è divenuta poi legge il 1° gennaio dell'anno successivo. Da allora, l'articolo 32, punto di riferimento legislativo per ogni decisione in materia di politica sanitaria, non ha subito modifiche. Tuttavia, l'attuazione del principio universalistico dell'assistenza sanitaria ha dovuto aspettare il 1980 per diventare effettivo, attraverso l'attivazione del Sistema sanitario nazionale (SSN) approvato dalla legge n. 833 del 23 dicembre 1978. Tale legge abolì l'Istituto nazionale per l'assicurazione contro le malattie (INAM), che garantiva l'accesso alle cure sanitarie ai soli lavoratori, e ai relativi familiari, in virtù del versamento dei contributi assistenziali alla categoria professionale di appartenenza. Di fatto, questo sistema rendeva impossibile l'accesso alle cure sanitarie gratuite ai disoccupati, ovvero a chi era privo di un'assicurazione sanitaria.

L'OMS nel 2012 ha redatto un documento dal titolo *Health policy responses to the financial crisis in Europe* (Le risposte della politica sanitaria alla crisi finanziaria dell'Europa). Tale documento osserva come “la crisi finanziaria globale iniziata nel 2007 può essere classificata come uno shock per il sistema sanitario, un evento imprevisto nato al di fuori del sistema sanitario stesso con pesanti effetti negativi sulla disponibilità delle risorse del sistema di salute pubblica oppure, con un positivo effetto sulla domanda di servizi sanitari”.

2.2.2 L'Organizzazione europea per la cooperazione e lo sviluppo (OECD)

Il rapporto *Health at a Glance: Europe 2014* dell'OECD riporta come “tra il 2009 e il 2012, la spesa per la salute è precipitata in termini reali (tenendo conto dell'inflazione) nella metà dei paesi europei ed è lentamente diminuita negli altri. In media, la spesa per la salute è scesa dello 0,6% ogni anno, rispetto ad un aumento annuale del 4,7% tra il 2000 e il 2009. Questo è dovuto ai tagli al personale sanitario, agli stipendi, alla riduzione dei compensi a chi fornisce servizi alla salute, alla diminuzione della spesa farmaceutica e alla maggiore richiesta al cittadino di farsi carico delle prestazioni sanitarie”¹¹.

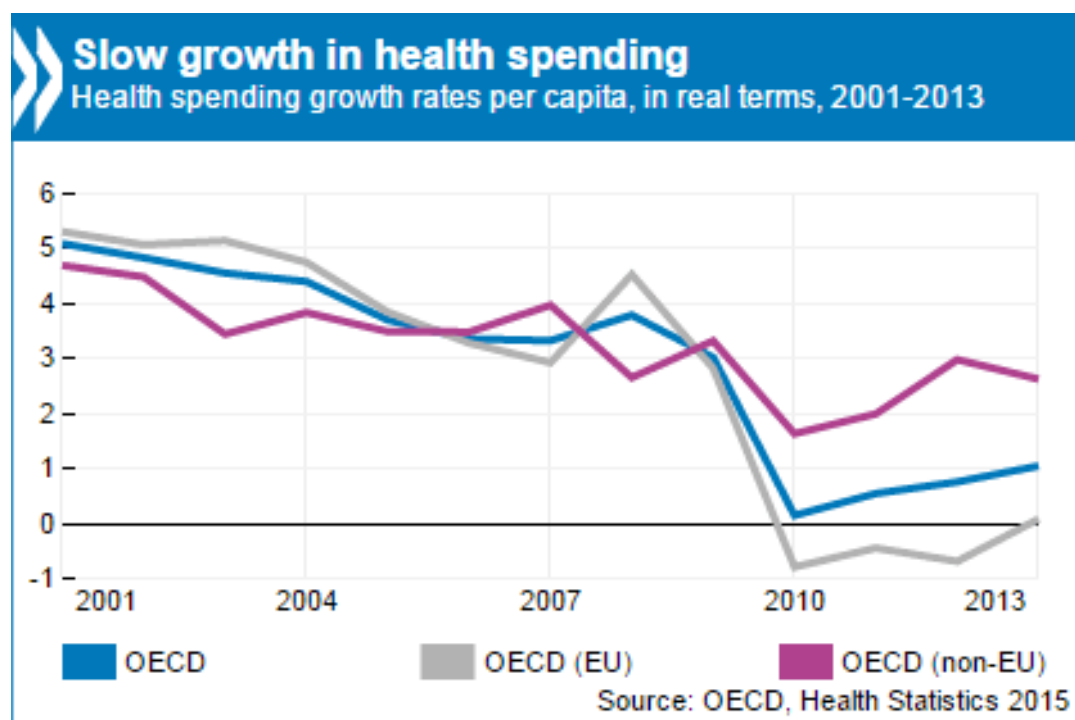


Grafico 4. La riduzione della spesa per la salute nei Paesi dell'OECD

¹¹ OECD (2014), *Health at a Glance: Europe 2014*, OECD Publishing.
http://dx.doi.org/10.1787/health_glance_eur-2014-en (link consultato il 30 agosto 2016)

La crisi tuttora in atto ha rafforzato i principi del sistema neoliberista che vede nell'*austerità*, ovvero nel taglio della spesa pubblica, la soluzione per affrontare il deficit di bilancio. I tagli lineari alla spesa statale risultano impopolari perché imposti senza una preventiva consultazione con i cittadini e lo sono oltremodo visti gli effetti di una progressiva e costante contrazione della spesa per i servizi sociali e sanitari. In Italia, inoltre, secondo il recente rapporto *Italy. Rising standard*, pur permanendo, in media, elevati livelli di assistenza, spiccano forti disparità regionali. Dopo la riforma federalista del SSN nel 2001, i 21 sistemi sanitari regionali devono affrontare invalicabili limiti di spesa imposti dal Governo centrale e, le Regioni più deficitarie, anche i cosiddetti *Piani di rientro*. Il rapporto OECD afferma: “*Questi Piani segnalano l'introduzione di un nuovo e dominante fattore nelle politiche sanitarie nazionali, il Ministero delle Finanze*”, ponendo l'accento sul fatto che “*il ruolo centrale di questa repentina ripresa del controllo centrale è soltanto di tipo finanziario con il rischio che la qualità delle cure diventi secondaria*”¹².

Sempre secondo il rapporto *Health at a Glance: Europe 2014* “*la mortalità infantile, ovvero il tasso di bambini che muoiono entro il primo anno di vita, è un indicatore di come le condizioni socio-economiche influiscano sulla salute materna e neonatale, nonché sull'efficienza dell'intero sistema sanitario*”. Il rapporto OCDE rileva una forte diminuzione della mortalità infantile – dai 25 decessi ogni 1000 bambini nati nel 1970 a una media di quattro nel 2012 – e commenta: “*Molti studi considerano il tasso di mortalità infantile come un elemento di verifica degli effetti di una serie di determinanti sociali di salute, non solo di tipo medico. Molte analisi hanno dimostrato un'assenza di relazione tra spesa sanitaria pubblica e mortalità infantile, altre, invece, hanno ricondotto tale fenomeno alle disuguaglianze di reddito, alla povertà, al contesto sociale e agli stili di vita individuali*”. I dati del rapporto OCDE suggeriscono come “*la crisi economica non abbia contribuito ad aumentare il tasso di mortalità infantile*”, sebbene in Grecia, “*il numero di nati sottopeso, sia quasi raddoppiato tra il 1980 e il 2012*”.

Questo controverso quadro socio-sanitario del delicato periodo di inizio vita, si deve poi raffrontare con l'aumento dell'aspettativa di vita di tutta la popolazione europea. Ma vivere di più, non sempre significa vivere bene e in salute. L'aumento del numero di anziani apre il capitolo delle malattie croniche e delle cure *ad personam* verso cui è fortemente orientata la medicina odierna. “*La medicina non ha imparato*

¹² OECD (2014), OECD Reviews of Health Care Quality: Italy 2014: Raising Standards, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264225428-en> pag. 13 (link consultato il 30 agosto 2016)

quando fermarsi” scrive Iona Heath in *Modi di morire*, un saggio in cui alla luce della sua esperienza di medico di famiglia riflette sui progressi della medicina: a tanta conoscenza che ha aumentato l’aspettativa di vita nel mondo Occidentale, non sempre corrisponde un miglioramento della qualità di vita. Una società sempre più anziana, contraddistinta da malattia cronica o da infermità, è una voce importante nel bilancio della spesa sanitaria di ogni Paese. Ci si potrebbe pertanto interrogare su quali siano i reali vantaggi per la collettività, prolungare la vita di solo di qualche mese a un costo altissimo per la società. A tale riflessione sulle contraddizioni della scienza medica, il **Grafico 4** dell’OECD aggiunge un dato: la grave e repentina riduzione della spesa per la salute pro capite a partire dal 2008, anno dell’inizio della crisi economica mondiale, fino al 2013. Le Nazioni prese in esame non sono probabilmente in grado di garantire un’assistenza medica gratuita e universale a tutti i suoi cittadini, compromettendo il diritto fondamentale dell’uomo alla salute, sancito dall’Organizzazione mondiale della Sanità (OMS) nel 1948.

2.2.3 Il Fondo Monetario Internazionale (FMI)

Il Fondo Monetario Internazionale (FMI) è un’istituzione nata nel 1944 assieme alla Banca Mondiale a seguito degli *Accordi di Bretton Woods*. Tali accordi, sottoscritti dai Paesi occidentali, avevano l’obiettivo di dare un equilibrio al mercato economico e finanziario internazionale grazie alla definizione di una politica monetaria e ad accordi comuni da rispettare. Il FMI aveva il ruolo principale di supportare, attraverso prestiti di liquidità, i Paesi in difficoltà economiche e commerciali. Il rationale era nella capacità di restituire il debito, con dovuti interessi, una volta che l’economia del Paese fosse di nuovo in grado di produrre ricchezza grazie ‘all’iniezione di liquidità’ della Banca Mondiale e del Fondo monetario internazionale. Tuttavia, questo rationale non ha dato, in oltre settant’anni, uguali risultati in tutti i Paesi. La politica dei singoli Stati gioca un ruolo fondamentale e, soprattutto, non tutte le Nazioni sono in grado di competere allo stesso modo, sia per le diverse disponibilità di risorse naturali, sia per la possibilità di poterle utilizzare a vantaggio della propria economia.

Nel giugno 2015, il FMI ha redatto una *Discussion notes* dal titolo *Causes and Consequences of Income Inequality: A Global Perspective*. Si tratta di un documento che non rappresenta il punto di vista dell’FMI ma dei ricercatori che l’hanno redatto

con “l’obiettivo di stimolare commenti e dibattiti”. In questo documento, i ricercatori affermano come le disuguaglianze di reddito all’interno della popolazione diminuiscano l’aspettativa di vita, anche in Paesi ad economia avanzata come gli Stati Uniti. Inoltre,

*“le società con un più elevato livello di salute, prendendo a parametro la diminuzione della mortalità femminile, tendono ad avere minori disuguaglianze di reddito. Sebbene sia difficile stabilire un nesso causa-effetto, si può comunque dire che un più ampio ed equo accesso a servizi sanitari di qualità permette alle persone di essere più produttive e, pertanto, contribuire alla diminuzione delle disparità di reddito”.*¹³

Su questa linea apparentemente in contraddizione con le tesi neoliberiste, è anche il “*mea culpa*” del giugno 2013 dello stesso FMI, che in documento confidenziale rivelato dal *Wall Street Journal*, ammette di aver adottato i provvedimenti sbagliati per la situazione greca “*sottostimando il danno che la prescrizione dell’austerità avrebbe causato all’economia della Grecia, che negli ultimi sei anni ha vissuto nel pantano della recessione*”.¹⁴

*“L’allargarsi delle ineguaglianze di reddito si sta definendo come la sfida del nostro tempo. Nelle economie avanzate, il gap tra ricchi e poveri è al suo massimo livello come non si registrava da decenni”.*¹⁵

*Data l’importanza dei poveri (il 10% alla base) e della classe media per l’aumento della ricchezza, abbiamo esaminato che cosa determini i cambiamenti nella distribuzione del reddito per questi gruppi nei diversi Paesi. Mediamente, la distribuzione del reddito nelle classi povere e medie sono cresciute molto più lentamente rispetto alle classi che rappresentano il 10% al vertice. Questo spiega la crescita delle disuguaglianze di reddito rilevate in molti Paesi.*¹⁶

Sembra poco credibile che il Fondo Monetario Internazionale, responsabile dei prestiti che hanno ridotto, ad esempio, i cittadini greci alla povertà e alla disperazione attuali, possa fare affermazioni così sagge. Un articolo del giugno 2016 apparso su *Finance & Development*, il trimestrale del FMI, viene apertamente ammesso che “*anziché produrre crescita, alcune politiche neoliberali hanno aumentato le*

¹³ Dabla-Norris E. et al. [Causes and Consequences of Income Inequality: A Global Perspective](#), INTERNATIONAL MONETARY FUND, Strategy, Policy, and Review Department, June 2015, p. 26.

¹⁴ The Wall Street Journal, 5 giugno 2013, (<http://www.wsj.com/articles/SB10001424127887324299104578527202781667088>, link consultato il 29 settembre 2015)

¹⁵ Dabla-Norris E. et al., cit., p. 4.

¹⁶ *Ibidem*, p. 27

*ineguaglianze*¹⁷. Affermazione, poi, prontamente ritrattata da parte del Capo del Dipartimento Ricerca del FMI, Maurice Obstfeld, il quale ha affermato in un'intervista sul sito dell'istituzione come

“Quell’articolo sia stato ampiamente misinterpretato, perché non aveva il significato di un particolare cambiamento nell’approccio adottato dal Fondo. Penso che l’errore di interpretazione sia dovuto all’aver ricondotto tale affermazione a una questione ‘se il Fondo monetario internazionale sia a favore o contro l’austerità’. Nessuno vuole un’austerità di cui non c’è bisogno. Siamo tutti a favore di politiche fiscali che supportino la crescita e l’equità nel lungo periodo. Queste politiche possono essere diverse da Paese a Paese e da situazione a situazione. I Governi devono semplicemente vivere con i propri mezzi nel lungo periodo, o affrontare forme di debito che portano al default, il che di solito è piuttosto costoso per i cittadini, specialmente per i più poveri. Questo è un fatto, non una posizione ideologica. Il nostro lavoro è suggerire ai Governi come gestire al meglio le proprie politiche fiscali per evitare conseguenze negative. In alcuni casi, questo richiede l’individuazione di situazioni in cui un eccessivo taglio alla spesa pubblica possa essere controproducente per la crescita, l’equità e gli obiettivi di politica fiscale”.¹⁸

Sia che si prendano come esempio tre stati – Gran Bretagna, Italia, Grecia – sia che si allarghi lo sguardo all’intero mondo Occidentale, si assiste a un momento di forte contrazione economica. La difficoltà dei Governi di stabilire delle politiche socio-economiche che diano a tutti i cittadini la possibilità di avere un lavoro, una casa, un’adeguata istruzione – tutti tasselli importanti per la salute dell’uomo – indebolisce anche il sistema sanitario. Si può ragionevolmente dire come questa situazione sia contraria al principio universalistico e solidaristico in materia di salute. L’*austerità* si sta mostrando nei fatti punitiva e drammatica rispetto alla tutela di questo diritto fondamentale. Come afferma Naomi Klein in *Shock Economy. L’ascesa del capitalismo dei disastri* “quelli che si oppongono al *welfare state* non sprecano mai una buona crisi”.

¹⁷ Ostry J.D. et al. *Neoliberalism: Oversold?*, “Finance&Development”, June 2016, Vol. 53, No. 2

¹⁸ *IMF Survey : Evolution Not Revolution: Rethinking Policy at the IMF*

(<http://www.imf.org/external/pubs/ft/survey/so/2016/POL060216A.htm>, link consultato il 28 agosto 2016)

3. Analisi

L'analisi dei quotidiani e delle riviste scientifiche copre il periodo dal 1° gennaio 2012 al 30 giugno 2015, a cavallo e oltre rispetto a quanto indicato nel **Grafico 4**, più precisamente nel momento in cui si vede come la spesa sanitaria degli Stati OECD appartenenti all'Unione Europea (EU) è uniformemente crollata a livelli al di sotto dello zero. Da cui si può dedurre che le Nazioni prese in esame non possano essere in grado di garantire un'assistenza medica gratuita e universale a tutti i suoi cittadini, compromettendo il diritto fondamentale dell'uomo alla salute, sancito dall'Organizzazione mondiale della Sanità (OMS) nel 1948.

3.1. I quotidiani

3.1.1. *La Repubblica*

Le parole chiave utilizzate nella ricerca sono state *austerity*, *salute*, *crisi economica*. Nello specifico, sono state fatte due combinazioni: *austerity-salute* e *salute-crisi economica*. Solo pochi articoli rilevanti sono emersi per il tema *austerity*. Invece, sono stati trovati per la seconda combinazione 308 articoli, con un andamento crescente dal 2012 (61 articoli) al 2013 (109 articoli) per passare a un lieve calo nel 2014 (95 articoli) fino ai primi sei mesi del 2015 (43 articoli).

Dalla lettura degli articoli si sono individuati alcuni temi chiave che emergono con una certa ricorrenza nel corso del periodo preso in considerazione. Il tema della salute, della sanità e del lavoro sono i cardini della rassegna, raggiungendo il 35% degli articoli raccolti. Tuttavia, il solo tema della povertà tocca un impressionante 13%, di un solo punto inferiore alla questione lavoro: eppure le due problematiche sono intimamente legate a causa della crisi economica. Che coinvolge il cittadino in un percorso che va dalla perdita dell'occupazione, alla minor disponibilità economica, se non alla povertà, alla minor capacità di accesso alle cure mediche. Ci sono poi temi più generali, come la politica e i diritti, che occupano un 17% della rassegna. Questo può significare che la crisi economica sta mettendo in discussione il settore delle istituzioni governative, chiamate a dare una risposta concreta alle necessità di un sempre maggiore numero di cittadini in difficoltà. Ma può voler dire anche come la crisi sia oggetto della riflessione degli intellettuali, che si interrogano sul ruolo di

diritti inalienabili come la salute nel contesto di uno stato democratico. Allo stesso modo, la crisi, il cambiamento politico ed economico in atto nella nostra società, potrebbero portare i cittadini a voler manifestare in vario modo il proprio disagio, a cui troppo spesso non viene dato voce. Il **Grafico 5** visualizza come un 10% della cronaca racconti i temi della depressione e dei suicidi legati alla perdita del lavoro nonché l'ingresso del gioco d'azzardo (2%) nelle abitudini delle persone. Inoltre, si registra un'erosione dei diritti dell'infanzia e un'incertezza nella cura della salute dei minori a causa della povertà (5%) e della diminuzione nella qualità della spesa alimentare (6%). Anche le esigenze abitative trovano posto per un 2% nella classifica delle emergenze sociali. Infine, nemmeno la ricerca scientifica, con il venir meno dei fondi, è esente da un ridimensionamento della sua attività soprattutto nel campo della prevenzione delle malattie infettive, della ricerca biotech e di nuovi antibiotici.

Se pur largamente usati dai mezzi di informazione, termini come *austerity* o *spending review*, sono termini che non sembrano legarsi al tema della salute, almeno nei media. E anche questa testata specifica li assimila più a tematiche di tipo macroeconomico. L'austerità rappresenta una precisa scelta di uno Stato di correggere l'eventuale deficit di bilancio con tagli alla spesa pubblica e una delle prime voci ad essere colpite, come dimostra anche il grafico, è spesso la spesa sanitaria. Parecchi articoli sono stati scartati perché non abbinavano austerità al termine salute nel suo significato stretto e colpisce, nella lettura, come questo venga utilizzato per riferirsi invece della salute delle "banche", degli "istituti di credito", del "mercato finanziario". Uno slittamento di campo nell'utilizzo del termine, legittimo a livello di scrittura in sé, che tuttavia può far apparire più importante "risanare" il mercato finanziario che affrontare tutto il resto.

Fa eccezione la cronaca giornalistica che arriva dalla Grecia, lo stato dell'Unione Europea maggiormente ferito dalle politiche di austerità. Un esempio è l'articolo *Un milione di malati in fila. Greci curati dalle Ong internazionali* (26 novembre 2012 – sez. Economia, pag. 19) di Ettore Livini, corrispondente dalla Grecia per *Repubblica*.

Articoli per argomento

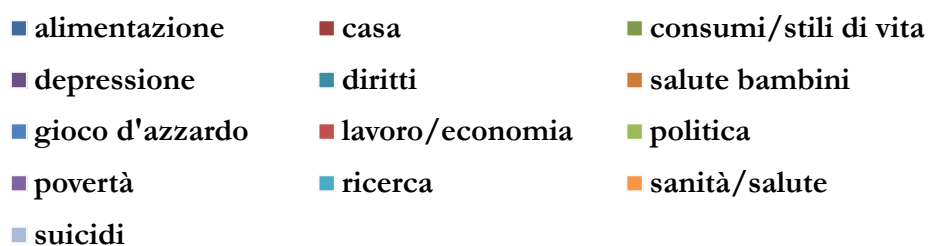
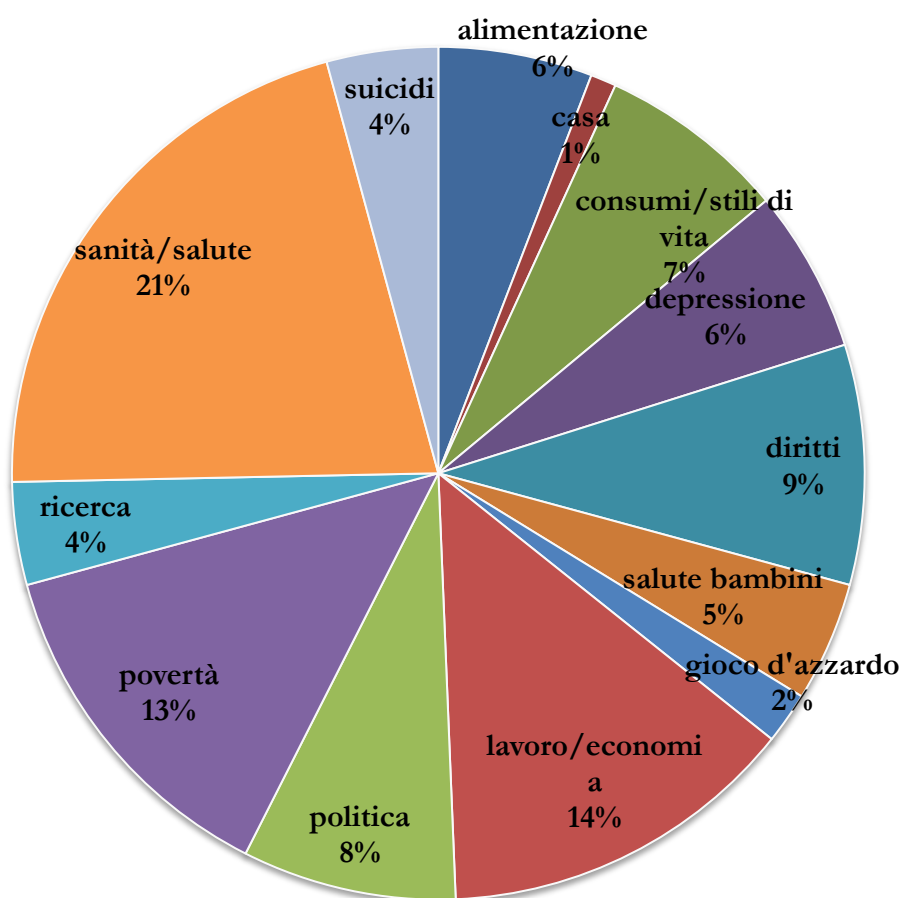


Grafico 5. Articoli per argomento su *La Repubblica*

Il tono non sembra da “cronaca di una morte annunciata”, tutt’altro: si parla di nascita. Ovvero di una donna al settimo mese, in attesa di due gemelli, che fa un lungo viaggio dal Pireo fino ad Atene per una flussometria doppler – l’ecografica che analizza la corretta circolazione dei vasi sanguigni tra la placenta e il feto – alla clinica

dell'organizzazione non governativa *Doctors of the World*, dove gli esami non si pagano, perché l'alternativa sarebbe spendere 900 euro in una struttura privata. Ma l'entusiasmo finisce presto. Poche righe dopo descrivono la situazione:

«Il serpentone umano dietro di lei [la donna incinta] è colorato e lungo. Duecento persone in paziente attesa di una visita o di una vaccinazione gratuita nella clinica della Ong, l'avamposto di quegli 1,2 milioni di "dannati" che - per il solo peccato di essere disoccupati da più di un anno in Grecia (e in Europa) - hanno perso il più elementare dei diritti: quello alla salute. Un esercito invisibile senza mutua, cure e medicinali se non a pagamento. «Vede la gente là sotto? - dice amaro dal suo studio Nikitas Kasaris, responsabile di Doctors of the World - . E' una catastrofe umanitaria. Ogni giorno la coda è più lunga. Siamo sull'orlo del crac sociale». La Troika ha acceso i fari sulla tragedia del bilancio ellenico. Ma lontano dai riflettori della crisi finanziaria «si sta consumando una tragedia silenziosa» dove i danni non si contano in euro ma in vite umane. Soldi, nel paese, non ce ne sono più. «Ed essere poveri e malati nella Grecia di oggi è un'Odissea».

La cronaca italiana, nello stesso periodo si occupa delle proteste degli studenti universitari: *Scuola, la protesta si fa continentale. "Diritto al futuro e a un'altra Europa"* titola *Repubblica.it* il 13 novembre 2012: *"Perché la cultura, la formazione, la giustizia e la salute sono diritti di tutti i cittadini"* afferma una studentessa intervistata.

Il tono cambia nel primo articolo trovato con l'abbinamento *salute-crisi economica*, firmato da Guglielmo Pepe, giornalista della prima ora a *Repubblica*. L'articolo *Così sta cambiando la sanità* riflette sul legame tra società e sanità, dove la seconda deve affrontare il radicale cambiamento socio-economico degli ultimi anni. Se le figure sanitarie sono tra le più ricercate sul mercato del lavoro, è proprio la parola "mercato" che genera una serie di pressanti interrogativi sul futuro dell'assistenza sanitaria nel nostro Paese. A causa delle scarse assunzioni di personale nel settore sanitario pubblico anche la salute entra a pieno titolo nel mercato. In sostanza, il malato si trova costretto ad andare dove può aspettare di meno con un prezzo tutto sommato non così lontano dal costo che dovrebbe comunque sostenere nel pubblico a causa dell'aumento dei ticket sanitari. La domanda di Guglielmo Pepe è: *«La crescita esponenziale di studi che offrono cure low cost (vantaggiose per le tasche dei pazienti), potrebbe trasformare la salute in un prodotto commerciale e i medici in imprenditori di se stessi. Vogliamo questa sanità?».*

3.1.1.1. Gli effetti sulla salute della crisi economica non sono tema da prima pagina

Nel corso del 2012 sono solo tre gli articoli di prima pagina che affrontano il tema delle diseguglianze in tema di salute. Tutti e tre si collocano verso la fine dell'anno, quando la proverbiale "agenda" di Mario Monti sta per avviarsi al capitolo finale: tre articoli in prima pagina di Stefano Rodotà, Chiara Saraceno e dello stesso direttore Ezio Mauro.

«In democrazia» afferma Mauro, «la solidarietà sociale ha bisogno di qualcosa di più della beneficenza. Siamo al nucleo fondamentale della questione, i diritti. Vedendo che sotto la spinta mai neutrale della crisi i soggetti più deboli e più esposti della nostra società sono stati più volte costretti a scegliere tra lavoro e diritti, addirittura tra lavoro e salute, abbiamo dovuto prendere atto di una questione a cui non eravamo preparati: i diritti nati dal lavoro sono dei diritti "nani", cioè subordinati e condizionati, che possono venire revocati se la crisi lo impone, dunque sono delle variabili dipendenti e non autonome». (La Repubblica, 16 novembre 2012)

Mauro fa riferimento alla citata protesta degli studenti, screditata a causa degli scontri tra forze dell'ordine e manifestanti. L'articolo difende la dimostrazione pubblica, ma prende le distanze dagli atti di vandalismo e violenza che si sono verificati. Un equilibrismo difficile per la sinistra moderata, soprattutto quando lo stesso quotidiano manca di trasparenza: in più di un'occasione ha pubblicato articoli redazionali pagati da Unipol, gruppo assicurativo legato alle Coop e non alla Sanità pubblica.

«Complice la crisi economica e i disservizi del sistema sanitario nazionale», cita un articolo sponsorizzato del 18 maggio 2015, «fortemente penalizzato dai tagli di bilancio, oltre metà degli italiani hanno ridotto le spese mediche: nello specifico, il 37 per cento effettua solo le visite indispensabili e il 15 per cento neanche quelle, non potendosele più permettere. Da qui la proposta Unipol Banca: consentire ai nuovi correntisti - e pure a quelli esistenti che aderiscano all'offerta - di ottenere il rimborso del ticket sanitario per gli esami più comuni come le risonanze magnetiche, le mammografie, le scintigrafie, solo per citarne alcuni».

Non solo, Unipol offre ai suoi assicurati la possibilità di accorciare i tempi di attesa per visite o esami diagnostici, tutti servizi per i quali, nel pubblico, è di norma necessario attendere tempi biblici a causa della carenza di personale medico e infermieristico.

“Ci sono delle forze che tendono a utilizzare il sistema salute come un sistema per fare business” afferma Gavino Maciocco, docente del Dipartimento di Sanità Pubblica dell’Università di Firenze e promotore di Saluteinternazionale.info, durante una lezione universitaria alla Facoltà di Medicina di Verona il 24 novembre 2015. “In Toscana, noi abbiamo un governatore che l’ha espresso in maniera chiara: le attività diagnostiche ‘perché devono diventare un bene essenziale dell’assistenza se possono farlo il settore privato, il settore delle assicurazioni’? Questa è una presa di posizione politica. Dietro ci sono delle forze che puntano a queste trasformazioni”.

Per la sociologa Chiara Saraceno, il *Welfare è ferito al cuore* (28 novembre 2012):

«Non si sentiva proprio il bisogno di questa ultima esternazione di Monti che adombra la possibilità che il sistema sanitario nazionale possa venir smantellato, o ridotto, a favore di un allargamento dello spazio per le assicurazioni private». Forse Monti ritiene “che ess[o] sia ormai così squalificat[o] agli occhi dei cittadini da potersi permettere di prevederne la messa in liquidazione. Che la sanità italiana sia in affanno è sotto gli occhi di tutti, ma le cause di questo affanno sono molto meno chiare e univoche di quanto vogliano far credere le parole di Monti. E tra queste cause c’è anche il modo un po’ sconsiderato con cui si sta procedendo a contenerne i costi. [...] Le parole di Monti sembrano voler forzare ulteriormente il senso di allarme sociale in un momento in cui le tensioni sono già forti. Rivelano anche una singolare cecità, o insensibilità, rispetto alla situazione economica delle famiglie italiane. Queste per una buona parte non possono certamente permettersi la spesa aggiuntiva di una assicurazione sanitaria. Lo ha certificato oggi, quasi nelle stesse ore dell’esternazione di Monti, la Banca d’Italia, segnalando come il reddito disponibile delle famiglie sia diminuito di nuovo, per la quinta volta. Minacciare di togliere la sanità pubblica in questi frangenti significa colpire proprio chi sta già facendo fatica a tirare avanti. Chi può permetterselo ha già una assicurazione, anche se per le cose importanti usa il servizio pubblico, perché più affidabile e di migliore qualità media».

Fanno da cornice le parole di Stefano Rodotà:

«Questo contesto politico e istituzionale non è il più propizio per un governo adeguato della crisi economica e di quella sociale, che non può essere affidato, come sta accadendo, all'erosione dei diritti di cittadinanza, a partire da quelli fondamentali alla salute e all'istruzione, a una rinnovata riduzione del lavoro a merce. La sospensione di fondamentali garanzie, che toccano lo stesso diritto all'esistenza, non può essere giustificato con nessuna emergenza. Tutto questo determina tensioni sociali sempre più forti, alle quali si accompagna un passaggio dai rischi del populismo a quelli della demagogia». (la Repubblica, 16 ottobre 2012)

3.1.1.2. Dalla riflessione sui valori umani alla cronaca

Se questi sono i punti chiave da cui partire per inquadrare una serie di tematiche che emergono nello spoglio degli articoli, la cronaca si conferma implacabile, raccontando situazioni drammatiche: cittadini che rinunciano alle cure, aumento dei disturbi depressivi, disoccupazione, povertà, suicidi, emergenza abitativa, condizioni precarie anche per la salute dei bambini, cattiva alimentazione, gioco d'azzardo...

Una realtà lontana dalla politica economica tesa unicamente al pareggio del bilancio, come se le scelte politiche non avessero una ricaduta sulla vita delle persone e seguissero lo stesso percorso di un bilancio familiare che deve quadrare a fine mese. In realtà, così non sarebbe, perché sul debito pubblico possono influire scelte diverse fatte dai Governi, così come nel 1929, dopo il crollo dell'economia mondiale, l'America decise di investire nel settore pubblico per aumentare l'occupazione e, quindi, la domanda sul mercato. Oggi, invece, le politiche di austerità stanno facendo l'esatto contrario.

3.1.1.3. La povertà, gli enti di carità e le Ong

Anche nelle economie più avanzate, come quelle della civilissima Europa e del mondo Occidentale, esiste la povertà. Non fa scandalo, certo: siamo abituati a vedere senz'altro, barboni, emarginati, immigrati, frugare nei cassonetti o chiedere la carità. Ma questo non significa che sia una condizione normale, anche perché i rapporti che provengono da più fonti, come Croce rossa internazionale o Caritas, ci raccontano come non siano più solo "gli sfortunati", gli anziani e le persone con problemi

psichici, a cercare aiuto, ma sempre più spesso famiglie normali che non riescono a far fronte con il proprio reddito a spese sempre crescenti: mutui per la casa, istruzione dei figli, spesa alimentare, per la salute e per i farmaci.

Crisi, 43 milioni di europei non hanno cibo a sufficienza

Lo dice il rapporto *Think Differently* presentato oggi a Roma nella sede nazionale della Croce Rossa. Il Rapporto è stato realizzato dalla Zona Europea della Federazione Internazionale di Croce Rossa e dalla Mezzaluna Rossa. Sono 120 milioni i cittadini del continente a rischio povertà

di CINZIA GUBBINI

Lo leggo dopo



ROMA - La crisi finanziaria europea ha aggravato la situazione economica di moltissime persone. Tanto che la Croce Rossa ha quasi raddoppiato il numero dei nuclei familiari assistiti: erano 2 milioni nel 2009 e oggi sono ben 3,5. Un incremento del 75%. Lo dice il rapporto *Think Differently* presentato oggi a Roma nella sede nazionale della Croce Rossa. Il Rapporto è stato realizzato dalla Zona Europea della Federazione

Internazionale di Croce Rossa e dalla Mezzaluna Rossa.

(Repubblica.it, 10 ottobre 2013)

La Caritas lancia l'allarme "Milano sempre più fragile ora si taglia su cibo e salute"

Ogni mese distribuiti 63mila pacchi alimentari

(La Repubblica, Milano, 1 novembre 2013)

"Nel 2012 sono stati circa 400 mila i nuclei familiari assistiti dalla Croce rossa italiana (Cri). Gli aiuti non sono solo alimentari: vanno dal pagamento delle bollette per chi non può permetterselo, alla fornitura di materiale scolastico per i bambini che frequentano la scuola dell'obbligo. «Le povertà - osserva il Rapporto - sono le stesse. Sono i poveri a essere nuovi. [...] Operai soprattutto, ma crescono i gli impiegati, in particolare del settore privato». (Repubblica.it, 10 ottobre 2013)

Nel 2012, la Caritas, invece, nella sola città di Milano, simbolo di benessere e opportunità lavorative per tante persone, conteggia

“un esercito di oltre 134mila persone, che di anno in anno si ingrossa, con una lenta ma inesorabile impennata. [...] I licenziati e disoccupati sono aumentati fino al 20 per cento in un anno. Per il 31 per cento sono determinanti anche i problemi di salute [...]. I francescani hanno avuto anche 33mila pazienti nell'ambulatorio medico. Famiglie che non hanno i soldi per far fronte alle spese vive, bollette, affitto, rate del mutuo, dell'asilo: costi difficilmente contraibili, motivo per cui le famiglie si vedono costrette a risparmiare su altre voci come l'istruzione, la salute ed anche il cibo, con conseguenze sul lungo periodo che possono essere drammatiche», spiega don Roberto Davanzo, direttore della Caritas Ambrosiana”.

Ma anche l'assessore all'Educazione del Comune di Milano, Francesco Cappelli, denuncia come molti bambini riescano a mangiare un pasto completo solo alla mensa scolastica.

«Nella città che si prepara ad ospitare l'Expo dedicata all'alimentazione, stiamo vivendo un'emergenza economica, che richiede interventi strutturali - punta il dito don Davanzo - Non è possibile che un terzo dei cittadini più poveri sia costretto a rinunciare, almeno una volta al mese, a fare la spesa al supermercato per pagare la luce». (la Repubblica, 1 novembre 2013)

Anche il rapporto 2013 di *Save the Children, Italia SottoSopra*, conferma la situazione dell'infanzia in Italia e parla di oltre un milione di bambini che vivono in povertà assoluta:

*«Il 22,2% di ragazzini è in sovrappeso e il 10,6% in condizioni di obesità: il cibo buono costa e le famiglie con figli hanno ridotto i consumi e gli acquisti (-138 euro in media al mese), anche alimentari; 1 bambino su 3 non può permettersi un apparecchio per i denti. 11 euro mensili il budget delle famiglie più disagiate con minori, per libri e scuola, una cifra 20 volte inferiore a quella del 10% delle famiglie più ricche» [...]. Il rapporto *Italia SottoSopra* evidenzia in modo chiaro e inequivocabile come la povertà «nel suo senso più ampio - basso reddito, disoccupazione, mancanza di supporti emotivi e psicologici, mancanza di protezione ambientale» sia il "determinante di salute" con il maggior impatto negativo sulla speranza di vita e sulla salute media.*

Molti studi, rileva il rapporto, mettono in relazione indirettamente proporzionale il livello di istruzione della madre con l'incidenza di alcune malattie dei figli, tra cui l'obesità: *“Al crescere dell'istruzione da parte delle madri - dichiara Raffaella Milano, Direttore Programmi Italia-Europa Save the Children Italia - aumenta il loro grado di consapevolezza sul reale stato di salute dei figli e ciò costituisce un fattore importante di prevenzione e riduzione del rischio”.*

La crisi in Italia è una tenaglia che stringe bambini e adolescenti: oltre un milione in povertà assoluta

Il rapporto di Save the Children "L'Italia Sottosopra". Un milione e 344 mila in condizioni di disagio abitativo; 650.000 in Comuni in default o sull'orlo del fallimento; 138 euro al mese il taglio dei consumi nelle famiglie con bambini; 11 euro il budget familiare mensile per libri e scuola e 23 euro per tempo libero, cultura e giochi

Lo leggo dopo | 10 dicembre 2013

Articoli Correlati

Lombardia, 150mila bambini vivono nella povertà

Save the Children: in Campania 130mila minorenni poveri

768

Consiglia

Condividi

Tweet

11

G+

3



ROMA - Una tenaglia di povertà e deprivazione, che giorno dopo giorno stringe ai fianchi sempre più bambini e adolescenti, costringendoli a vivere un presente con pochissimo "ossigeno": cibo al discount, pochi o nessun libro, scuola solo la mattina senza neanche un'ora in più per attività di svago e

(Repubblica.it, 10 dicembre 2013)

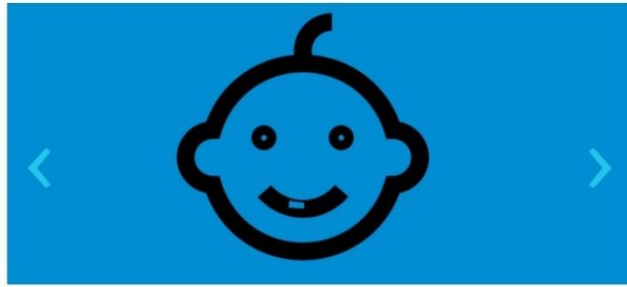
Se il presente dell'infanzia e delle giovani generazioni in Italia è quello descritto da rapporti autorevoli, sebbene non governativi, come quello di *Save the Children*, si proietta un'ombra molto cupa sulle opportunità offerte alle future generazioni. Forse non ve ne saranno molte, certamente non per tutti, sicuramente per le classi più agiate, sicuramente non sarà un futuro contrassegnato da generazioni in piena salute. Ecco altri articoli che parlano ancora di salute dell'infanzia:

Ultima generazione con denti più deboli, aumentano le carie nei bambini

Negli ultimi 5 anni le carie nei bambini sono aumentate del 15% in Italia e un bambino su cinque viene colpito da una lesione traumatica dei denti permanenti prima di lasciare la scuola, con una prevalenza che varia dal 10 al 51 per cento. Un aumento causato anche dalla crisi economica che costringe molte famiglie a rinunciare alle cure ed anche alla prevenzione. Ma gli esperti lanciano l'allarme anche per la diffusione di una patologia emergente: l'ipomineralizzazione dei denti. Negli ultimi 10 anni si è passati da un'incidenza del 4% all'attuale 40% dei bambini visitati dall'odontoiatra. In occasione del primo convegno nazionale della Società italiana di odontoiatria infantile (Sioi), abbiamo chiesto a Raffaella Docimo, presidente Sioi, e a Piero Altieri, della Commissione internazionale della Sioi, quali siano le regole da seguire per una buona prevenzione dentale nell'infanzia e come affrontare i primi problemi dentistici dei nostri figli

a cura di IRMA D'ARIA

Lo leggo dopo



(Repubblica.it, 7 luglio 2014)

Crisi, la povertà riguarda oltre 300 mila bambini in Italia

Il VII Rapporto sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza. Un lavoro redatto ogni anno da 87 associazioni del terzo settore che si sono riunite nel network CRC, il Gruppo di Lavoro per la Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, coordinato da Save the Children

di CINZIA GUBBINI



Lo leggo dopo

18 giugno 2014



ROMA - In un anno - tra il 2011 e il 2012 - più di 300 mila minori sono diventati poveri in Italia. E il dato, ovviamente collegato alla crisi economica, è però collegato anche al continuo drenaggio di fondi dalle politiche per l'infanzia e l'adolescenza. E' questo uno dei messaggi più forti che emerge dal VII Rapporto sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia. Si tratta di un poderoso lavoro redatto ogni anno da 87 associazioni del terzo settore che

si sono riunite nel network CRC, il Gruppo di Lavoro per la Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, coordinato da Save the Children. Pur essendo un rapporto totalmente a carico dell'associazionismo è ad oggi l'unico monitoraggio annuale sulle condizioni dei bambini, mancando - come sottolinea il CRC - una adeguata rilevazione dei dati da parte delle istituzioni. Solo una spia di quella "disattenzione politica" ai temi dell'infanzia lamentata dalla coordinatrice Arianna Saulini.

(Repubblica.it, 18 giugno 2014)

Il rapporto *Save the Children* del 2014 rimarca come la crisi economica sia il fattore che più incide sulla situazione e sulle opportunità offerte ai bambini: mamme che rimangono senza lavoro e che rinunciano perciò ad avvalersi del servizio di asilo nido perché troppo caro.

Pur essendo un rapporto totalmente a carico dell'associazionismo è ad oggi l'unico monitoraggio annuale sulle condizioni dei bambini, mancando una adeguata rilevazione dei dati da parte delle istituzioni. Solo una spia di quella "disattenzione politica" ai temi dell'infanzia lamentata dalla coordinatrice Arianna Saulini. [...]

«In mezzo a tanti calcoli rimangono i diritti dei bambini: perché, come ha ricordato il pediatra Giorgio Tamburlini, presidente del Centro per la salute del bambino: "I primi tre anni durano tutta la vita. Uguali opportunità, sviluppo del capitale umano e sviluppo sociale sono edifici che si costruiscono solo se si gettano le fondamenta in questa fascia di età".»

L'articolo mette in relazione la precarietà lavorativa dei genitori, legata alla crisi economica, con la difficoltà a garantire un contesto sereno e costruttivo per i propri figli. Spicca la pressoché totale assenza dello Stato, che non ha adottato né con l'attuale Governo né con i precedenti, adeguate politiche di sostegno alla famiglia e alle donne che lavorano.

la Repubblica

Quotidiano | Data 20-11-2014
Pagina 56/57
Foglio 1 / 4

Piccoli eroi

Compie 25 anni la Convenzione approvata dall'Onu per garantire all'infanzia e all'adolescenza una vita sana, protetta e libera. Anche se resta ancora molto da fare, numerosi e importanti obiettivi sono stati raggiunti. Grazie al lavoro di organizzazioni internazionali come Unicef

Secondo Unicef il 16% dei giovanissimi italiani vive in uno stato di privazione materiale. Mancano persino del giusto apporto di proteine che 20 anni fa era scontato ricevere



(la Repubblica, 20 novembre 2014)

L'articolo che, il 20 novembre, ricorda l'anniversario della Convenzione approvata dall'ONU sui diritti dell'infanzia, espone sì i dati relativi alle condizioni dei bambini e degli adolescenti che vivono nel Sud del mondo, ma anche le allarmanti carenze alimentari per molti bambini dei Paesi benestanti. Secondo l'Unicef, al 16% dei bambini italiani non è garantita una dieta con un sufficiente apporto proteico, soprattutto nel caso di bambini figli di immigrati.

«E allora come far fronte a queste nuove criticità? «Continuando ad applicare la Convenzione, che non ha perso la sua attualità», sostiene il presidente di Unicef Italia. «Ricordandoci che il progresso dei nostri figli sarà sempre più legato a quello dei figli dei Paesi più poveri. E iniziando ad ascoltare di più i bambini, a decidere con loro e non solo per loro». Del resto all'articolo 12 della Convenzione c'è anche il diritto all'ascolto. E forse non tutti lo ricordano».

Per ricordare l'anniversario, l'articolo si limita a un asciutto report di cronaca e non ha il sapore di una denuncia sociale. L'approfondimento tematico è lasciato, come sempre avviene per temi di questa portata, a esperti come la già citata Chiara Saraceno che, a 25 anni dalla Convenzione, nell'articolo insiste sul nesso tra povertà e salute dei bambini. Inoltre fa un bilancio di quanto i diritti sanciti da questo accordo vengano effettivamente applicati.

3.1.1.4 Sanità e spesa per la salute

Prendendo come criterio la priorità e quindi analizzando le prime pagine di *Repubblica*, troviamo tre articoli tra il 2013 e il 2015 che si occupano del tema salute-crisi economica. Il primo parla di “solidarietà abitativa” tra condomini, una pratica che sembra sempre più diffusa in tutta la Penisola, dove «*Il 62% organizza attività solidali e tra i vari motivi che spingono all'acquisto in comune al primo posto c'è la salute*».

Colf, spesa e idraulico in comune benvenuti nel condominio-famiglia

Da Bologna a Messina decine di palazzi dividono i costi. E li dimezzano

(la Repubblica, 28 marzo 2013)

La crisi economica sembra far riscoprire i valori della relazione umana, della solidarietà, del fare rete per un sostegno materiale. Ognuno mette a disposizione le proprie competenze, facendosi ripagare anziché in denaro con altri favori in caso di analoghe difficoltà. Un'economia del baratto che fa di necessità virtù. La visione che offre l'articolo: in condizioni di disagio sociale e di solitudine, la sensazione di non avere nessuno su cui contare può peggiorare l'indigenza e la fragilità di molte fasce di popolazione, dai giovani, agli anziani, ai disoccupati.

Nel 2014 *la Repubblica* dedica un articolo di prima pagina al ridimensionamento del ruolo del personale all'interno dei reparti ospedalieri, in cui i tagli alla Sanità hanno ridotto in maniera drastica il numero dei primari: «*Dal 2009 al 2012 sono spariti quasi il 15% dei direttori di unità operativa. In assoluto se ne sono persi 1.300, passando da 9.500 a 8.200*» delegando alla figura del primario “facente funzione” (abbreviato f.f.) la responsabilità della gestione del reparto. Si parla di un medico già in organico all'unità operativa che non ha assunto tale incarico per concorso e senza lo stipendio di un primario. «*Qualcuno resta anche anni a svolgere questo ruolo*» – dichiara Michele Cozza della Cgil medici – «*E a noi non va bene. Queste figure dovrebbero essere a termine. Si tratta di professionisti che non hanno le garanzie di un primario, vivono nell'incertezza della conferma. I reparti hanno invece bisogno di una guida stabile per funzionare bene*». I tagli alla Sanità non rappresentano una soluzione per rendere più efficiente il sistema e favoriscono ulteriormente la precarietà, in un contesto dove invece dovrebbe essere garantita la massima continuità di assistenza.

La prima pagina del 2015 dedicata a salute e crisi economica, descrive la situazione di uno dei baluardi ospedalieri del meridione, l'ospedale “Cardarelli” di Napoli. Un articolo del 19 febbraio 2015 (*Repubblica.it*), documenta con un video quello che una donna intervistata definisce “il lazzaretto Cardarelli”, dove decine di malati in Medicina d'Urgenza sono parcheggiati in corridoio: «*I medici non possono lavorare, i malati non li puoi seguire perché sono talmente tanti... Sta chiuso il “San Gennaro”, sta chiuso “Gli Incurabili”, hanno chiuso quasi tutta “l'Ascalese”. Non possono rifiutare i codici rosso perché non li possono rifiutare, ma non li possono gestire*». A questo articolo fa seguito, dopo due giorni, un commento di Paolo Frascani, Docente di Storia economica e sociale presso l'Istituto Universitario Orientale di Napoli.

«Sanità allo sfascio.[...] È difficile [...] non soffermarsi sul dramma di chiunque, senza distinzioni di età o di ceto, debba ricorrere alle cure d'urgenza e, nello stesso tempo, non prendere in considerazione il disagio di chi si trova a operare in simili condizioni. Bisogna andare oltre l'emergenza. Le cause di questa disfatta sono ormai note: in Campania la voragine aperta dal deficit sanitario è stata colmata con costi sociali elevatissimi, chiudendo la stagione degli sprechi e ridisegnando la logistica dei servizi con tagli e risparmi che hanno colpito sia i pazienti che gli operatori sanitari. La crisi economica ha fatto il resto modificando l'"aspettativa" di cura di strati sociali sempre più impoveriti. [...] Tutto questo mostra da una parte la "resistenza" a riformare il "sistema", e, dall'altra, una esasperata tendenza alla burocratizzazione della figura del medico. La medicina, presa tra i due fuochi della regolamentazione dall'alto e della pressante e ansiosa domanda di cura dal basso, vive un momento professionalmente difficile e socialmente problematico. Paradossalmente sconta, in una stagione di crescenti successi scientifici, una crisi di credibilità che si configura come perdita di autonomia sul posto di lavoro e, allo stesso tempo, ridimensionamento di poteri e ruoli sociali. Il passaggio è doloroso e produce ricadute sociali e culturali che vanno approfondite».

Un'altra situazione locale che riguarda il Veneto veniva descritta da *la Repubblica* nell'aprile del 2013:

«Sono i dati sui ticket sanitari a raccontarlo. Nel 2012, tra attività pubblica e convenzionata, l'incasso per le Regioni è stato di 2 miliardi e 285 milioni, cioè 549 milioni in meno di quanto era previsto. E siccome in media un italiano spende 150 euro all'anno in ticket, significa che 3,6 milioni di persone hanno rinunciato a pagarli. Qualcuno si è rivolto alle cliniche private, qualcun altro è entrato tra gli esenti per reddito ed età (guadagnano meno di 36 mila euro e hanno più di 65 anni). Ma la metà di loro, 1,8 milioni, hanno proprio rinunciato a curarsi perché pur non essendo esenti non hanno i soldi per pagarsi il ticket. Esodati.

Si tratta di numeri, dietro i quali ci sono i malati e le loro storie. «I medici di medicina generale - denuncia Luca Coletto, Assessore alla Salute del Veneto - mi dicono che i loro assistiti non hanno soldi. O mangiano o si curano». [...]

Sostiene Coletto che «la metà di quelli che non si rivolgono più alle strutture pubbliche lo fa perché non se lo può permettere. Quindi non si cura. Del resto il sistema dei ticket così com'è non funziona». Una ricerca interna commissionata da tutte le Regioni per spiegare cosa sta succedendo negli ambulatori, si conclude così: «La riduzione è dovuta ad un effetto generale della crisi economica e della scarsità di risorse in sanità ed è probabilmente indotta più dall'offerta che dalla domanda, dal probabile trasferimento

verso gli acquisti privati dovuto alla popolazione benestante, dall'allontanamento dalle prestazioni per soggetti per i quali il pagamento del ticket creava delle difficoltà». Il secondo punto fa luce su un altro effetto importante della tassazione sempre più alta. Ormai in tutte le Regioni ci sono privati sanitari che offrono visite, esami e analisi a prezzi concorrenziali con quelli delle Asl, in certi casi inferiori. E così si finisce per scegliere queste strutture, dove la risonanza costa 80-100 euro, poco di più del ticket, o dove la visita cardiologica te la fanno con 35 euro, cioè come nel pubblico. E in più i tempi di attesa sono sensibilmente ridotti». (*La Repubblica*, 26 aprile 2013)

Fanno da eco due brevi articoli di Guglielmo Pepe nei giorni successivi, all'indomani dell'insediamento di Beatrice Lorenzin a Ministro della Salute. Ne *“Il diritto alla cura”* si sottolinea forse l'ovvio per lanciare una facile provocazione alla neoministra:

Gli «italiani che rinunciano a curarsi sono milioni. Come scriviamo da tempo, la crisi economica mette alla prova uno dei nostri diritti fondamentali. I cittadini devono misurarsi con i tagli, che incidono sulle prestazioni (riducendo l'accesso alle terapie), e con l'aumento dei costi dei servizi, come i nuovi ticket che entreranno in vigore il prossimo gennaio per portare due miliardi di euro nelle casse statali. [...] Nessuno nasce ministro. E non è detto che un tecnico sia migliore di un politico. Tuttavia governare la salute degli italiani richiede preparazione. Lorenzin magari diventerà una brava ministra. Ma adesso deve studiare. E molto. (*la Repubblica* 30 aprile 2013, pag. 27, sez. SALUTE)

In *“È fallito il federalismo sanitario”* è sotto la lente di ingrandimento la riforma federalista del sistema sanitario italiano: già prima sofferente di gravi disparità, soprattutto tra nord e sud, ora le diseguaglianze paiono ricevere una sorta di certificazione governativa:

«ad aggravare la qualità della sanità pubblica ha contribuito persino il Federalismo, contraddicendo il disegno originario secondo cui ci sarebbe stato un miglioramento per la salute di tutti. Invece- come sostengono Cittadinanza attiva e la stessa Agenas (agenzia nazionale-regionale) - le diseguaglianze territoriali sono sempre più marcate. Infatti la maggioranza degli italiani ritiene che la gestione deve ritornare nelle mani dello Stato centrale. La neo ministra della Salute, Lorenzin, dice che il nostro Ssn dovrebbe competere in Europa. Già. Ma forse sarebbe prioritario renderlo competitivo e paritario qui da noi, visto che il 74% della gente del Sud ha difficoltà di utilizzo delle

prestazioni. Se all' inizio del Novecento si andava all' estero per lavorare, oggi si emigra in Italia per avere cure decenti. Non è un gran progresso». (*la Repubblica 14 maggio 2013 pag. 27, sez. SALUTE*)

3.1.1.5 In tempo di crisi economica aumentano i suicidi?

Il 2012 e il 2014 sono gli unici anni in cui *Repubblica* riporta casi di suicidio: 13 articoli da gennaio 2012 a ottobre 2014, ma altri 19 evidenziano l'aumento delle patologie depressive. In realtà, una ricerca per parole chiave *suicidio-crisi economica* rileva molti più articoli che mettono in relazione questa tragica scelta all'insostenibilità dei debiti di alcuni imprenditori, sia con i fornitori ma, soprattutto, con Equitalia a cui si somma l'insolvenza dei creditori.

Alcune analisi si sono soffermate sul fatto che dal 2010 l'Istituto nazionale di statistica (Istat) ha smesso di rilevare i decessi per suicidio. In un comunicato stampa, l'Istat chiarisce, prima di tutto, come “per l'Organizzazione Mondiale della Sanità la prevenzione del suicidio è una delle priorità di sanità pubblica da perseguire”¹⁹, inoltre spiega le ragioni che hanno portato a cambiare metodologia di rilevazione del fenomeno: la difficoltà stessa a individuare quando la causa di morte è il suicidio, capirne poi i motivi, la non sempre facile comparabilità delle fonti utilizzate – giudiziarie e ospedaliere – e la necessità di adeguarsi a standard europei. Questo ha portato l'Istituto di Statistica a includere “*nelle proprie pubblicazioni i dati sui suicidi provenienti esclusivamente dalla rilevazione sui “Decessi e cause di morte”, come già avviene negli altri Paesi europei*”²⁰.

Nell'aprile 2012 è accaduto un fatto clamoroso e che dà luogo a un movimento spontaneo di indignazione. Un artigiano bolognese si è dato fuoco nella sua macchina davanti all'Agenzia delle Entrate perché non era in grado di pagare le imposte di cui risultava debitore. Dopo questo fatto, la moglie, Tiziana Marrone, ha dato vita a un tam-tam mediatico che ha visto confluire spontaneamente a Bologna centinaia di donne con analoghi vissuti in una manifestazione davanti all'agenzia di riscossione.

¹⁹ <http://www.istat.it/it/archivio/68812> (link consultato il 28 agosto 2016)

²⁰ *Ibidem*



«Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, almeno 800.000 persone si tolgono la vita ogni anno. Ma solo 28 paesi hanno strategie nazionali per prevenire questa emergenza mondiale sulla quale pesano ancora stigma e tabù. In Italia aumentano i decessi legati alla crisi economica.

Al mondo si registra un suicidio ogni 40 secondi. Secondo le stime dell'Onu si tratta di una grande tragedia, ma evitabile. Uno studio pubblicato dall'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) a tre settimane dal suicidio di Robin Williams, si stima che in tutto il mondo almeno 800.000 persone si tolgono la vita ogni anno. In Italia nel 2012, 4.000 persone si sono tolte la vita. La presentazione del rapporto Oms, a Ginevra, arriva alla vigilia della Giornata Mondiale per la Prevenzione del Suicidio, prevista per il 10 e 11 settembre, con varie iniziative anche in Italia. Circa il 75% del totale dei suicidi, sottolinea l'Oms, avviene nei Paesi a basso e medio reddito. In Italia la situazione è peggiorata per la crisi economica». (Repubblica.it, 04 settembre 2014)

Il problema dei suicidi legati alla crisi economica non è solo italiano, è una questione globale e secondo l'Oms il suicidio è la seconda causa di morte tra i 15 e i 29 anni. La cronaca riportata da *Repubblica* è piuttosto puntiforme, con il racconto di casi da varie città, come Genova, dove Marco Preve, autore tra l'altro del libro *Il partito della polizia*, racconta di come «C'è un indicatore che raramente, e nel caso con forte disagio, viene utilizzato da politici e amministratori quando si tratta fare il punto sulla situazione socio economica di una comunità. E' il tasso dei depressi, da cui deriva anche quello dei suicidi». Da un altro punto di partenza, anche la

giornalista Valeria Pini racconta lo stesso problema sotto il profilo scientifico, con l'intervento di alcuni psicanalisti in occasione di un congresso nazionale:

«Crisi e disoccupazione. Persone che perdono il lavoro o che sanno che non lo troveranno mai. Imprenditori che non sanno più come andare avanti e decidono di togliersi la vita. E' facile scivolare nella depressione quando si perde il filo della propria vita. Uomini e donne che nel giro di pochi mesi diventano "poveri". Padri di famiglia che non sanno come dare un futuro ai propri figli. Quando l'economia va male, tutto si complica. I disagi aumentano e c'è chi si ammala». (Repubblica.it, 25 maggio 2012)



Effetto crisi

Almeno diecimila suicidi verificatisi in Europa, Canada e Stati Uniti tra il 2008 e il 2010 sarebbero da attribuire alle conseguenze della crisi economica. L'incremento della disoccupazione sembra colpire, dal punto di vista psicologico, soprattutto i quaranta-cinquantenni: un'indagine coordinata da Caroline Coope, infermiera ricercatrice presso la Scuola di medicina sociale dell'Università di Bristol (Regno Unito), ha dimostrato che rimanere a lungo senza lavoro è un fattore di rischio particolarmente incisivo per le persone appartenenti alla fascia d'età compresa tra i trentacinque e i quarantacinque anni, mentre sui più giovani peserebbero

la Repubblica

maggiormente i debiti e le difficoltà abitative. Gli effetti negativi sulla salute mentale sono più evidenti nei primi cinque anni di disoccupazione, ma persistono anche a lungo termine. Anche nel nostro Paese la crisi ha colpito duramente: secondo i dati diffusi dalla Link Campus University di Roma i suicidi per motivi economici sono cresciuti, dal 2012 al 2013, del 67% soprattutto tra gli imprenditori e i disoccupati. Il sociologo Aaron Reeves e i suoi collaboratori (Oxford) hanno registrato notevoli differenze nel tasso di suicidi tra i diversi Paesi colpiti dalla crisi giungendo alla conclusione che le decisioni operate in materia di politiche sociali dai singoli Stati possono risultare cruciali. In Svezia e in Finlandia i suicidi non sono aumentati e in Austria il tasso di suicidi è addirittura sceso.

(f. c.)

(La Repubblica, 21 ottobre 2014)

Che la crisi abbia un risvolto sulla sfera psichica, lo conferma anche uno studio dell'Istat "Tutela della salute e accesso alle cure", di cui si parla nella sezione *Economia* di *Repubblica.it* il 10 luglio 2014 nell'articolo *La crisi peggiora la salute mentale: in Italia 2,6 milioni di depressi*:

«La crisi fa male alle tasche degli italiani, ma soprattutto alla loro salute mentale. Lo afferma un'indagine dell'Istat secondo cui la salute fisica rimane stabile, ma "la depressione è il problema mentale più diffuso e riguarda 2,6 milioni di persone con prevalenze doppie tra le donne in tutte le età". Secondo il documento presentato dall'Istituto di Statistica, l'indice che definisce la salute mentale è sceso di 1,6 punti nel 2013 rispetto al 2005, in particolare per i giovani fino a 34 anni (-2,7 punti), soprattutto maschi, e gli adulti tra 45-54 anni (-2,6). Ancora maggiore il calo per la popolazione straniera, dove arriva tra le donne a 5,4 punti. Secondo i dati del Censis, nell'ultimo decennio sono stati persi 2,3 milioni di posti di lavoro tra chi ha meno di 35 anni». (La Repubblica, 10 luglio 2014)

Il quotidiano riporta anche un dato piuttosto sconcertante, emerso durante il Congresso dell'Associazione europea di psichiatria nel marzo 2015 a Vienna: *Disturbi mentali, colpiti 164 milioni di europei: solo 1 su 3 si cura*. Ciò evidenzia da un lato la stigma sociale che ancora circonda il malato psichiatrico, ma soprattutto come lo stesso malato, per ragioni culturali ed economiche, non abbia la consapevolezza della malattia o l'opportunità di curarsi in modo adeguato.

«Solo in Italia il problema riguarda 17 milioni di persone. Un problema, quello legato alla salute mentale, che sta assumendo sempre di più i contorni di una questione di sanità pubblica: entro il 2030, avvertono gli esperti, le patologie psichiatriche saranno infatti le malattie più frequenti a livello mondiale. Ed ancora: i disturbi mentali contribuiscono al 26,6% della disabilità totale [...]. Tali disturbi, spiega lo psichiatra Claudio Mencacci, direttore del Dipartimento di Neuroscienze dell'Azienda ospedaliera Fatebenefratelli di Milano, "non hanno tutti la medesima gravità. Spicca tuttavia il trend in costante crescita per queste patologie e, soprattutto, per tre tipi di disturbi". Si tratta, chiarisce, "della depressione (che interessa circa il 7,2% della popolazione europea), dei disturbi cognitivi come l'Alzheimer (3,5%) e dei disturbi legati all'abuso di alcol (3,4%). Altre patologie in aumento sono anche i disturbi da panico e del sonno. [...] Solo 1 persona su 3 affetta da disturbi mentali si cura ed assume i farmaci appropriati e, complessivamente, meno del 10% di tali soggetti arriva da uno specialista". Ma quali sono le cause alla base dell'esplosione dei disturbi della psiche?

Sicuramente, afferma Mencacci, "un impatto importante ha avuto, negli ultimi anni, la crisi economica, che ha portato ad uno scadimento della qualità della vita ed un aumento della disoccupazione. La conseguenza è stato appunto il forte aumento del consumo di alcol, della depressione e dei disturbi da panico"».

3.1.2. **Avvenire**

La scelta di prendere in considerazione la visione del mondo cattolico rispetto all'attuale situazione di crisi economica e di accesso alle cure da parte dei cittadini nasce dal fatto che si è voluto trattare il tema da un punto di vista non marginale. La cura del malato e del sofferente ha sempre fatto parte della cultura religiosa cristiana:

«La Chiesa nel corso dei secoli ha fortemente avvertito il servizio ai malati e sofferenti come parte integrante della sua missione e non solo ha favorito fra i cristiani il fiorire delle varie opere di misericordia, ma ha pure espresso dal suo seno molte istituzioni religiose con la specifica finalità di promuovere, organizzare, migliorare ed estendere l'assistenza agli infermi. [...] Essa ritiene che la medicina e le cure terapeutiche abbiano di mira non solo il bene e la salute del corpo, ma la persona come tale che, nel corpo, è colpita dal male. La malattia e la sofferenza, infatti, non sono esperienze che riguardano soltanto il sostrato fisico dell'uomo, ma l'uomo nella sua interezza e nella sua unità somatico-spirituale. È noto del resto come talora la malattia che si manifesta nel corpo abbia la sua origine e la sua vera causa nei recessi della psiche umana»²¹.

L'analisi del quotidiano fondato nel 1968 da Paolo VI, i cui lettori sono in gran parte abbonati come si scopre dal sito web, ricopre il medesimo arco temporale che si è utilizzato per *la Repubblica*, dal 1 gennaio 2012 al 30 giugno 2015.

Con la combinazione *austerity-salute* (austerity AND salute) sono stati registrati in tutto 18 articoli, mentre 181 con l'accoppiata *salute-crisi economica* (salute AND crisi AND economica).

²¹ Giovanni Paolo II, *Motu Proprio. Dolentium Hominum* (http://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/it/motu_proprio/documents/hf_jp-ii_motu-proprio_11021985_dolentium-hominum.html, (link consultato il 09/12/2015))

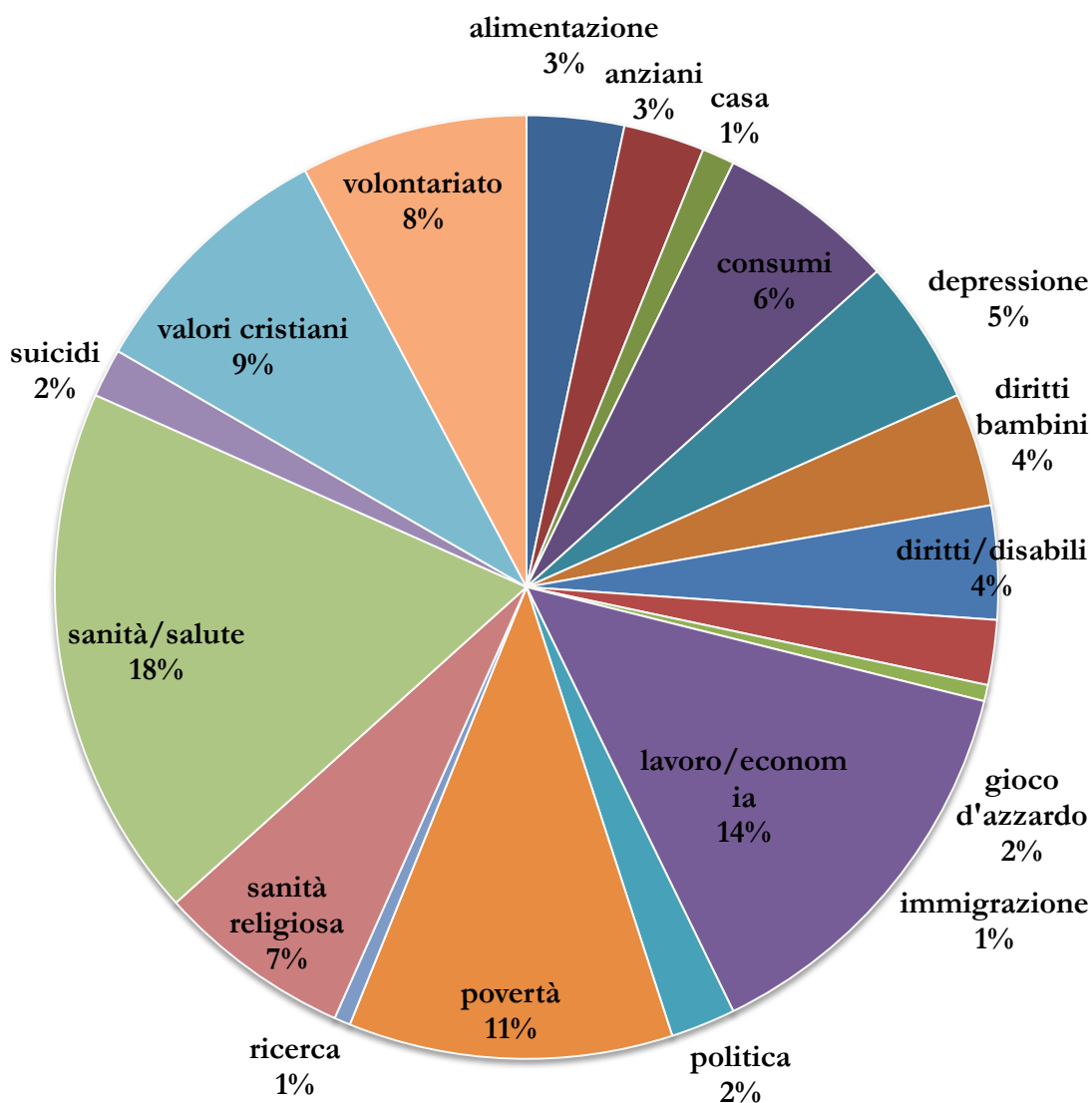


Grafico 6. La distribuzione degli argomenti su *Avvenire*

I temi individuati nella lettura degli articoli sono simili a quelli di *la Repubblica*, ma con l'aggiunta di peculiarità specifiche legate alla sfera valoriale cristiana. Tra questi, la sanità gestita dagli istituti religiosi, il legame tra salute riproduttiva ed etica cattolica, il forte apporto del volontariato nell'attività sociale della Chiesa, con in prima linea la Caritas.

Anche qui, tuttavia, il lavoro e la situazione economica copre il 14% delle notizie. A seguire, la povertà, con l'11%. La sanità laica, ossia il Servizio Sanitario Nazionale, copre invece il 18% dell'informazione, costituendo assieme a quella gestita da istituti religiosi la maggior quota di notizie, ovvero il 23% del totale. Sul tema dei diritti, siamo a pari quota tra quelli dei bambini e dei disabili, un tema quest'ultimo molto sentito dai lettori di *Avvenire*. Non manca il gioco d'azzardo, il suicidio e la

depressione, che assieme formano il 9% dell'informazione nell'ambito salute. Agli anziani è dedicato un 3% di spazio sul quotidiano cattolico.

Su *Avvenire* si trova una modesta presenza del termine *austerity* e, comunque, in relazione ad articoli di tema politico-economico. Il più paradigmatico, forse anche per un certo cinismo, si intitola *Il premier greco: l'austerità? Un successo:*

«Samaras ricorda che “se una società non è in grado di riformarsi sarà destinata a fallire sul lungo periodo. Ma se si riforma troppo in fretta non sarà in grado di sostenere” il peso degli effetti di quelle stesse riforme. È dunque tramontata l'ipotesi di una 'Grexit', cioè di un'uscita della Grecia dalla moneta unica? “Stiamo vivendo una 'Greecovery’”, una ripresa e “non vedo affatto la possibilità di una exit strategy dall'euro” è la risposta del premier greco in casa tedesca. “Vedo Paesi che vogliono entrare nell'euro, nessuno che lo vuole lasciare”» (24 novembre 2013)

Dalla lettura degli articoli emergono molti temi, che qui elenchiamo:

- alimentazione
- anziani
- casa
- consumi
- depressione
- diritti
- disabilità
- gioco d'azzardo
- immigrazione
- istituzioni sanitarie di matrice religiosa
- lavoro
- politica
- povertà
- ricerca
- salute
- sanità pubblica (SSN)
- suicidi
- valori cristiani
- volontariato

Sul tema salute-crisi economica, un articolo del 5 dicembre 2012 fa un punto molto chiaro della situazione, mettendo a confronto la spesa sanitaria sostenuta dalle strutture convenzionate, dove una parte del costo è sostenuta dal cittadino e una parte dallo Stato. Fin dal titolo evidenzia una forte divergenza tra capo dello Stato, Giorgio Napolitano, e il premier Mario Monti: *«Spesa sanitaria da rimodulare». Il premier Monti: saranno necessari degli adattamenti. Il presidente Napolitano: ma la salute non è un lusso.*

«Sono strade parallele quelle imboccate dai due presidenti che quando parlano di ospedali e cure non riescono a trovarsi in sintonia perché la Costituzione «tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo», ma la crisi economica e il deficit spingono a limitare le spese anche là dove i tagli possono ridurre i servizi essenziali e mettere a rischio il welfare».

Secondo i dati dell'articolo, il cittadino italiano è disposto a pagare quando si tratta della propria salute:

«Nell'85% dei casi, non interessa chi eroga il servizio, basta che sia vicino alla propria casa, con un breve tempo di attesa e con un alto standard di qualità. [...]

Il privato copre un quarto delle prestazioni complessive a fronte del 15% dell'intera spesa. In sostanza, cioè, gli ospedali privati ricevono fondi pubblici per 8,9 miliardi di euro contro i 51 miliardi delle strutture pubbliche ed erogano il 26,9% delle giornate di degenza (oltre 18 milioni contro gli 51 delle strutture statali). Il giudizio complessivo, in ogni modo, salva entrambi: il 92% dei 4mila intervistati è soddisfatto delle cliniche accreditate così come l'88% lo è degli ospedali pubblici».

Il motivo principale del ricorso all'assistenza privata o in convenzione sono i tempi di attesa sempre più lunghi del Servizio sanitario nazionale (SSN), mentre in regime di convenzione si può accedere al servizio anche dopo pochi giorni:

«Servizio sanitario pubblico sempre più caro per colpa dei ticket, tanto che ormai gli italiani sono sempre più spinti verso il privato. A lanciare l'allarme sui frutti (avvelenati) dell'austerità sanitaria, che sta portando al taglio non solo dei finanziamenti ma dei servizi è il Rapporto Oasi 2012, presentato dalla Fiaso [Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere]» (*Avvenire*, 20 marzo 2013).

Se da un lato c'è una cronaca che registra la capacità di una certa parte della società di sostenere di tasca propria le cure, dall'altra ve ne è un'altra dove, invece, a causa della *Crisi, le donne rinunciano a curarsi* (20 dicembre 2012) per investire sulla salute dei figli e della famiglia. Questo, secondo lo studio dell'Osservatorio Onda (Osservatorio nazionale sulla salute della donna) e Farindustria, ha come conseguenza una carenza di screening fondamentali per la salute femminile (mammografia e pap-test) anche quando offerti gratuitamente.

Altro tema, molto trattato dal quotidiano, è quello della salute degli immigrati irregolari, accolti nei Centri di identificazione ed espulsione (CIE), dove la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (Simm) vuole «dare il [suo] contributo perché il dettato costituzionale – che ha identificato la salute come un diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività, garantendolo a tutti senza discriminazioni – sia rispettato e praticato su tutto il territorio nazionale» (*Avvenire*, 14 ottobre 2012).

La salute degli anziani e il loro ruolo nel welfare sociale compare spesso sulle pagine di *Avvenire* sia perché il quotidiano identifica in questa fascia di età la categoria che dà uno dei maggiori contributi alla coesione familiare, supportando figli e nipoti, sia anche per la purtroppo sempre minore capacità di sostenere le spese sanitarie personali: *Gli over 65 rinunciano alle cure e tagliano sui farmaci* (15 febbraio 2013)

«La crisi economica svuota i portafogli ma fa male anche alla salute. Soprattutto quella dei più anziani. Il 20% dei 9 milioni di italiani che secondo il Censis lo scorso anno sono stati costretti a rinunciare ad accedere ad alcune prestazioni sanitarie per motivi economici, ha infatti più di 65 anni. Anziani che, sempre per la crisi, hanno ridotto anche l'acquisto di farmaci pagati direttamente di tasca propria. [...] Le cure che più spesso vengono rimandate per mancanza di soldi? Le prestazioni diagnostiche e le visite specialistiche. Così le persone anziane che hanno bisogno di servizi socio-sanitari si sono rassegnati alle lunghe liste di attesa in strutture pubbliche o convenzionate, mentre in altri tempi avrebbero fatto ricorso alle strutture private, pagando interamente di tasca propria la prestazione».

Altro tema è il gioco d'azzardo, spesso preso in considerazione nella cronaca del quotidiano cattolico. In tempi di crisi economica, la ludopatia è riconosciuta come una delle patologie che colpisce i soggetti più vulnerabili: disoccupati o persone con fragilità pregresse. *Avvenire* prende posizioni molto nette sull'argomento. Dopo la

sparatoria davanti a Palazzo Chigi ad opera di Luigi Preiti, che ha causato il grave ferimento del brigadiere Giuseppe Giangrande, si scopre che il gioco d'azzardo aveva sopraffatto e rovinato la vita dell'attentatore.

«C'è un cortocircuito fra alcuni cittadini, ingenerato dal disagio che cerca una compensazione nel gioco d'azzardo. Ma quest'ultimo diventa ossessione e ingenera un disagio ancora più grande». Lo dice Renato Balduzzi, ex ministro della Salute, che ricorda come il problema della dipendenza dalle scommesse possa aver contribuito a scatenare il comportamento patologico di Preiti. [...] Chissà quanti altri Luigi Preiti stanno affidando gli ultimi spiccioli a una qualche macchinetta mangiasoldi. E saranno sempre di più se, in mancanza di una seria regolamentazione, si arriverà addirittura ad aprire mille sale per il poker dal vivo. Un pericolo scongiurato alcuni mesi fa grazie alle inchieste di *Avvenire*, con cui è stato smascherato il tentativo di occultare dentro a un pacchetto di norme economiche, quella che avrebbe consegnato definitivamente l'Italia ai biscazzieri». (*Avvenire*, 30 aprile 2013).

Nell'articolo *Azzardo, c'è chi gioca la casa. A un compulsivo basta una settimana per perdere tutto* si riportano dati forniti dal Consiglio nazionale delle ricerche *«In Italia sono 3 milioni i giocatori a rischio, dice il Cnr, 800mila quelli patologici»* (12 marzo 2013)

«Meccanismi di pensiero ingannevoli. Errori cognitivi. È su questo che punta la pubblicità delle aziende del gioco d'azzardo. Le uniche a vincere davvero, se il loro fatturato nel 2011 è stato il terzo in Italia: quasi 80 miliardi, più dei 56 miliardi della Fiat». Il dottor Graziano Fiscella, del Dipartimento di salute mentale e dipendenza della Asl 3 di Genova, sa di cosa parla, visto che cura giocatori patologici. E avverte: «La dipendenza da gioco è la più dispendiosa: un cocainomane, che spende somme elevatissime, impiega un anno per sperperare i soldi ricavati dalla vendita della sua casa. A un giocatore patologico basta una settimana».

Un tema trattato in comune con *Repubblica* è la povertà di un sempre maggior numero di bambini e di diverse fasce di popolazione adulta. Un intervento del pediatra Mario De Curtis dell'Università "La Sapienza" di Roma mette in luce come

«Le condizioni di salute dei bambini, notoriamente peggiori tra quelli che vivono in famiglie povere, possono essere influenzate già prima della nascita. I nati da donne che,

per condizioni socioeconomiche svantaggiate, hanno difficoltà di accesso ai servizi sanitari in gravidanza sono esposti a un rischio maggiore di malattia. Un esempio tipico di questa situazione è rappresentato dai nati da madri straniere. [...]

Bambini che vivono in famiglie povere vanno incontro più frequentemente a infezioni, soprattutto dell'apparato respiratorio e gastrointestinale, disturbi di crescita, anemia, carenze nutrizionali, asma, otiti, carie dentali, disturbi psicologici, comportamentali e anche psichiatrici. Anche per malattie croniche, come per esempio la fibrosi cistica, che ha un'incidenza simile in tutti i gruppi sociali, la sopravvivenza è minore nelle famiglie con un più basso livello socioeconomico, e l'entità di questo effetto non si è sostanzialmente ridotta negli ultimi anni. [...]

Anche il presidente della Repubblica Giorgio Napolitano, nel discorso di fine anno, ha fatto riferimento alla realtà sociale duramente segnata dalle conseguenze della crisi economica e alla povertà infantile concentrata nel nostro Paese soprattutto nelle regioni meridionali. Il presidente ha affermato che oggi non si può più parlare di «disagio sociale», ma come in altri momenti storici di una vera e propria «questione sociale» da porre al centro dell'attenzione e dell'azione pubblica. «La politica non può affermare il suo ruolo se le manca il sentimento di partecipazione e quella capacità di condivisione umana e morale verso situazioni gravi di persone e di famiglie». (*Nuova malattia dei bambini: la povertà*, 24 gennaio 2013)

Avvenire, a differenza di *Repubblica*, parte da una presa di posizione concreta. Non si ferma a una mera riflessione o alla cronaca, ma fa una dichiarazione di intenti, quella della cittadinanza, si pensa per lo più cattolica, che vuole farsi portavoce di valori imprescindibili per la dignità umana.

Altro argomento ancora in linea con *Repubblica* è la piaga dei suicidi. Anche in questo caso vi è una discrepanza tra cronaca finanziaria, che in un articolo del 28 ottobre 2014 titola *Le simulazioni dimostrano che la crisi è superata. Ora però serve più credito*, e la realtà tragica che conteggia il numero di persone che a causa della perdita del lavoro hanno deciso di togliersi la vita: *Pomigliano. Suicidi causati dalla crisi: una "casa" per disoccupati e imprenditori*:

«Nel primo trimestre dell'anno se ne sono contati 51 e tanti altri si sono aggiunti nei mesi seguenti. I suicidi a causa della crisi economica sono uno dei molteplici risvolti drammatici della perdita del lavoro, che non colpisce soltanto i dipendenti ma anche gli imprenditori. Dei 51 morti suicidi registrati dall'Osservatorio Link Lab (che dal 2012 ne ha contati 289), oltre la metà erano infatti datori di lavoro, costretti a indebitarsi e/o a chiudere l'attività. Tra le regioni con il maggior numero di suicidi per crisi c'è la

Campania e, in particolare, l'area industriale di Pomigliano d'Arco (Napoli)». (*Avvenire*, 22 ottobre 2014)

Un rapporto statistico socio-economico al quale *Avvenire* dà molta importanza è il Benessere equo sostenibile (Bes), redatto dall'Istat negli ultimi anni, che misura diversi parametri, tra cui la salute, per valutare la qualità di vita dei cittadini italiani. Il documento usa parametri valutativi che vanno al di là classico Prodotto interno lordo (Pil) la cui composizione, il cosiddetto "paniere", viene spesso messa in discussione. Un articolo critica quello del 2015:

«Dai Caf ai caffè il passo è breve. Se poi i caffè sono quelli al ginseng, tutto sta racchiuso nel nuovo paniere degli italiani. [...] Quest'anno il paniere si compone di 1.441 prodotti (sei in meno rispetto al 2014), con un aumento del peso dato ai consumi per servizi sanitari, spese per la salute, casa, acqua, elettricità e combustibili. Tra i prodotti indicatori di spesa introdotti colpiscono voci come il car sharing, gli alimenti senza glutine [...], [le] visite intra moenia dall'ortopedico [...]. Critiche arrivano dai consumatori. Secondo il Codacons si sarebbe dovuto aumentare il peso degli alimentari, che in una situazione di forte calo dei consumi hanno un'incidenza maggiore sulla spesa delle famiglie. Per l'Unione nazionale consumatori il nuovo paniere «non tiene conto del crollo dei consumi»: l'associazione ha confrontato i nuovi pesi e l'ultima indagine sui consumi effettivi delle famiglie e il risultato è che «i pesi ufficiali Istat non corrispondono ai consumi reali delle famiglie, perché non tengono conto della crisi e del crollo delle spese in atto». (*Avvenire*, 4 febbraio 2015)

L'articolo *Redditi e ricchezza reale in picchiata fino al 2012. Il boom dei nuovi poveri* riporta dati del Bes che indica una sempre maggiore fragilità del nostro sistema di Welfare a causa dell'aumento

«della povertà assoluta. [...] Un dramma che stavolta ha accomunato Nord (dal 4 al 6,4%), Centro (dal 4,1 al 5,7) e Sud (dall'8,8 all'11,3). Una grave situazione che non è di fatto migliorata nel 2013, anno in cui sono soltanto leggermente diminuiti i casi di severa deprivazione (5,7% contro l'8% del 2012)». (*Avvenire*, 8 marzo 2015)

La disuguaglianza del Welfare italiano è sotto la lente d'ingrandimento anche dell'OCDE, che fa un'analisi della Sanità che il quotidiano cattolico riporta:

«Il sistema delle cure primarie [...] ha tradizionalmente fornito un'assistenza primaria di alta qualità, come dimostrato dall'indicatore relativo al ricovero ospedaliero evitabile; i livelli di soddisfazione del paziente inoltre sono anch'essi alti.[...] Sin qui le buone notizie. Ma ecco le 'criticità'. «Questi dati aggregati, sebbene rassicuranti, mascherano profonde differenze regionali», rileva l'Organizzazione. «I tassi di ricoveri ospedalieri per condizioni come l'asma e la broncopneumopatia cronica (Bpco) variano significativamente. Ad esempio, il numero di bambini ricoverati in ospedale con un attacco d'asma in Sicilia è 5 volte superiore rispetto alla Toscana, e i ricoveri ospedalieri per malattie polmonari croniche variano di più del doppio, con 1,5 ricoveri per mille abitanti in Piemonte e 3,84/1.000 in Puglia». E l'incidenza di parti cesarei, associati ad un maggiore rischio di morte della madre e complicazioni, mostrano anch'essi forti variazioni. A livello nazionale i parti cesarei rappresentano circa il 25% del totale – ricorda l'Ocse –; ma raggiungono il 45% in Campania e solo il 14% in Trentino Alto Adige. Le enormi disparità, per l'Ocse, si devono anche alle riforme costituzionali del 2001 che hanno contribuito a creare in Italia 21 diversi sistemi sanitari locali». (*Avvenire*, 16 gennaio 2015).

Il quotidiano diretto da Marco Tarquinio dà spazio al fatto che in sanità *Cresce la crisi, calano le cure. Italia 2050: un malato per ogni cittadino sano*. L'ex presidente commissariato dell'Istituto superiore di sanità, Fabrizio Oleari, durante un convegno riportava dati inquietanti sull'inadeguatezza del nostro SSN rispetto ad alcune emergenze:

«una crescita “vertiginosa” dei disturbi linguistici nei bambini, che il Ssn non è attrezzato per rispondere e di comportamenti determinati dalla crisi economica: “Diminuisce la percezione dello stato di salute, non ci si cura più, soprattutto tra gli over 65, anche quando il 30% dichiara di stare male; si riducono del 23% le visite odontoiatriche e l'85% di coloro che rinunciano dichiara di farlo per ragioni economiche. Non solo: l'11% ha rinunciato ad almeno una prestazione sanitaria perché doveva pagare il solo ticket, uno su due per ragioni economiche ma uno su tre perché non era disponibile quel servizio sul territorio. [...] Se non lavoreremo sodo sul contesto e sui fattori che determinano la salute delle persone, nel 2050 avremo un indice di dipendenza spaventoso: stiamo tendendo al rapporto uno a uno tra sani e malati, che è insostenibile per un sistema sanitario». (*Avvenire*, 11 giugno 2014)

Il servizio sanitario offerto dagli enti religiosi è importante ricorda don Carmine Arice, Direttore dell'Ufficio Nazionale per la pastorale della salute della Cei:

«Gli ospedali religiosi - di norma inseriti nella rete del servizio sanitario nazionale, con un preciso ruolo pubblico che si traduce nell'impegno di erogare prestazioni in convenzione, cioè gratuite per il cittadino esente o che richiedono solo il versamento del ticket – stanno [*sic*] soffrendo le conseguenze di questa crisi e la Chiesa italiana non manca occasione per farlo presente anche alle autorità competenti. Su questo punto però vorrei essere chiaro: per ragioni storiche e sociali, nella maggior parte dei casi, i nostri ospedali classificati rispondono a una domanda di assistenza sul territorio che non troverebbe altra risposta, o perché in quella zona non esiste un altro presidio o per insufficienza quantitativa o qualitativa dell'ospitalità pubblica. Sono dunque degli ospedali 'privati' non profit che svolgono un ruolo pubblico e i rimborsi delle loro prestazioni non rappresentano una 'concessione' o un favoritismo, ma il pagamento del dovuto, che spesso ritarda o che la pubblica amministrazione decide di 'tagliare', talvolta con effetto retroattivo. In altre parole, quando ricordiamo queste ragioni, stiamo difendendo le ragioni del cittadino, del malato e della sua famiglia e soprattutto le ragioni delle fasce di popolazione più fragili e sofferenti, che facilmente resterebbero prive di un'assistenza necessaria e, il più delle volte, anche di qualità». (*Avvenire*, 13 marzo 2013)

Il titolo dell'articolo, *La sanità religiosa colma le lacune del pubblico* non lascia dubbi sulla capacità degli enti sanitari ecclesiastici di chiarire pubblicamente le carenze del servizio sanitario statale. Qui, in particolare è reso esplicito il ritardo nei pagamenti verso i fornitori e il rimborsi dei ticket per le prestazioni erogate in regime di convenzione. Una venir meno ai patti che un'istituzione religiosa forte come la Chiesa cattolica in Italia non può certo tollerare con facilità o indulgenza.

3.1.3 Il Fatto quotidiano

Il Fatto quotidiano è stato fondato nel 2009 da giornalisti provenienti in parte dall'area di sinistra, come Furio Colombo e Antonio Padellaro de *L'Unità*, e in parte dall'area prevalentemente di destra, come Marco Travaglio, figura di spicco del giornalismo italiano che si è occupato di inchieste di grande eco sui rapporti tra mafia, corruzione e politica. *Il Fatto quotidiano* nasce l'obiettivo di fare un'informazione indipendente (del resto per scelta editoriale rinuncia ai finanziamenti pubblici all'editoria) e di denuncia facendosi portavoce dei cittadini. Il

giornale non è allineato né a destra né a sinistra, non ha legami con il potere e si pone idealmente di portare temi di valenza sociale all'attenzione del pubblico.

La ricerca ha preso in considerazione tre anni e mezzo di uscite, come per *Repubblica* e *Avvenire* dal 1° gennaio 2012 al 30 giugno 2015, e a dai grafici si riscontra a colpo d'occhio un'attenzione particolare alla vita quotidiana delle persone della classe medio-bassa, quella più colpita dalla crisi, e delle piccole-medie imprese, soprattutto quelle appartenenti al cosiddetto “modello Nord-Est”. Sul tema dei determinanti sociali della salute, *Il Fatto* spicca per quantità di articoli rispetto agli altri due quotidiani analizzati. Il 2012 è l'anno con il maggior numero di articoli: 315. Pur con alcune variabili, possiamo affermare che questa cifra si dimezza costantemente con il passare degli anni: 161 articoli nel 2013, 185 nel 2014 e 85 nel primo semestre del 2015. Il **Grafico 7** mostra anche la ripartizione degli articoli per semestre, in modo da tener conto del fatto che per il 2015 si è considerato solo il periodo 1 gennaio-30 giugno.

Il Fatto quotidiano

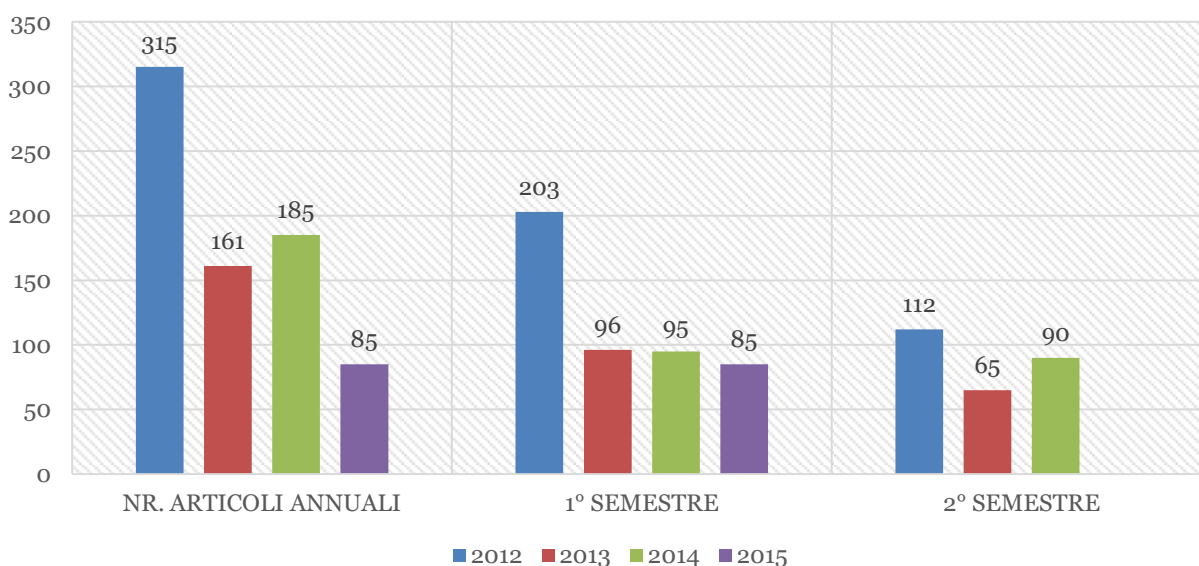


Grafico 7. Numero di articoli per anno e semestre su *Il Fatto Quotidiano*

Articoli *Il Fatto quotidiano*

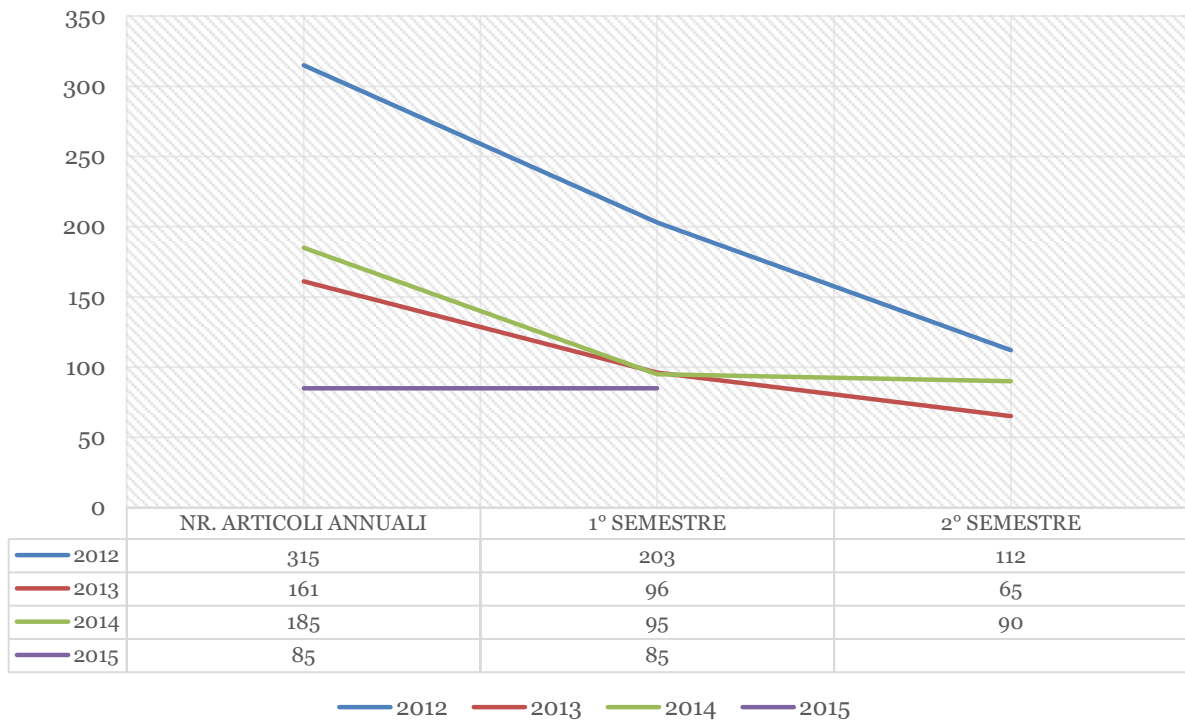


Grafico 8. Linee di tendenza articoli sui determinanti sociali della salute su *Il Fatto quotidiano*

Se l'attenzione sul tema è in diminuzione, c'è comunque un altro fatto che emerge nell'informazione del *Fatto*, ed è la cronaca assidua dei casi di suicidio, sia che si tratti di imprenditori, sia di persone che hanno perso il lavoro. Anche su questo argomento, il 2012 è l'anno in cui maggiore è l'interesse da parte del quotidiano, quasi che alla parola *crisi* faccia immediatamente eco la parola *suicidio*. La quantità di notizie pubblicate con questo nesso causa-effetto su *Il Fatto* non ha paragone con i numeri di *Repubblica* e, ancor più, di *Avvenire*, come dimostra il **Grafico 9**, eccetto forse il 2014, quando *Repubblica* supera il quotidiano di Travaglio.

Confronto: il tema dei suicidi

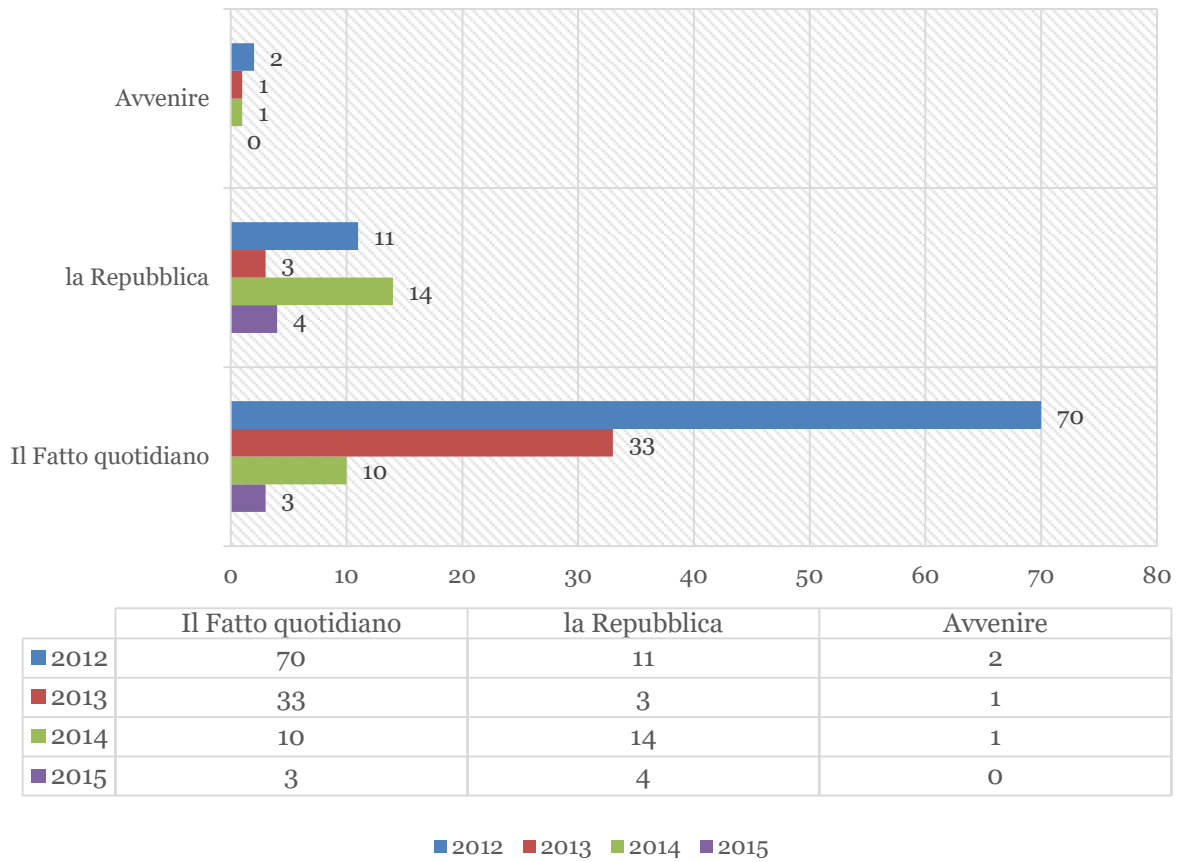


Grafico 9. Il tema dei suicidi sui quotidiani presi in esame

Suddivisione temi *Il Fatto quotidiano*

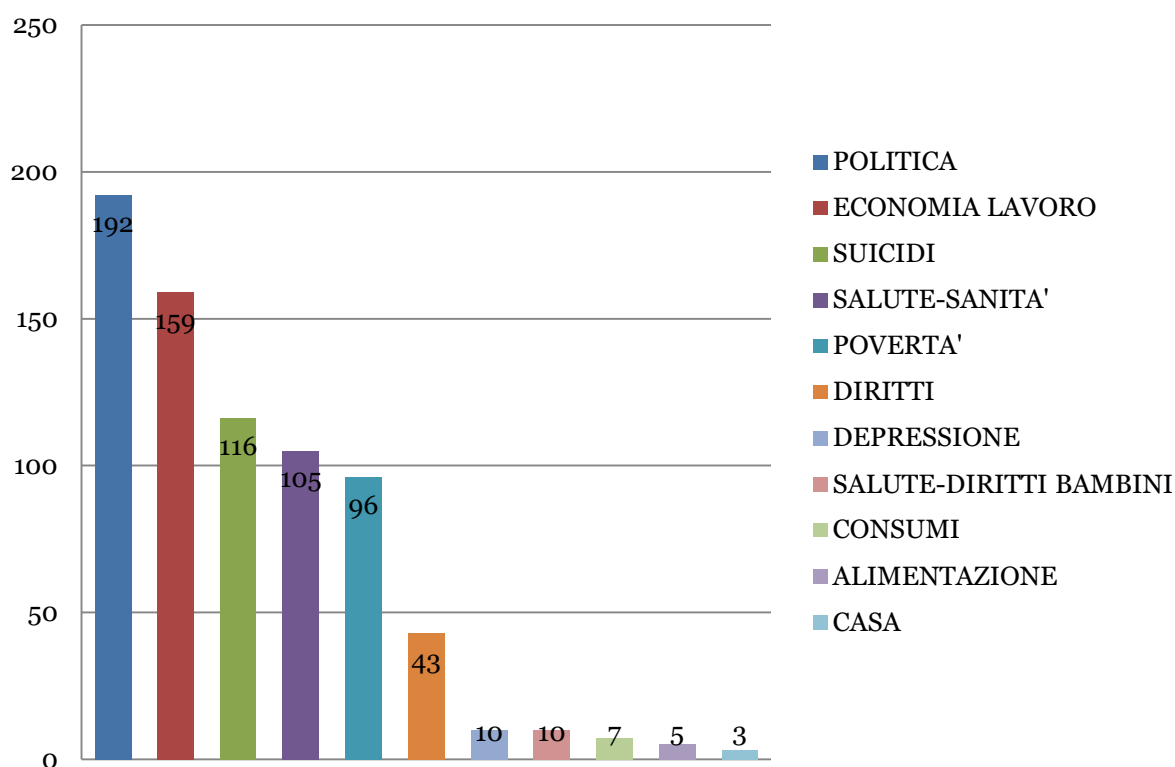


Grafico 10. Suddivisione quantitativa degli articoli su *Il Fatto quotidiano*

Il Fatto quotidiano ha forse la prerogativa di accostare articoli pungenti di argomento politico ad altri di tono più sobrio ma, allo stesso tempo, di denuncia. Per questo anche nella ricerca su uno specifico tema, seppure ampio, come i determinanti sociali della salute, la politica detiene il primato degli articoli, seguiti da quelli che si occupano di economia e lavoro, o meglio, del lavoro che non c'è. Fanno immediatamente seguito gli articoli che registrano casi di suicidio o che trattano l'argomento da un punto di vista generale, per poi arrivare agli articoli sul tema della salute e della politica sanitaria. Immediatamente appare poi, con 96 articoli nell'arco di tre anni, la povertà. Queste sono le cinque categorie che occupano il maggior spazio sul quotidiano in relazione ai determinanti sociali della salute.

Se l'analisi quantitativa mostra la grande rilevanza data al tema dei suicidi, nello sfoglio del quotidiano colpisce ancor più il continuo e martellante richiamo al problema attraverso la pubblicazione di articoli con titoli come *Tra suicidi e disoccupati, vogliamo farla la "festa" ai lavoratori?*, oppure *"Non posso più difendere Equitalia: c'è troppa disperazione"*. *L'avvocato De Falco ha rimesso il*

mandato dopo il suicidio di un conoscente. “E anch’io ho un’ipoteca per un credito inesistente”. E ancora: *Napoli. Portinaio licenziato si impicca.* Tutti e tre pubblicati il 1° maggio 2012, Festa dei lavoratori, non si tratta di una scelta fatta *ad hoc* per l’occasione, bensì di una linea editoriale che percorre più o meno fittamente le pagine del quotidiano. Questo perché, nelle parole di Furio Colombo, *Il Fatto* altro riferimento politico non ha se non la Costituzione italiana, dove all’Articolo 1 si proclama il nostro Paese ‘una Repubblica fondata sul lavoro’.

In un articolo del 28 febbraio 2012, *La crisi sociale diventa individuale*, il sociologo Aldo Bonomi rilascia un’intervista in cui spiega come «*La fine dell’impresa si identifica con la fine del progetto di vita. [...] La crisi non è affatto una crisi di attraversamento, né di adattamento, ma di metamorfosi. [...] Il primo trauma è arrivato all’inizio degli anni 2000. Quando si è capito che non bastava essere lavoratori e risparmiatori per reggere la competizione nell’epoca della globalizzazione. In quegli anni il fenomeno non aveva la dimensione drammatica che ha assunto con la crisi. E questo ha anche fatto sì che si sia trattato di un disagio inascoltato*». Bonomi spiega il motivo di questo, apparentemente facile, accostamento tra Grande Depressione degli anni Trenta del secolo scorso e l’attualità:

«Da una parte ci sono i dati freddi della crisi economica. Dall’altra una simbiosi tra la propria vita e il lavoro. Per l’impresa passa anche la legittimazione nella società. E si crea un rapporto strettissimo tra imprenditori e operai, ai quali non si può più garantire il lavoro. Sono i più sottoposti a stress, con la maggior difficoltà ad avere credito. Questa identificazione assoluta con il lavoro, pericolosa soprattutto in epoca di crisi economica, sembra però un dato più generale nella società. Nel 1929 si buttavano dalla finestra i banchieri, negli anni Settanta si suicidavano i cassintegrati della Fiat. Ogni volta che c’è un trauma sociale questo diventa anche un trauma individuale». (*Il Fatto Quotidiano*, 28 febbraio 2012)

Se l’imprenditore di cui parla Bonomi è quello del Nord Est, sembra che il dettato costituzionale dell’Articolo 1 sia poco rispettato, o forse non compreso esattamente nella sua straordinaria importanza. I fatti di cronaca, i numeri, gli studi scientifici, dimostrano che l’inattività lavorativa, l’assenza di prospettive, uccide l’uomo. Non si tratta dunque di fare distinzioni tra lavoro e salute o tra lavoro e povertà. Le categorie sono concatenate una all’altra in modo così stretto che al venir meno di una crolla “l’edificio” della personalità, della dignità umana. Una delle dimostrazioni più forti è la situazione greca, di cui *Il Fatto* dà ampi resoconti, lasciando spesso la parola all’allora emergente politico di estrema sinistra Alexis Tsipras:

“Quello che la gente deve capire è che la crisi greca non riguarda solo la Grecia, ma tutti i popoli europei che presto si potrebbero trovare nelle stesse condizioni della Grecia, come ad esempio l’Italia che ha un *[sic]* debito molto più grande di quello greco”. Se non si oppongono all’austerità e se non rifondano la politica sui valori della coesione sociale e della solidarietà “la crisi non si risolverà eliminando un popolo”. (*Il Fatto quotidiano*, 23 maggio 2012)

La voce del popolo greco appare spesso negli articoli de *Il Fatto*:

“La troika ci ha usati come cavie, hanno voluto provare su di noi gli effetti del loro piano di austerità. Ma non lo capite che il nostro voto di protesta aiuterà anche voi? Qui non arriva più un turista, in Europa la gente non ha più un soldo”, dice Costas, un taxista che spera in nuove elezioni. (*Il Fatto quotidiano*, 15 maggio 2012)

In altro articolo, dal titolo *Il futuro malato dei bambini greci*, la giornalista Roberta Zunini racconta:

“Il tenore di vita della maggior parte dei greci continua ad abbassarsi, a danno soprattutto dei più deboli: anziani e bambini. Molti non vengono nutriti a sufficienza dai genitori che, se non sono già stati licenziati, spesso non prendono lo stipendio da mesi, perdendo tra l’altro il diritto ad accedere alla sanità pubblica. Un fatto scioccante e intollerabile, soprattutto perché accade nel cuore dell’Europa, dove il diritto alla salute e alle cure sarebbe un valore non negoziabile, ratificato anche dalle Convenzioni unitarie”. (*Il Fatto quotidiano*, 28 giugno 2012)

Il tema della fame era già apparso due giorni prima, declinato in chiave nostrana con un breve pezzo dal titolo *Padre ruba cibo per i figli*:

“Senza lavoro e con due figli e una moglie è entrato in un supermercato di Siena e ha cercato di rubare alcuni pacchi di pasta e del latte. Il personale del negozio ha chiamato la polizia che è intervenuta, ha saldato il conto e avvertito i servizi sociali”. (*Il Fatto quotidiano*, 26 giugno 2012).

Ma anche nei casi meno estremi, l’Italia è un Paese dove *Crolla la spesa, si risparmia anche su pane e pasta* (6 luglio 2013). Secondo i numeri dell’Istat, più del 60% delle famiglie riduce in modo drastico le spese per l’alimentazione, orientandosi sui *discount*, spesso a scapito della qualità del cibo. Di pochi giorni successivi è la notizia di un *cluster* di TBC nel siracusano: *Siracusa, è tornata la tubercolosi ma nessuno fa niente. In quarantamila sono risultati positivi ai test*.

“La situazione è del tutto fuori controllo. Ed è una bomba pronta a esplodere: 40 mila soggetti sono positivi al bacillo della tubercolosi, in definitiva sono potenzialmente

malati (basta un piccolo stress e il bacillo diventa attivo). Ma il dato che preoccupa di più sono i numeri sommersi. Quanti sono gli altri? Il 45 % delle Forze dell'Ordine di Cassibile (frazione a sud di Siracusa, terra di stagionali e caporalato) hanno contratto la medesima infezione tubercolare, al momento in fase quiescente; numeri simili riguardano i veterinari. La Prefettura chiede spiegazioni alla Asp. Il fenomeno non è più governabile. Le cifre sono ufficiali, fornite dal gruppo nazionale di studio dell'Aipo (Associazione italiana di pneumologia), convalidate dall'Oms". (*Il Fatto Quotidiano*, 16 luglio 2013)

La tubercolosi è spesso conseguenza di carenze igienico-sanitarie e malnutrizione, ma chi denuncia queste situazioni? Non sono certo notizie da prima pagina, né sui quotidiani, né in televisione, anche se dovrebbero rappresentare il fulcro della comunicazione, perché si parla di condizioni che si ritenevano superate da decenni, ma che invece superate non sono. Per lo più ci si limita a rimuovere il problema a livello di percezione pubblica del rischio: "sono malattie degli extracomunitari" si sente dire spesso. In realtà sono malattie di cui solo i centenari oggi possono aver ricordo, ma per la storia non è un lasso di tempo così lungo. Forse è la nostra mente, così sovraccarica di informazioni, a non essere abituata a pensare a quali sono le reali priorità.

Se questa è l'Italia, in Grecia non può certo andare meglio: *Vietato ammalarsi. La Sanità ora è fai-da-te* denuncia *Il Fatto quotidiano*. Al di là del tono molto diretto, prerogativa del *Fatto Quotidiano*, sono le cifre a impressionare: "Sono 3, 5 milioni i cittadini che hanno perso l'assistenza medica pubblica perché non hanno un lavoro. Nascono ovunque cliniche con i volontari".

"La clinica sociale del Pireo, città che ospita il porto di Atene, è tra le più frequentate della regione. Qui la crisi ha colpito duro e ancora non se ne vede la fine. "Apriamo alle 8, 30 ogni mattina – [racconta] Quin – e ci sono visite senza pausa per 13 ore. Solo quattro anni fa questa era una clinica municipale, ora siamo tutti volontari. Il governo ha visto che a causa della crisi in molti perdevano l'assicurazione sanitaria e ha fatto l'opposto di quello che avrebbe dovuto fare: ha alzato le tariffe delle prestazioni mediche e ospedaliere, ora in pochi si possono permettere di curarsi". Secondo *Solidarity for All*, rete di centinaia di comitati di solidarietà in tutto il paese, sono più di tre milioni i greci, a cui vanno aggiunti 500 mila migranti senza documenti, che al momento non sono coperti dal sistema sanitario nazionale. [...] Christos Giovanopoulos coordina il lavoro di decine di cliniche solidali in tutta l'Attica. "Da quando è iniziata la cura di Bruxelles il debito greco è salito dal 120% a quasi il 180% del Pil. Per comprimere la spesa i vari governi hanno tagliato tutto il possibile. Le prime, e più importanti sforbiciate, sono state su sanità e salari che hanno colpito solo i più poveri". L'indice di mortalità infantile è aumentato del 40%, è ricomparsa la malaria e i contagi di Aids sono aumentati del 200%. "L'aspettativa di vita è diminuita di 2-3 anni" conclude Giovanopoulos. La risposta della società civile è stata forte, ma non può

sopperire ai vuoti lasciati dal welfare statale. Secondo l'Eurostat il 17% della popolazione greca non ha risorse sufficienti per soddisfare i propri bisogni alimentari e il 35% della popolazione vive sotto la soglia di povertà. (*Il Fatto quotidiano*, 23 gennaio 2015)

Ma nemmeno nella ricchissima Svezia la situazione può dirsi esente da problemi simili a quelli del sud Europa. Lo stesso giorno, il 23 gennaio, il quotidiano diretto da Marco Travaglio pubblica un altro articolo dal titolo *Svezia oggi: precari e malasanità*.

“La precarietà entra nel vocabolario della Svezia. Un ragazzo su due con meno di 25 anni ha un impiego temporaneo, pari al 52 % della fascia che va dai 16 ai 24 anni. Contrattualizzati a tempo determinato anche il 17 % delle donne contro il 13 % degli uomini; il 20 % dei lavoratori contro il 12 % dei funzionari. È questa la Svezia ai tempi della crisi. [...] SANITÀ. Rimangono sulle breccie i centri di eccellenza ma la massa è in balia degli eventi. Ore di attesa nei pronto soccorso, carenza di infermieri costantemente sul piede di guerra per i turni massacranti. Privatizzato anche il 118. La speculazione che ne è scaturita ha già collezionato diversi morti a causa del ritardo con il quale le (poche) ambulanze intervengono”. (*Il Fatto quotidiano*, 23 gennaio 2015)

La scelta editoriale di presentare nello stesso giorno la situazione di due Paesi considerati l'uno, la Grecia, come il Terzo mondo dell'Europa, e l'altro, la Svezia, come il faro del welfare, ha il pregio di riuscire a raccontare quello che, almeno in questa ricerca, *La Repubblica* e *Avvenire*, non hanno raccontato.

3.2 Le riviste scientifiche

Nella ricerca sono state prese in considerazione gli editoriali di quattro tra le più importanti riviste scientifiche al mondo: *The British Medical Journal*, *The Lancet*, *Science* e questo perché l'editoriale, posizionato nella parte introduttiva di questi giornali, rappresenta il punto di vista ufficiale delle medesime su temi specifici. Per svolgere l'analisi sono state utilizzate le stesse parole chiave – ***austerity, health, poverty, economic crisis*** – e il medesimo periodo temporale, dal gennaio 2012 al giugno 2015.

Come mostrerà l'analisi quantitativa e qualitativa, queste prestigiose riviste sembrano avere scarso interesse per il tema dei determinanti sociali della salute, in particolare *Science* e *Nature*. L'esiguità degli editoriali e l'elusività con cui viene trattato il problema potrebbero rispecchiare una scelta di fondo di questi due pilastri dell'editoria scientifica, ovvero glissare il problema, quasi non volessero occuparsi della povertà in Occidente, trattando semmai la povertà dei Paesi in via di sviluppo. Anche *The Lancet* sembra fare propria questa politica, eccetto alcuni editoriali, come ci racconta Angelo Stefanini in **Appendice 3**: «*Lancet*, a volte prend[e] delle posizioni non ufficiali, ovvero accetta argomentazioni che rimangono però sempre in una stretta cerchia e sono controbilanciate da prese di posizione più autorevoli e di tutt'altro colore».

The British Medical Journal (BMJ) si distingue dalle altre riviste analizzate ed è la fonte più importante a livello scientifico per numero e qualità di editoriali, incentrati sui determinanti sociali della salute. I motivi di questa attenzione vanno attribuiti al fatto che è una rivista prettamente di medicina, ma soprattutto perché l'Editor-in-Chief, Fiona Godlee, potrebbe essere definita una vera e propria attivista dei diritti dei pazienti: *Too much medicine, too little care* (2013) è uno dei suoi editoriali più significativi. A lei si affiancano negli editoriali prestigiosi scienziati, medici di medicina generale, epidemiologi e attivisti politici che hanno a cuore il sistema sanitario nazionale inglese, ma anche i temi che hanno attinenza con la salute globale e l'accesso alle cure. L'attenzione degli editoriali del BMJ al sistema sanitario inglese è davvero centrale per capire il significato del possibile venir meno di un servizio di assistenza pubblica basato sull'accesso libero e gratuito alle cure per tutti i cittadini. Un sistema nato dalle macerie della Seconda Guerra mondiale, una vera e propria "Araba fenice" per quel momento storico e che non è mai stato considerato

dai suoi promotori come un privilegio, bensì un diritto universale dell'uomo. La crisi economica, il prevalere del sistema capitalistico e il coinvolgimento dei servizi sanitari nella logica del libero mercato sta facendo venir meno uno dei più importanti traguardi della nostra società. Il riconoscimento del diritto alla salute deve ora obbedire a logiche diverse da quelle su cui è basata la Costituzione dell'OMS del 1946. Le logiche cui obbedisce sembrano essere più orientate verso i profitti che non verso i diritti umani. Le conseguenze sono due: chi ha le risorse economiche può accedere alle cure, chi non le ha spesso deve rinunciarvi.

3.2.1 *The British Medical Journal*

Nel periodo preso in esame, 1° gennaio 2012 – 30 giugno 2015, sono stati trovati 93 editoriali dove i determinanti sociali della salute hanno un ruolo fondamentale. La riforma dell'NSH e la politica sanitaria, sua naturale conseguenza, si dividono il primato per maggior numero di editoriali, con un solo articolo di differenza, 24 e 23 rispettivamente. Segue poi il tema della povertà e dell'accesso alle cure (16 editoriali), nettamente individuabile sia nel titolo che nel testo: *Promoting health equity* (BMJ 2012;345:e4881, 8 August 2012), *Importance of monitoring health inequalities* (BMJ 2013;347:f6576, 5 November 2013), *Poverty in the United Kingdom: from bad to worse* (BMJ 2014;348:g3192, 12 May 2014) sono soltanto tre dei titoli degli editoriali che si occupano espressamente di determinanti sociali della salute.

Gli editoriali presi in considerazione affrontano anche altri determinanti sociali della salute, come gli stili di vita (alimentazione, attività fisica), il lavoro, il consumo di alcool, la politica alimentare come un controllo all'uso di bevande gasate. Il BMJ sembra partire dal presupposto che la politica sanitaria deve avere il supporto di una politica economica: senza un'economia equa non vi potrà essere nemmeno una sanità equa, “*La medicina è una scienza sociale e la politica non è altro che medicina su larga scala*” disse il celebre Rudolf Virchow, a cui si deve la “paternità” della definizione “determinanti sociali della salute”.

Di seguito un grafico con la raffigurazione quantitativa e per temi trattati dal *British Medical Journal*.

The British Medical Journal

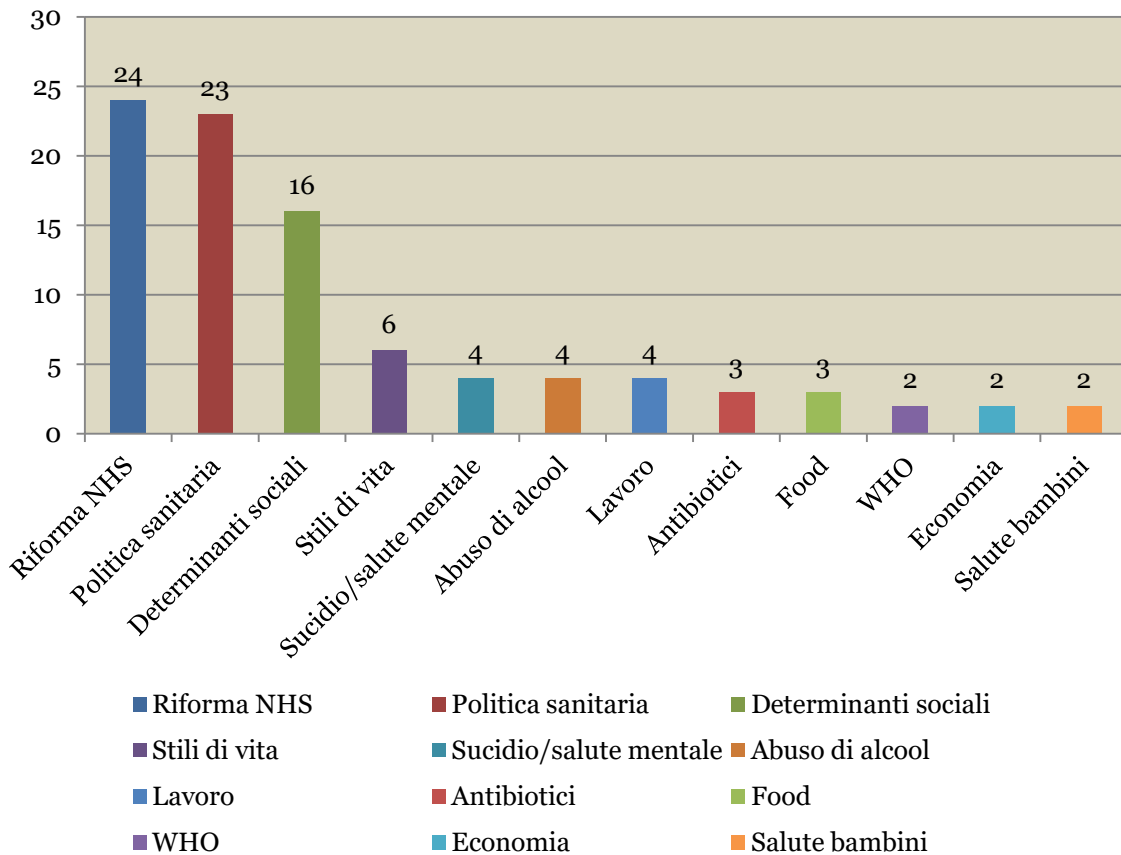


Grafico 11. *Articoli suddivisi per temi e numero*

Grazie a una direzione illuminata, la rivista, nata nel 1840, mantiene il suo ruolo non solo scientifico e biomedico, ma anche politico, nell’ambito della salute globale. Sul BMJ a tutti i determinanti sociali della salute viene dato spazio, con particolare attenzione al tema della riforma del *National Health Service* e alla politica sanitaria. In modo più sporadico vengono affrontati temi come la povertà, la disoccupazione, la disponibilità economica delle famiglie quanto a spesa alimentare e abitativa, l’istruzione ecc. Il BMJ è sempre stato in prima linea per la difesa dell’NHS, il primo ad accesso libero e gratuito per tutta la popolazione e che ha fatto da modello sia per l’Italia sia per altri paesi, come la Spagna o la Francia.

Un editoriale del 2012 si concentra sul fattore multimorbilità, quando un paziente presenta più patologie contemporaneamente. Non sono necessariamente pazienti anziani – precisa l’autore – ma spesso giovani adulti in condizioni di vera e propria *deprivazione*:

“Il livello di deprivazione influenza non solo la quantità ma anche il tipo di multimorbilità che le persone vivono. La multimorbilità è più comune e si riscontra con 10-15 anni di anticipo nelle aree più deprivate rispetto alle aree dove vi è maggiore afflusso ai presidi sanitari. Un grave insieme di problemi mentali e fisici si riscontra nella popolazione delle aree deprivate, il che significa aumento della complessità clinica [...]. I pazienti muoiono più giovani, restano malati più a lungo prima della morte e loro, assieme ai familiari, presentano difficoltà molto complesse davanti al medico di medicina generale e ai team addetti alle cure primarie. Rispetto alle aree con maggiore affluenza, in queste aree i servizi di assistenza primaria non hanno risorse sufficienti e sono incapaci di provvedere ai bisogni dei pazienti”.²²

Gli effetti delle misure di austerità non passano inosservate nemmeno ad alcuni ricercatori della Facoltà di Medicina dell’Università di Maastricht, autori di un editoriale che, nel 2013, denuncia gli effetti a breve e a lungo termine delle politiche adottate dalla Trojka. *Austerity policies in Europe—bad for health*, titola l’editoriale del BMJ il 13 giugno 2013:

“Le misure di austerità introdotte in molti Paesi europei a seguito della crisi economica del 2008 hanno avuto diversi effetti sui determinanti sociali della salute. Questi includono il calo dei salari, un alto livello di disoccupazione, la riduzione dei fondi per l’istruzione e un aumento delle tasse. Molte persone (soprattutto giovani) sono fuori dal mercato del lavoro: in Spagna e Grecia oltre metà dei giovani al di sotto dei 25 anni è disoccupata. La combinazione di lunghi periodi di disoccupazione, capacità lavorative non più aggiornate, difficoltà di accesso a un mercato del lavoro molto rigido sta creando preoccupazioni per una ‘generazione di senza lavoro’. Le misure di austerità, che hanno tagliato la spesa per la sanità, e le relative riforme, sono ulteriori elementi che daranno effetti negativi sulla salute, specialmente dove i sistemi sanitari sono già poco resilienti o deboli. I Paesi colpiti dall’austerità presentano un maggior tasso di povertà, soprattutto tra i disoccupati, una maggior prevalenza di problemi legati alla salute mentale – come depressione, ansia e tentativi di suicidio – una maggiore incidenza di malattie infettive come l’HIV. Nonostante non siano ancora disponibili dati per una definizione complessiva dell’impatto dell’austerità, ulteriori effetti avversi sono da attendersi vista l’importanza dei determinanti sociali sulla salute”.²³

La denuncia e la spiegazione razionale della cattiva scelta di seguire una politica di austerità appare dunque chiara per il mondo scientifico, almeno per coloro che scrivono sul BMJ. Non lo è altrettanto per i politici.

Secondo i dati scientifici riportati a supporto di altri due editoriali del settembre 2013, la disoccupazione è la causa principale del disagio psichico, dei suicidi o dei tentativi di suicidio, così come i ‘not in employment, education, or training’ (il significato dell’acronimo NEET) rischiano che il disagio psichico, vissuto

²² Stewart W. Mercer et al., *Multimorbidity and the inverse care law in primary care*, BMJ 2012;344:e4152, 19 June 2012.

²³ Helmut B. et al., *Austerity policies in Europe—bad for health*, BMJ 2013;346:f3716, 13 June 2013.

da giovanissimi, se non tempestivamente riconosciuto, diventi un malessere difficile da risolvere in età adulta.

“La recessione finanziaria e le sue sequele socioeconomiche possono avere diversi effetti sulla salute della popolazione: un fatto che ha attirato l’attenzione fin dal 2008, quando ebbe inizio la crisi finanziaria globale. È da tempo riconosciuto che le condizioni economiche possono influenzare il tasso di suicidi. La depressione economica della fine degli anni Venti e dei primi anni Trenta è stata associata ad un marcato aumento dei suicidi, soprattutto negli uomini, in parallelo all’aumento del tasso di disoccupazione. [...] questo è ancora uno degli effetti della crisi economica globale del 2008. [...] La domanda più importante è quanto gli effetti negativi della crisi economica sulla salute, soprattutto i suicidi, possano essere prevenuti o mitigati. Sembra che dove i governi hanno scelto le misure di austerità per far fronte ai debiti, vi sia un impatto negativo maggiore rispetto a quei Paesi che hanno attivamente implementato sia programmi per mantenere il livello di occupazione più alto possibile sia per supportare i servizi legati alla salute. Questi Paesi sono stati in grado di ridurre o addirittura arginare del tutto tali effetti negativi”.²⁴

“Lunghi periodi di inattività economica hanno un profondo effetto sulla salute mentale: rischio di depressione, alcool o abuso di sostanze, tentativi di suicidio sono incrementati in modo significativo nelle persone giovani e senza lavoro in confronto a coetanei attivi nel mondo del lavoro. [...] La sola prevenzione o riduzione dell’inattività economica può ridurre i più comuni disturbi mentali dall’8 al 17%. Attualmente, nessun documento politico sembra avere consapevolezza di questo seppur comune andamento del disagio mentale. Data l’associazione tra austerità e malattia, non sorprende che uno dei gruppi più vulnerabili (quello tra i 15 e i 25 anni di età) abbia seri problemi nella sfera psichica. I disturbi mentali, più che quelli fisici, sono le malattie croniche dei giovani adulti e tutti gli approcci economici rivolti ai giovani disoccupati devono riconoscere questo”.²⁵

Ad una prima lettura, accostare la Grande Depressione degli anni Trenta del secolo scorso con la situazione attuale potrebbe apparire un’esagerazione, eppure analizzando i dati scientifici si scopre come il paragone non sia affatto una semplificazione. Si sta parlando di economie avanzate dove, tuttavia, persistono più o meno evidenti povertà diffuse e ineguaglianze nell’accesso alla salute. La difficoltà nel voler riconoscere questa situazione deriva anche dal fatto che i dati, spesso, sono difficili da interpretare, le fonti sono molteplici e in contraddizione tra loro e, quindi, facilmente manipolabili dall’uno o dall’altro mezzo di comunicazione, decisore politico o ministro della salute.

²⁴ Hawton K. et al., *Economic recession and suicide*, BMJ 2013;347:f5612,17 , 17 September 2013.

²⁵ Scott J. et al., *Adolescents and young adults who are not in employment, education, or training*, BMJ 2013;237:f5270, 18 September 2013.

Secondo Sir Michael Marmot, Presidente della Commissione sui determinanti sociali della salute presso l'Organizzazione mondiale della sanità, il reperimento di questi dati è a rischio e, in un editoriale, denuncia la situazione in Gran Bretagna: *“Per risparmiare, l'Office for National Statistics (ONS) sta valutando di tagliare pesantemente la mole di dati che raccoglie e le analisi che produce. I dati e le analisi dell'ONS sono assolutamente centrali [perché] nelle democrazie, i votanti hanno bisogno di conoscere che cosa sta accadendo, nel bene e nel male, nei tempi buoni e in quelli cattivi.”*²⁶

Per capire che cosa stava accadendo durante la presidenza di David Cameron, ora dimessosi a seguito dell'uscita del Regno Unito dall'Unione europea, possiamo far riferimento all'analisi di Graham Watt, che in un editoriale del maggio 2014, *Poverty in the United Kingdom: from bad to worse*, riporta i dati del rapporto “Born to fail” pubblicato nel 1973 dal *National Children's Bureau*. Quarant'anni fa, secondo questa indagine, i bambini del Regno Unito nascevano senza avere alcuna prospettiva di istruzione e di lavoro nell'economia di libero mercato.

“Nel *Black Report* del 1980 sulle ineguaglianze nella salute, si raccomandava come ‘l'abolizione della povertà infantile dovesse essere l'obiettivo della nazione per gli anni Ottanta’. Nel 1979, il 10% dei ragazzi crescevano in casa con meno della metà dello stipendio medio – la definizione di povertà per quel tempo. Dieci anni dopo, divenne il 30%. Un rapporto Unicef sui bambini poveri nei Paesi ricchi, incolpa in modo fermo il sistema politico basato sul liberismo economico introdotto dai Paesi anglo-americani nel tentativo di riemergere dalla recessione. [...] Il governo inglese è sempre stato fallimentare nella riduzione della povertà infantile. Comparando delle statistiche, il *National Children's Bureau* stima che il numero di bambini in condizioni di povertà sia aumentato dai due milioni del 1969 ai tre milioni e mezzo del 2013. [...] Il Governo inglese ammette che più di 200.000 bambini e ragazzi sono destinati alla povertà a causa della decisione di aumentare i benefit ad alcune famiglie dell'1% ogni anno per i prossimi tre anni, invece che rispettare il reale aumento del costo della vita. Dal 2007, i prezzi degli alimenti sono aumentati del 12%. Pertanto, non solo per chi ha pochi sussidi, ma anche per chi ha uno stipendio basso, la sicurezza alimentare non esiste più. Le conseguenze nutrizionali delle attuali misure di austerità e i loro effetti sulla salute pubblica sono ignoti.”²⁷

²⁶ Marmot M. et al., *Importance of monitoring health inequalities*, BMJ 2013;347:f6576, 5 November 2013

²⁷ Watt Norie G, *Poverty in the United Kingdom: from bad to worse*, BMJ 2014;348:g3192, 12 May 2014

3.2.2 *The Lancet*

Nel periodo considerato, dal 1° gennaio 2012 al 30 giugno 2015, sono stati conteggiati soltanto 18 editoriali, di cui un terzo dedicato alle politiche europee in tema di salute. Un grosso peso viene dato al problema della povertà nell'infanzia e nell'adolescenza, cui seguono la salute mentale e le dipendenze, da sostanze stupefacenti o da fumo. Vi sono poi due articoli focalizzati sul problema della mancanza di nuovi antibiotici e sull'asma. Infine, un editoriale si sofferma sull'invecchiamento della popolazione e i problemi che pone alla società, soprattutto in termini di costi sanitari e assistenza.

Gli editoriali di *The Lancet*

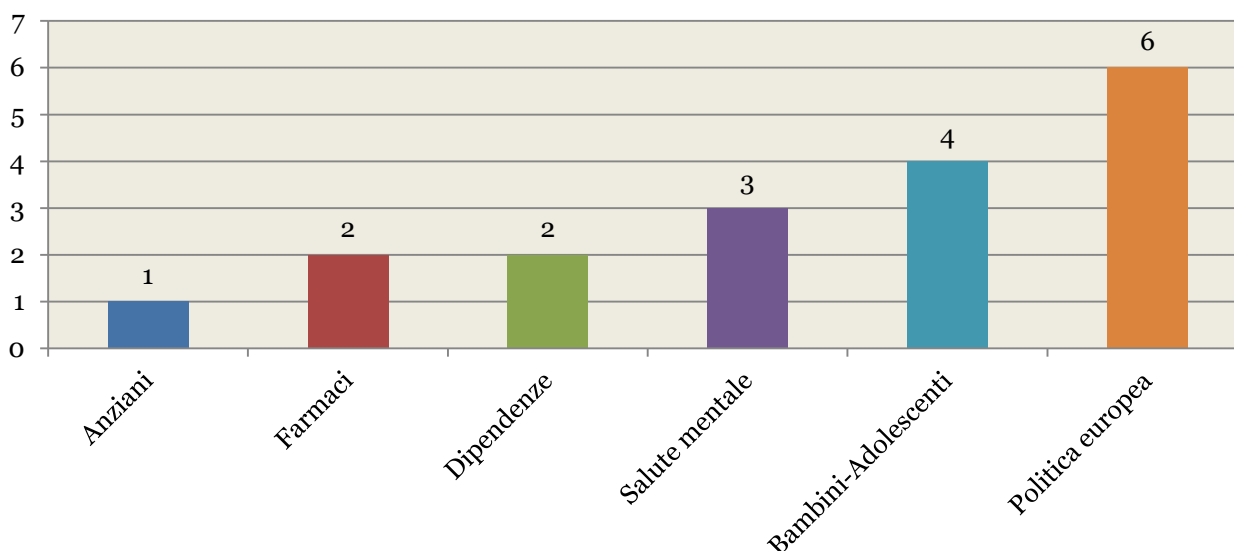


Grafico 12. Suddivisione degli editoriali per argomento e quantità

Come si accennava all'inizio, *Lancet* non attua la politica di presa di posizione sulle tematiche dei determinanti sociali della salute, ma non si astiene comunque dal porre l'accento sul tema della povertà infantile. In un breve editoriale di mezza pagina, dal titolo *Europe – The great divide* la rivista pone una domanda: “*Che cosa sta facendo l'Europa, le sue istituzioni, i Primi ministri dei diversi paesi?*”

“In tutte le discussioni su bond, bailout, uscita dall'eurozona, i politici europei hanno perso di vista il disastro nel campo della salute e a livello umanitario che si sta svolgendo in tutta la regione. Con i loro magri sforzi hanno fatto veramente poco per la vita dei cittadini europei, inclusi i 150.000 immigrati che ora in Spagna non possono accedere alle cure per i tagli dovuti alle misure di austerità. Certamente non hanno

aiutato il pensionato greco di 77 anni che si è ucciso con un colpo di pistola davanti al Parlamento in aprile. Oppure per le altre persone – giovani e anziane - che si sono tragicamente tolte la vita in Grecia, Irlanda e Italia per il senso di disperazione verso il proprio futuro. [...] *Save the Children* ha pubblicato un report che documenta lo stato di povertà per tre milioni e mezzo di bambini nel Regno Unito, una cifra destinata ad aumentare di 400.000 unità per il 2015. Il report denuncia che i ragazzi escono di casa senza un indumento pesante che li protegga dal freddo o delle scarpe nuove. Tra i bambini poveri, uno su otto non riesce a mangiare un pasto caldo al giorno e i genitori mangiano di meno perché i propri figli non soffrano la fame. Si dovrebbero procurare letture sagge per la coalizione di governo che ha dichiarato come suo obiettivo l'eradicatione della povertà".²⁸

In un editoriale del 2013 *The Lancet* critica il rapporto dell'Onu sui determinanti sociali della salute nell'adolescenza. Il punto di partenza è un dato preoccupante: ogni anno, nei Paesi sviluppati, 7,3 milioni di ragazze mettono al mondo un bambino. Sul tema, la rivista ritiene che i fattori individuati dal rapporto Onu siano limitati o scontati, mentre andrebbero meglio approfonditi due fattori: l'ambiente nel quale queste ragazze sono cresciute e, inoltre, anticipare l'età di analisi dei determinanti sociali della salute a prima dei 14-15 anni, età da cui parte in genere la scienza statistica per valutare i dati legati allo stato di salute degli adolescenti. *The Lancet* annuncia di voler istituire una propria commissione di studio che tenga conto anche di questi fattori.

Un altro determinante sociale che viene preso in analisi è la salute mentale. Si parte dalla protesta di cittadini davanti all'Associazione americana degli psichiatri (APA). Siamo nel 2012, il *casus belli* è la decisione che dovrà essere presa dalla Corte Suprema sull'approvazione o meno del DSM-V, il nuovo *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. *Lancet* è convinta che l'APA

“nel formulare le sue politiche, debba raddoppiare gli sforzi per coinvolgere i pazienti, ascoltando la loro esperienza e le loro idee su come i servizi dedicati al disagio mentale debbano essere strutturati, allo scopo di venire incontro ai loro bisogni. La voce dei pazienti deve essere presente, preferibilmente in contesto di rilievo al prossimo meeting dell'APA e non fuori in mezzo alla strada”.²⁹

Anche se il numero degli editoriali dedicato ai determinanti è esiguo, *Lancet* dà voce a chi vive in condizioni di disagio, economico, mentale, fisico. La rivista è un caposaldo della libertà nell'accesso alle cure: perché al centro dell'assistenza

²⁸ *Europe—the great divide*, *The Lancet*, Vol 380 September 15, 2012

²⁹ *Mental health in the USA: hopes and fears*, *The Lancet*, Vol 379 May 26, 2012

sanitaria c'è il paziente, che non deve essere soggetto passivo o pretesto per lotte ideologiche tra diverse correnti di pensiero o lobby di potere. *Lancet* pone l'accento sull'incapacità dei politici europei e invoca la necessità per l'Europa di una vera leadership “simile a quella della Bill & Melinda Gates Foundation, che sia perciò in grado di tenere tutti quanti assieme”³⁰. La necessità della voce eterogenea di tutti i paesi del mondo nell'affrontare temi come quello del diritto alla salute non dovrebbe però aprire le porte di istituzioni come l'OMS a persone come Bill e Melinda Gates che fanno della filantropia una strategia di marketing. In un editoriale di *Lancet* dedicato agli adolescenti³¹ si cita un rapporto delle Nazioni Unite, dove infatti nel maggio 2014, pochi mesi dopo questo editoriale, Melinda Gates ha presieduto al discorso inaugurale. Come sottolinea Angelo Stefanini nell'**Appendice 3**, questo fatto ha sancito il venir meno della pluralità di voci e delle istanze di tutti i Paesi del mondo nella più grande assemblea che li dovrebbe rappresentare.

3.2.3 *Nature*

Nell'unico editoriale di *Nature*, del 17 maggio 2012, si parla di determinanti sociali della salute in riferimento all'adolescenza “smarrita”.

“Lo *US National Children's Study* è a un punto cruciale. Si tratta di un progetto molto ambizioso: uno studio prospettico sull'influsso che hanno fattori biologici e ambientali sulla salute di centomila giovani americani da prima della nascita fino all'età di 21 anni”.³²

L'editoriale si sofferma sul costo, oltremodo elevato, di questo progetto e suggerisce nuove modalità di “reclutamento” dei soggetti che parteciperanno al trial. Non più un approccio “casa per casa”, come avveniva in passato per la fase prenatale, bensì chiedere a enti, provider, che offrono servizi prenatali, di partecipare con i propri dati alla ricerca. Lo stesso vale per i bambini già nati e gli adolescenti, i cui dati si potranno ricavare collaborando con organizzazioni che si occupano di salute e con grandi istituzioni che forniscono servizi sanitari.

³⁰ *Ibidem*

³¹ *Adolescence: a second chance to tackle inequities*, *The Lancet*, Vol 382 November 9, 2013, 1535

³² *Misplaced Childhood*, *Nature*, 17 May 2012, Vol. 485.

L'editoriale presenta l'obiettivo dello studio e il metodo con il quale verranno ricavati i dati che poi saranno sottoposti ad analisi. Stilare una casistica delle più importanti problematiche di salute dell'infanzia e adolescenza sarà il punto di partenza per indagare il fattore ambientale come causa di malattie, in quanto un database con queste informazioni non è ancora a disposizione.

“Se l'avvalersi di strutture esterne che forniscono dati sarà vantaggioso, d'altro canto un saggio alterato ricevuto da un grande provider di servizi sanitari, potrebbe dare origine un risultato sul rischio di malattia che non è davvero rappresentativo della realtà degli Stati Uniti”.³³

Nature si concentra sui grandi dati che servono per stilare statistiche e comparare risultati per ottenere un quadro il più possibile ampio e realistico della situazione dei giovani.

3.2.4 Science

Utilizzando le parole chiave, *Science* restituisce oltre 500 articoli, tra cui anche editoriali. Sono stati presi in considerazione 92 documenti. Di questi, 79 sono editoriali, di cui 17 con una più o meno stringente attinenza con il tema dei determinanti sociali della salute, della crisi economica e della salute dei cittadini. I restanti 13 documenti non sono editoriali - 6 *Forum&Comments*, 4 *Letters*, 2 *Opinion*, 1 *Perspectives* – ma paradossalmente sono quelli nei quali si trovano accenni alla crisi greca, per esempio, o al tema della povertà nei paesi sviluppati. Leggendo i 17 editoriali frutto di questa scrematura, si scopre poi che solo quattro sono strettamente attinenti: *The burden of mood disorder* (*Science*, vol. 338, 5 October 2012), *The science of sustainability* (*Science*, vol. 340, 28 June 2013), *Combating Hunger* (*Science*, vol. 338, 23 November 2012), *A focus on child development* (*Science*, Vol. 345, 11 July 2014).

“È difficile immaginare come nel mondo possa finire la povertà e la disuguaglianza senza risolvere il problema dello sviluppo dei bambini”³⁴: sarà questo a fare da passaggio del testimone, secondo *Science*, tra i *Millenium Development Goals*, fase conclusa nel 2015, e il nuovi *Sustainable Development Goals*.

³³ *Ibidem*

³⁴ Silver K. L., Singer P. A. *A focus on child development*, *Science*, Vol. 345, 11 July 2014, p. 121.

Sostenibilità sembra essere la parola più ricorrente, soprattutto nei titoli, negli editoriali analizzati:

“L’eradicazione della povertà è la priorità numero uno ed è correlata a tutta una serie di obiettivi complementari tra cui l’uguaglianza di genere, l’educazione, la salute, il cibo, l’acqua e la sanità, il cambiamento climatico, l’energia, l’occupazione, le risorse naturali, i governi, la pace e la finanza. [...] Una vita in salute dipende dalla sicurezza alimentare. La riduzione della povertà dipende dal lavoro e da una crescita equa. Una buona governance è un fattore critico ovunque. [...] La protezione della gente nei confronti del rischio è oltremodo centrale per raggiungere una equità nella sanità, un obiettivo che accomuna la salute globale oggi. Le due domande di chi sia più a rischio di impoverimento a causa della malattia e quale sia il modo migliore per farvi fronte con un adeguato sostegno finanziario, richiede una mescolanza tra epidemiologia ed economia del welfare. La salute per tutti richiede servizi, non solo per il trattamento di una malattia ma anche per la prevenzione, che potrebbe aver bisogno di una combinazione di politiche educative, ambientali e di salute pubblica”.³⁵

Science ha il ruolo di rivista di politica scientifica mondiale e come tale tratta grandi tematiche da un punto di vista globale. Il prestigio e il potere della rivista nel mondo scientifico le consentono un’ampia libertà di argomentazione, ma pur di rimanere su posizioni mainstream, preferisce rischiare di cadere talvolta nello scontato, rinunciando a tener conto delle molteplici difficoltà legate alla salute globale che non siano la fame o la carenza di vaccinazioni nei Paesi in via di sviluppo. Temi importanti, ma quali sono le cause? Non sono nella guerra, nelle lotte di potere, nell’inazione degli organismi sovranazionali che dovrebbero tutelare i Paesi in via di sviluppo e la salute delle fasce povere della popolazione nel mondo occidentale? *Science* inquadra il tema della povertà, della salute globale come un tema di scienza, infatti la domanda a cui vuole dare una risposta l’Editor-in-Chief Marcia McNutt è “come la scienza può rendersi utile in questo contesto di crisi globale, in cui devono essere raggiunti obiettivi così importanti?”.

Le tematiche globali prese in considerazione da *Science* sono ampie. Se la rivista da un lato si focalizza sulle emergenze in atto, come l’epidemia di Ebola, dall’altro si concentra sulle politiche sovranazionali da parte di enti come l’ONU e l’OMS. Analizza i temi partendo da documenti programmatici, basati sì sulla scienza, ma talora teorici e distanti dalla realtà su cui una rivista così prestigiosa dovrebbe avere un impatto. Dovrebbe, ma non è detto che *Science* voglia farlo. Forse preferisce rimanere nell’ambito della politica della scienza che avere un ruolo attivo come fa il *British Medical Journal* e a temi come la crisi greca viene dato uno spazio marginale

³⁵ Dye C., Mc Nutt M. *The science of sustainability* Science, vol. 340, 28 June 2013, p. 1499.

in *Letters e Comments. Science*, in questo modo, rimane forse fedele a una visione della povertà non del tutto aggiornata. La povertà non esiste solo nei paesi del Sud del Mondo, ma anche nei Paesi Occidentali di cui *Science* è l'avamposto scientifico per eccellenza.

3.3 La rete

3.3.1 Contenuti multimediali e radio

Per capire la crisi, economica, sociale e umanitaria che sta vivendo l'Europa, sono reperibili nel web alcuni documentari di registi e produttori indipendenti che restituiscono un affresco a tinte molto forti. Forse per questo sono stati criticati aspramente e non distribuiti attraverso i comuni canali mediatici, come cinema e tv. Unica eccezione un audio-documentario.

Sono stati presi in considerazione due video documentari, *Debtocracy* e *Capire un po' la crisi*, e un audio documentario, *Odissea Grecia*.



Foto di Ilaria Scarpa

Pur nella limitatezza di mezzi che spesso caratterizzano le produzioni indipendenti, gli autori di *Debtocracy* hanno coinvolto alcuni dei massimi esperti a livello mondiale di politica economica, come David Harvey, geografo, sociologo e politologo inglese e Costas Lapavistas, economista alla School of Oriental and African Studies (SOAS) di Londra, membro del Parlamento greco per il movimento Syriza e *columnist* per il *Guardian*.

Queste realizzazioni sono importanti testimonianze della semantica del linguaggio politico: termini medici e scientifici usati come metafore per descrivere la drammatica situazione economica.

Come l'apertura di *Debtocracy*:

(G. Papadopoulos – Presidente del Consiglio greco): *“Proverò di nuovo a contattare i dottori. Abbiamo un malato e lo abbiamo ingessato”*

(D. Strauss-Kahan - FMI): *“Non bisogna mai contraddire il dottore. A volte questi ti prescrive delle medicine che non ti piacciono, ma anche se le medicine non ti piacciono, il dottore sta solo cercando di aiutarti”*.

(voce fuori campo)

La storia, è stato detto, ha la brutta abitudine di ripetersi e ripetersi, come una farsa. E da un dittatore che voleva fare il dottore, siamo passati nelle mani del primario del FMI.

[...]

(G. P.): *“Sfortunatamente il nostro paese si trova oggi nel reparto di terapia intensiva. Il vicolo cieco in cui è entrata la nostra finanza pubblica mette a rischio la nostra sovranità nazionale per la prima volta dal 1974”*.

(voce fuori campo)

Gli zar dell'economia, dopo decenni di ininterrotta austerità, hanno cominciato a presentare la Grecia come fosse una superpotenza finanziaria locale.

[...]

(G. Papantoniou – Ex Ministro delle Finanze): *“Il nostro operato è senza precedenti. Quale altro governo ha risolto i problemi dell'economia?”*

(voce fuori campo)

Quando la loro costruzione è crollata, le stesse persone hanno iniziato a sussurrare che a causa di imprecise anomalie genetiche, siamo incapaci di gestire la nostra economia senza interventi esterni.

Luciano Gallino, sociologo ed economista scomparso nel novembre 2015, nel documentario *Capire un po' la crisi* usa il verbo *somministrare*, prendendolo a prestito dal vocabolario medico:

“La cultura politica, la cultura economica, la cultura sociale che ha prodotto la crisi seminando a piene mani manovre economiche improprie nei dieci o quindici anni, o anche più, precedenti la crisi, quella cultura è al potere in Europa dovunque ed è quella che sta amministrando, somministrando i rimedi per la crisi.”

Odissea Grecia di Graziano Graziani, andato in onda in cinque puntate su Rai Radio3 nel programma *Tre soldi* nel novembre 2013 è un audio documentario che tocca la situazione con mano attraverso la voce degli intervistati. In particolare, la

seconda puntata (26/11/2013) descrive la situazione sanitaria greca attraverso le voci dei medici dell'organizzazione non governativa *Doctor's of the World*.

(Graziano Graziani) *La sanità in Grecia è uno dei settori più toccati dai tagli. Chi non ha un contratto di lavoro non ha accesso al servizio sanitario nazionale. Per questo molti iniziano a rivolgersi alle Ong internazionali come Doctor's of the World. Cristina, una portavoce dell'ONG ci racconta questo nuovo fenomeno dovuto alla crisi.*

(Cristina) *Abbiamo unità mediche mobili che si muovono lungo tutta la Grecia per portare assistenza sanitaria alla popolazione. Abbiamo cinque cliniche stabili, quella centrale è in Atene, poi ce ne sono altre a Perama, vicino al Pireo, a Patrasso, a Salonicco e nell'isola di Creta. Abbiamo diverse specializzazioni nelle unità mediche mobili, ad esempio una dentistica, una oftalmologica e una di medicina generale e poi abbiamo due progetti specifici di assistenza, uno per i senza tetto e uno per i consumatori di droghe.*

Assistiamo in particolare migranti e rifugiati, ma dal 2011, dall'inizio della crisi, anche molti greci, ad esempio anziani con una pensione molto bassa, che non possono comprare medicine o pagare un medico privato. Poi abbiamo cominciato a vedere anche persone del ceto medio, che hanno cominciato ad avere problemi economici. Vengono da noi perché non hanno l'assicurazione sanitaria, sono disoccupati da oltre un anno e quindi non hanno accesso al sistema sanitario pubblico. E poi ci sono i genitori con bambini piccoli che non sono stati vaccinati e questo è un problema molto serio. Nella clinica di Atene visitiamo approssimativamente 120 persone al giorno, il 25% sono greci. Questo è un fenomeno nuovo, cominciato dopo la crisi. Nella clinica di Perama abbiamo il 95% di greci.

[...]

(G.G.) *Il suo ambulatorio è dedicato alle cure pediatriche. Come viene svolta l'attività?*

(Medico) *Questo è un ambulatorio di pediatria che serve 40-50 bambini al mese.*

[...]

(G.G.) *Stanno nascendo molto ambulatori sociali che si reggono sulla solidarietà di medici e semplici cittadini.*

(Medico) *Il problema fondamentale è che le malattie sono rimaste le stesse, non sono cambiate con la crisi. Il problema è la vaccinazione che non può essere effettuata perché la cassa mutua non paga queste vaccinazioni per chi non è assicurato.*

Quindi, Papadopoulos chiama in causa “i dottori”, Luciano Gallino parla di “somministrare i rimedi”, *Odissea Grecia* ci fa capire come la medicina sia al punto

più basso della storia dell'umanità, proprio nella terra in cui è nato Ippocrate, padre della scienza medica moderna. Forse si tratta di coincidenze o forse è nella *forma mentis* della cultura occidentale ritenere che davanti a un grave danno sia necessario l'intervento di qualcuno che abbia in mano una cura, un rimedio.

Nel caso della Grecia, non sembra che gli interventi adottati abbiano funzionato, semmai il contrario: i tagli alla spesa pubblica imposti dalle misure di austerità hanno impoverito il ceto medio, gli anziani, le giovani famiglie con bambini. Il sistema sanitario greco non è universalistico, ma basato sull'assicurazione medica che solo un lavoro può garantire. L'austerità, tagliando posti di lavoro nel settore pubblico, ha fatto venir meno la sicurezza economica per migliaia di famiglie, giovani e anziani.

Il messaggio di questi documentari è convergente: perché enti sovranazionali, che hanno l'unico obiettivo di salvaguardare le banche e le grandi corporation finanziarie – vedi Goldman Sachs – devono calpestare i diritti fondamentali degli esseri umani? Perché i governi occidentali acconsentono a tale ricatto? Si tratta di un vero e proprio ricatto oppure di una scelta volontaria dei governi europei? La tesi che sostiene *Debtocracy* è quella di una strumentalizzazione della Grecia da parte dei Paesi europei e del Fondo Monetario Internazionale, che hanno elargito fondi prima per le Olimpiadi, poi per la crisi, ma che invece sono serviti al solo scopo di far acquistare armi alla Grecia.

Questa è la situazione che viene denunciata anche dall'europarlamentare del Partito dei Verdi, Daniel Cohn-Bendit, in un discorso del 2010 al Parlamento europeo riportato nel film *Debtocracy*:

"Siamo degli ipocriti. Quest'ultimo mese la Francia ha veduto sei fregate alla Grecia, per un valore di 2,5 miliardi. Degli elicotteri, per più di 400 milioni, e dei Rafale (aerei da caccia). Ogni Rafale costa 100 milioni. Purtroppo il mio spionaggio non mi permette di sapere se sono 10, 20 o 30 Rafale. Il loro costo è di quasi 3 miliardi. E per di più, dal prossimo anno, la Germania venderà sei sottomarini alla Grecia. Il loro costo: 1 miliardo. Ma siamo completamente ipocriti. Gli diamo dei soldi per acquistare le nostre armi".

Dal canto suo, la Vice Presidente del partito comunista tedesco, *Die Linke*, Sarah Vangenhecht, racconta:

"Quando la Germania ha negoziato il supporto della Grecia nel 2010, la condizione fondamentale era che non ci sarebbe stata l'interruzione delle importazioni di armamenti tedeschi. La Grecia doveva risparmiare sulle pensioni e sulle politiche

sociali, ma non sulle armi. E questo mostra chiaramente il centro degli interessi. Il governo tedesco è come il protettore degli interessi delle grandi compagnie di armi e delle industrie che le esportano. E i tedeschi vogliono continuare le esportazioni anche durante la crisi".

Per David Harvey, il capitalismo non può esistere senza una crisi: *“Bisogna partire dagli anni Settanta per capire che tutto ciò che è accaduto è servito a creare una nuova crisi che giustifica gli interventi di austerità di oggi”*. Provvedimenti varati dall’alto che non rispettano in alcun modo i diritti umani. I cittadini, specie quelli della periferia dell’Europa, sono considerati dai capi di governo una fonte di reddito, ovvero tasse, per pagare i debiti contratti all’interno di questo circuito perverso descritto da Cohn-Bendit. Una logica senza pietà, nella quale i determinanti sociali della salute, il diritto alla cura sono dimenticati. La logica della guerra non può produrre salute. E così è avvenuto e avviene tuttora per milioni di persone in Grecia, sia che ci vivano sia per i migranti che la attraversano per raggiungere proprio quei Paesi che hanno deciso da tempo del loro futuro.

3.3.2 I movimenti di cittadini

Nella nostra società la salute è un valore etico che tuttavia attira attorno a sé interessi e lobby molto forti. Sempre più cittadini, anche nei Paesi in via di sviluppo grazie al lavoro capillare di alcune Ong, stanno prendendo consapevolezza che la salute è un valore inalienabile, sancito a livello internazionale. Spesso progetti come i *Millennium Development Goals* si pongono obiettivi ambiziosi che poi raggiungono soltanto in piccolissima parte, talvolta sono solo dichiarazioni di intenti che si risolvono in un nulla di fatto. Sono le iniziative dal basso che invece funzionano.

La Dichiarazione di Alma Ata (*Alma Ata Declaration on primary health care*) venne adottata alla Conferenza Internazionale sull’assistenza sanitaria primaria tenutasi dal 6 al 12 settembre 1978 ad Alma Ata, nella ex-Unione Sovietica. La conferenza fu organizzata dall’Organizzazione Mondiale della Sanità, dall’Unicef e si diede come motto *Salute per tutti entro il 2000*.



Health for All Now!

People's Health Movement

Tra i movimenti più attivi a livello internazionale che si rifanno a questa dichiarazione vi è il *People's Health Movement (PHM)*, nato ufficialmente nel dicembre 2000 a Dhaka, in Bangladesh, l'anno in cui, teoricamente, doveva realizzarsi l'intento dichiarato di Alma Ata.

La realtà, a livello mondiale, è purtroppo quella di una sempre maggiore disparità tra popolazioni povere, con bassi livelli di reddito, istruzione e accesso alle cure primarie, e fasce di cittadini che, invece, possiedono la gran parte della ricchezza mondiale. È un trend costante e, sembra, non facilmente arginabile. È a livello locale, attraverso la costituzione di forti reti di solidarietà che questa situazione di disuguaglianza può essere cambiata. È attraverso una costante presenza e pressione politica dei più deboli sui più forti che sarà forse possibile cambiare questo stato di precarietà per milioni di persone nel mondo. People's Health Movement riunisce molte reti di solidarietà legate al mondo del diritto alla salute, sia dei Paesi sviluppati che di quelli in via di sviluppo. Per capire quanto il problema sia vissuto e interiorizzato da migliaia di cittadini è sufficiente sfogliare le pagine del sito www.phmovement.org dove si trovano news che vanno oltre la cronaca cui siamo abituati. Si percepisce la volontà di agire in modo proattivo, positivo e collaborativo con le istituzioni e con le persone che hanno bisogno di aiuto. Perché solo acquisendo la consapevolezza dei propri diritti si sarà poi in grado di prendersi cura della salute personale e delle persone più prossime a noi.

healthwatch

Il National Health Service (NHS), il primo sistema sanitario gratuito basato sul principio dell'universalità nato nel Regno Unito dopo la fine della Seconda guerra mondiale, ha subito mutamenti radicali a partire dagli anni Ottanta con l'ingresso delle politiche neoliberiste adottate da Margaret Thatcher.

Il movimento *Healthwatch* è una charity che ha l'obiettivo quello di mediare tra richiesta di salute dei cittadini e sistema sanitario. L'organizzazione è presente sul territorio con 151 presidi in tutta l'Inghilterra e si avvale di un organigramma molto strutturato e competente, in grado di negoziare con le massime autorità sanitarie

dello Stato per quanto riguarda le scelte in campo sanitario. Trasparenza, dialettica e coinvolgimento nelle decisioni relative alla salute sono i temi sui quali *Healthwatch* si concentra maggiormente, per nulla intenzionata a cedere il campo a decisioni di tipo verticistico, come dimostrato dalla lettera inviata al Segretario di Stato del Dipartimento della Salute nel luglio 2014, quando iniziò la discussione della Riforma del Sistema sanitario nazionale inglese, *The Legislative Reform (Clinical Commissioning Groups) Order 2014*. In questa lettera *Healthwatch* lamentava come le decisioni più importanti sulla riconfigurazione del sistema venissero prese in sessioni chiuse della commissione, con una carenza di trasparenza e un mancato coinvolgimento della popolazione. *Healthwatch* chiedeva che tali decisioni venissero prese di comune accordo tra Parlamento e quello che ama definirsi un movimento dei più importanti “consumatori di servizi per la salute”.



“Perché la salute è un diritto umano” dichiara nel suo statement Gavino Maciocco, promotore e coordinatore del blog saluteinternazionale.info che da anni è un punto di riferimento per un’informazione imparziale sul tema della salute globale. Il blog si occupa dell’evoluzione dei sistemi sanitari di tutto il mondo, di tematiche di salute nei Paesi in via di sviluppo, delle nuove povertà del mondo occidentale collegate ai movimenti migratori, dal management alla formazione sanitaria.



Il Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale (CSI) presso l’Università di Bologna è nato nel 2006 all’interno del Dipartimento di Medicina e Salute pubblica. Il suo interesse principale è la salute globale, seguita con “approcci multidisciplinari e innovativi”, dove l’attività dello studente di medicina è messa alla prova sul campo. Molte iniziative sono prese sia dagli stessi studenti, sotto la supervisione del Prof. Angelo Stefanini, sia dal docente stesso. Le attività si

concentrano sui determinanti sociali della salute e sul loro impatto e conseguenze in termini di disuguaglianze a livello di accesso alle cure. L'approccio è multiculturale e multidisciplinare. Si tratta di un'esperienza poco diffusa nelle Facoltà di Medicina tradizionali, dove il problema della salute come tema globale, e non solo ospedaliero, viene lasciato a margine o per nulla trattato. "Le crescenti ondate migratorie pongono alla medicina e alla professione medica nuovi interrogativi, significa venire in contatto con nuove culture che si stanno inserendo nel nostro Paese oppure solamente di passaggio" afferma Angelo Stefanini.

3.4 David Stuckler

Il 21 maggio 2013, per le edizioni newyorkesi Basic Books, esce il libro *The body economic. Why austerity kills*, scritto a quattro mani da David Stuckler, docente di Politica economica e Sociologia alla *London School of Hygiene and Tropical Medicine* presso la Oxford University, e da Sanjay Basu, professore di medicina ed epidemiologia alla Stanford University. Il volume è un importante riferimento che si contrappone alle politiche di austerità introdotte dalla Troika. Tradotto in oltre dieci lingue, esce in Italia nel luglio dello stesso anno per le edizioni Rizzoli con il titolo *L'economia che uccide. Quando l'austerità ci costa la vita*.

David Stuckler non sembrava destinato a diventare un baluardo scientifico su tematiche quali le misure per contrastare le crisi economiche e le politiche sanitarie. Lo racconta lui stesso nella prefazione: da ragazzo si manteneva con lavori saltuari, spesso come cameriere, e sognava di diventare un famoso musicista. Fino a quando la crisi economica lo coinvolse in prima persona. Prima fu licenziato, poi si ammalò di broncopolmonite senza una copertura assicurativa sanitaria a causa della disoccupazione. Decise, quindi, di tornare a vivere con la sua famiglia e iniziò a studiare economia.

L'esperienza personale lo ha probabilmente portato a ragionare su alcuni temi molto importanti per la nostra società, in particolare a chiedersi perché molti Stati decidano di tagliare la spesa sanitaria in momenti di contrazione economica. Come dimostrano molti suoi studi scientifici, la perdita del lavoro è un fattore decisivo nella storia di un individuo, che può arrivare ad ammalarsi in modo grave o addirittura a compiere gesti estremi.

Rimarrà forse nella storia il suicidio nell'aprile 2012 di un farmacista greco in pensione davanti al Parlamento di Piazza Syntagma ad Atene.



Il luogo dove si è suicidato il farmacista greco Dimitris Christoulas (foto Wikipedia)

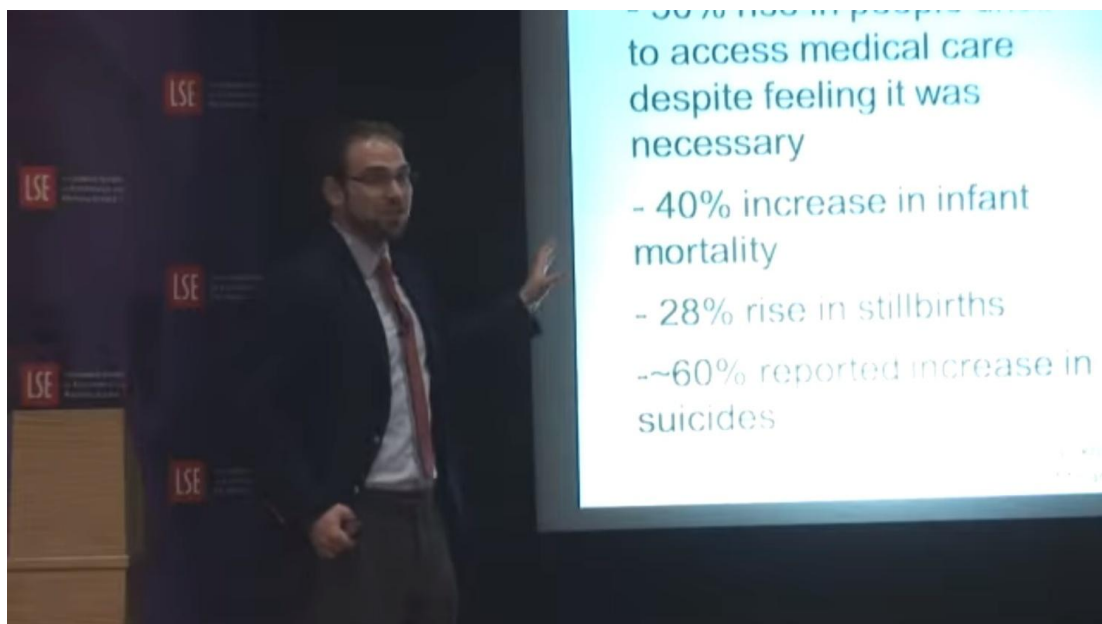
«La mattina del 4 aprile 2012, Dimitris Christoulas uscì di casa e si diresse verso il Palazzo del Parlamento greco, nel centro di Atene. All'età di 77 anni, non vedeva altra via di uscita. Christoulas era un farmacista, in pensione dal 1994, ma non poteva più permettersi di comprare le medicine. Aveva vissuto bene, ma il nuovo governo greco aveva tagliato drasticamente la sua pensione rendendogli l'esistenza un peso insostenibile. Quella mattina Dimitris Christoulas andò in piazza Syntagma, la più importante della città. Salì i gradini del Parlamento, si puntò una pistola alla testa e dichiarò: "Io non mi sto suicidando, sono loro che mi stanno uccidendo". Poi premette il grilletto».³⁶

Il dato scientifico è certo: la salute dei cittadini è il primo fattore che influisce sull'economia di un Paese, per questo anche le scelte di politica sanitaria ne determinano il futuro. Gli autori si riferiscono a fattori come l'aspettativa di vita alla nascita, alla mortalità infantile, alla gestione di malattie croniche, all'aumento della popolazione anziana, ai disagi psichici.

³⁶ Stuckler D., Basu S. *L'economia che uccide*, Milano, Rizzoli, 2013, p. 26

La tesi portata avanti dai due autori è costantemente supportata da studi scientifici, epidemiologici e storici: la società è fatta di individui che formano un corpo unico verso il quale lo Stato ha l'obbligo di fare delle scelte atte a promuovere *in primis* la salute collettiva. Questo significa innanzitutto prevenzione contro le malattie infettive, piuttosto che profilassi per malattie ormai scomparse in Europa, quali la malaria o la febbre del Nilo. Sono costi che uno Stato deve sostenere, perchè non farlo significherebbe dover poi ricorrere a misure drastiche e d'emergenza, e dal costo economico, ma soprattutto sociale e sanitario, molto più elevato.

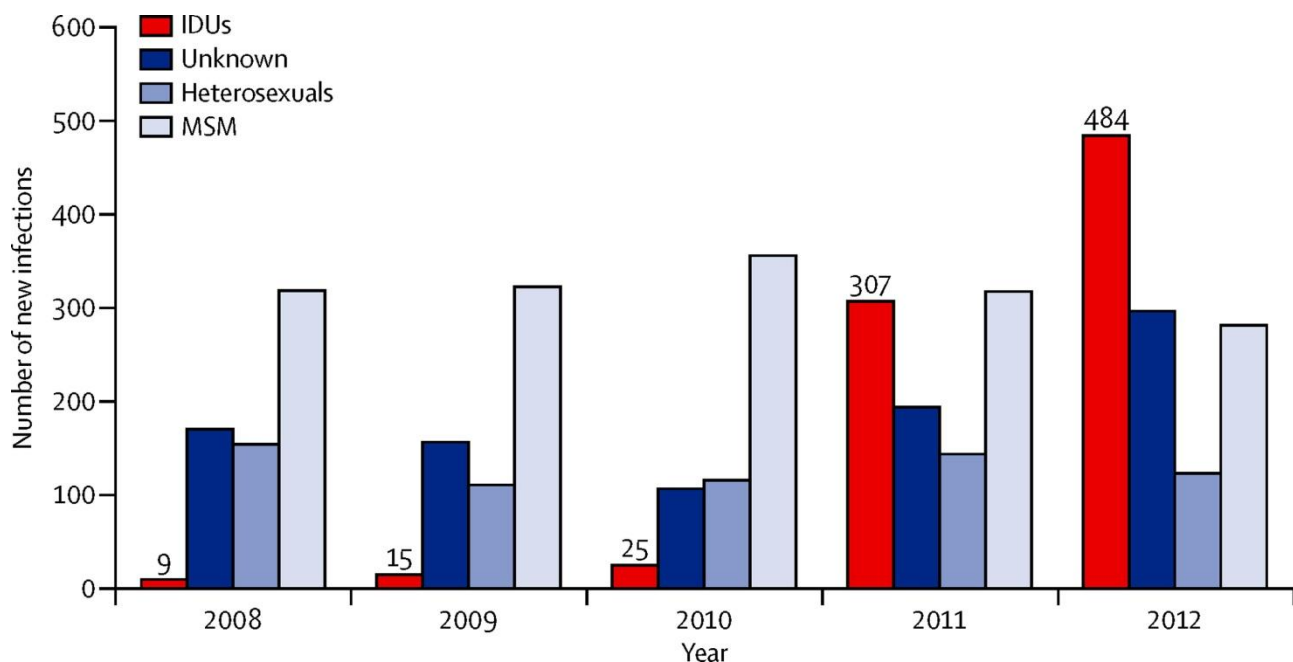
Nel fotogramma che segue, il 4 marzo 2014 David Stuckler sta tenendo una lezione alla *London School of Economics* sul tema dell'austerità. Nella slide mostra alcuni dati relativi alla Grecia dopo l'introduzione delle misure di austerità volute dalla Troika: un aumento del 40% della mortalità infantile, del 28% di nascite premature e del 60% circa di suicidi.



Questi e altri dati analoghi sono stati pubblicati sulla rivista *The Lancet* in un articolo dal titolo *Greece's health crisis: from austerity to denialism*³⁷.

Nell'articolo vengono riportati i dati relativi all'aumento delle infezioni da HIV, dovute alla mancata distribuzione di siringhe monouso e profilattici ai senzatetto e ai tossicodipendenti, e a un contemporaneo aumento dell'uso di eroina e della prostituzione.

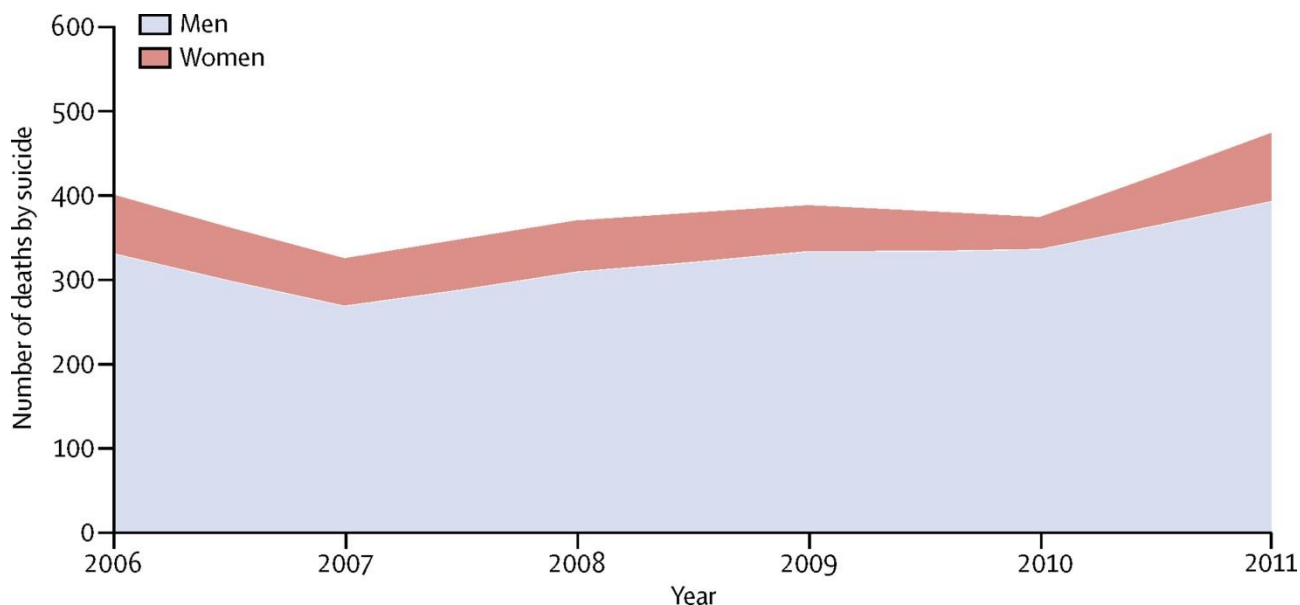
³⁷ Kentikelenis A, Karanikolos M, Reeves A, McKee M, Stuckler D, *Greece's health crisis: from austerity to denialism*, *Lancet*. 2014 Feb 22;383(9918):748-53.



The Lancet 2014 383, 748-753DOI: (10.1016/S0140-6736(13)62291-6)

IDUs=intravenous drug users. MSM=men who have sex with men. Figure based on data from the European Centre for Disease Prevention and Control and the WHO Regional Office for Europe.

Aumenta anche il numero di suicidi. All’inizio sembrava un fenomeno legato alla sfera maschile, ma gradualmente il problema ha coinvolto anche le donne, che da sole rappresentano quasi un centinaio di suicidi all’anno, dal 2006 fino al 2011.



The Lancet 2014 383, 748-753DOI: (10.1016/S0140-6736(13)62291-6)

Quello che l’articolo di Stuckler (2014) denuncia è la negazione da parte delle istituzioni di questi dati, evidenziando un forte contrasto tra ricerca scientifica e decisioni politiche ed etiche:

“Le istituzioni hanno negato che ai gruppi più vulnerabili sia stato impedito l’accesso alle cure ma hanno invece dichiarato che sono state offerte cure gratuite a coloro che non potevano affrontare il costo di un’assicurazione pubblica. Tuttavia, la letteratura scientifica presenta un quadro diverso. Visto questo dettagliato corpo di evidenze sui dannosi effetti dell’austerità sulla salute, il mancato riconoscimento pubblico del dato da parte dei Governi greci successivi e delle istituzioni internazionali è degno di nota. In più, la risposta predominante è stata la negazione che vi siano serie difficoltà, e tale reazione non è stata esclusiva della sola Grecia.”³⁸

Tale articolo ha poi avuto una serie di repliche sulle pagine di *Lancet* vista la provocazione lanciata dagli autori dello studio. Ma il messaggio più forte è quello lanciato dal libro di Stuckler:

“Poco prima di essere nominato presidente del Consiglio, Enrico Letta ha dichiarato: ‘Di solo risanamento l’Italia muore’. Un messaggio semplice e chiaro. L’austerità, il trattamento radicale mirato a ridurre il debito e incentivare la crescita economica, in Italia ha fallito: se l’esperimento fosse stato concepito come una sperimentazione clinica, sarebbe già stato interrotto da tempo.[...] Purtroppo l’esperimento non ha dato i risultati sperati. Nel primo trimestre del 2011 l’Italia aveva mostrato i primi segnali di una lenta e fragile ripresa, che però si è arrestata con l’introduzione delle misure di austerità, quando i tagli di bilancio pubblico hanno fatto precipitare di nuovo l’economia”.³⁹

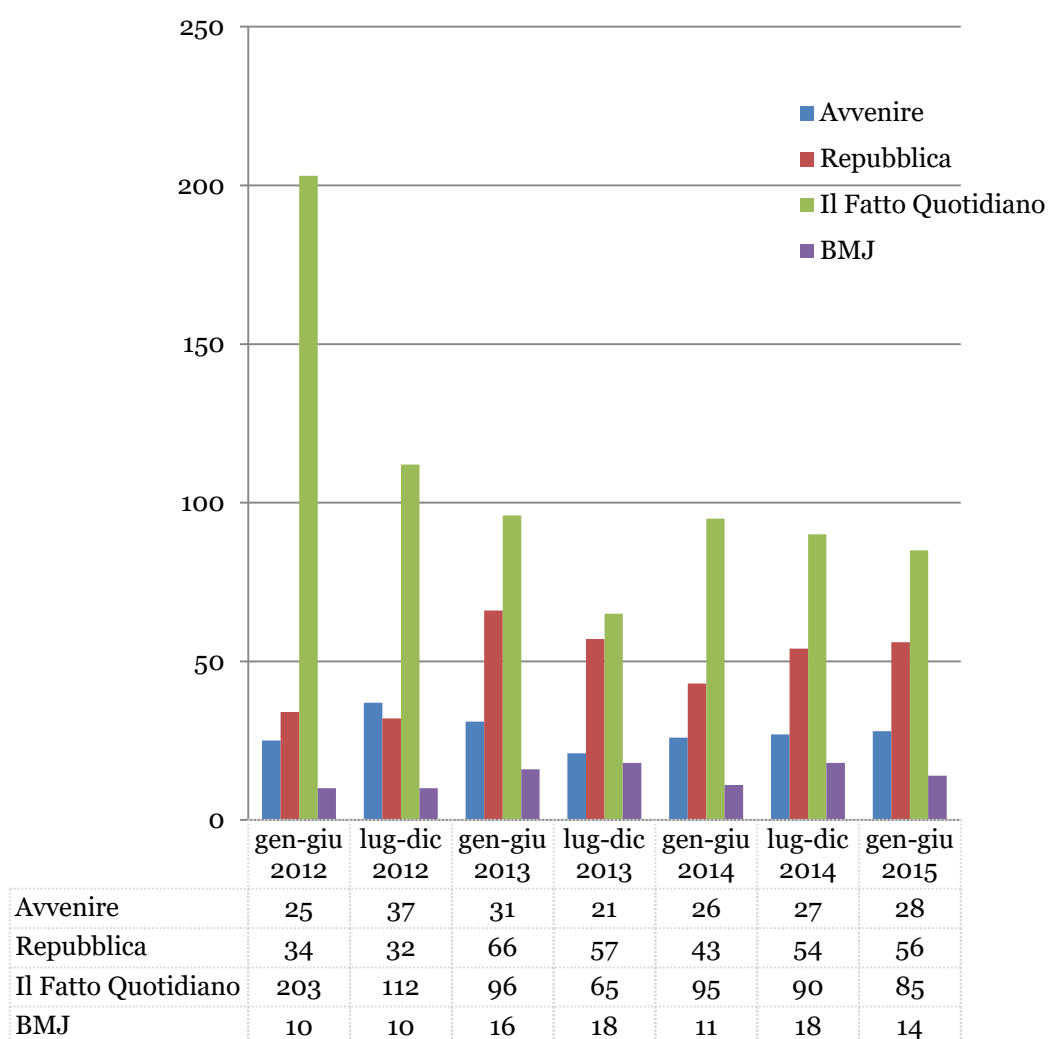
La conclusione a cui Stuckler e Basu vogliono far giungere il lettore, ma soprattutto le istituzioni internazionali, è che le scelte in tema di politica sanitaria non possono essere influenzate da soli calcoli di pareggio di bilancio. Una considerazione importante ma sempre più difficile da mettere in pratica, soprattutto in Europa, dove serrati parametri tra rapporto deficit pubblico/prodotto interno lodo minano alla base investimenti cruciali per il futuro della cittadinanza.

³⁸ *Ibidem*

³⁹ Stuckler D, *L’economia che uccide*, Rizzoli, 2013 Milano, p. 7

4. Conclusioni

La tesi, basata su una comparazione tra tre quotidiani nazionali e quattro riviste scientifiche internazionali nel periodo 1° gennaio 2012-30 giugno 2015, ha mostrato come *Il Fatto quotidiano*, dal punto di vista quantitativo, riservi maggiore attenzione al tema dei determinanti sociali della salute rispetto a *Repubblica* e *Avvenire*. Si è voluto accostare al **Grafico 13** la quantità di editoriali del *British Medical Journal* per avere una riferimento alla rivista scientifica che, tra quelle consultate, è risultata la più attenta al tema.



Interrogandoci sul perché di questi dati, si è voluta fare una valutazione anche delle fonti di finanziamento di questi tre quotidiani: *Il Fatto Quotidiano* dichiara di non avvalersi dei finanziamenti pubblici all’editoria; *la Repubblica*, parte del Gruppo editoriale L’Espresso, a sua volta sotto la direzione del Gruppo CIR di Rodolfo De

Benedetti, figlio di Carlo, nel periodo preso in considerazione non ha ricevuto finanziamenti statali; *Avvenire*, il quotidiano con minori uscite sul tema della ricerca, ne ha beneficiato per un totale di quasi 11.600.000 euro nel periodo 2012-2014⁴⁰.

Il Gruppo Editoriale L'Espresso ha tuttavia ricevuto più di otto milioni e mezzo di euro sotto forma di agevolazioni per il credito d'imposta nel periodo 2008-2012 per l'acquisto della carta, contributo che *Il Fatto Quotidiano* non ha ricevuto⁴¹. Lo stesso credito di imposta è stato concesso ad *Avvenire* per poco più di 450 mila euro⁴². *La Repubblica* e *Avvenire* sono inoltre accomunati da forti interessi nel mondo della sanità. *Avvenire*, come si è riportato in alcuni stralci di articolo, si fa portavoce degli interessi economici della sanità degli enti di cura gestiti dal clero. *La Repubblica*, vedi CIR, fa parte di un gruppo dove troviamo anche KOS, "il polo aggregatore al fianco della Sanità pubblica"⁴³, "il quarto gruppo italiano per fatturato nell'intero settore della sanità privata", il "1° operatore privato in Italia nelle residenze per anziani"⁴⁴. Quello che manca al *Fatto Quotidiano* è forse un interesse nella sanità, di cui negli articoli spesso riporta la cronaca di decessi dovuti a negligenze del personale medico e paramedico o a carenza di strutture e posti letto. Inoltre, spesso viene evidenziato solo quello che non va bene, quasi mai si parla di eccellenze, che pure in Italia esistono.

La strategia dei quotidiani del "voler fare notizia a tutti i costi" sacrifica la comunicazione del tema dei determinanti sociali della salute, dalla sanità, alle situazioni di povertà. Come riportato nell'analisi, se *La Repubblica* cita i rapporti di *Save the Children*, in cui si forniscono dati sulle conseguenze della povertà sulla salute dei bambini, *Il Fatto Quotidiano* parla del drammatico tema dei suicidi di molti imprenditori e disoccupati, con numeri che fanno in entrambi i casi molto colpo sul lettore. Questa cifra stilistica è comune a quasi tutti i media e, se sommata alla crisi di vendite dei quotidiani, ci riporta a quanto racconta Iona Heath nell'intervista in **Appendice 1**, a quella sorta di rituale della comunicazione sulla salute e sui determinanti sociali che vede o nella storia della guarigione miracolosa o nella malattia incurabile il modo migliore per attirare l'attenzione del lettore e recuperare

⁴⁰ Dipartimento per l'informazione e l'editoria
(http://presidenza.governo.it/DIE/dossier/contributi_editoria_index.html link consultato il 30 agosto 2016)

⁴¹ Dipartimento per l'informazione e l'editoria
(http://presidenza.governo.it/DIE/attivita/politiche_sostegno_editoria/acquisto_carta_impres_editoriali.html, link consultato il 30 agosto 2016)

⁴² *Ibidem*

⁴³ <http://www.kosgroup.com/ita/home/> (link consultato il 30 agosto 2016)

⁴⁴ <http://www.cirgroup.it/attivita/sanita-kos.html> (link consultato il 30 agosto 2016)

quote di vendita. Il tema dei determinanti sociali della salute che sembra interessare poco i quotidiani presi in esame e anche le riviste scientifiche da noi analizzate – *British Medical Journal*, *The Lancet*, *Science* e *Nature* (ad eccezione del BMJ) – in realtà non riguarda ormai solo i Paesi del sud del mondo. Le vicende drammatiche di accesso alle cure dei cittadini greci hanno fatto più di una volta notizia. La crisi economica che si fa iniziare nel 2008 con il fallimento della *Lehman Brothers* ha in realtà portato indietro in diversi paesi, dall’Inghilterra alla Spagna, le lancette dell’orologio annullando le conquiste della sanità pubblica basata sul principio universale della solidarietà.

Appendice 1

**Intervista a Iona Heath,
autrice di**

Contro il mercato della salute (Bollati Boringhieri, 2016)

Iona Heath, già medico di base e per molto tempo presidente del *Royal College of General Practitioners*, ha guidato tra il 2004 e il 2009 il comitato etico del *British Medical Journal*. Da sempre impegnata nel condannare la progressiva privatizzazione dell'assistenza medica, nel suo ultimo breve saggio, *Contro il mercato della salute*, compie un'analisi sulla condizione dei sistemi sanitari nei paesi sviluppati, con una particolare attenzione alle disuguaglianze nell'accesso alla salute. Da anni punto di riferimento di un'idea di salute che contrasta l'*overdiagnosis* e le politiche sanitarie discriminatorie, Iona Heath ritiene che il sistema sanitario sia la soluzione tecnica che la politica propone a un problema soprattutto sociale.

A gennaio 2016 le abbiamo rivolto alcune domande sul ruolo dei determinanti sociali della salute e delle politiche sanitarie, e su quanto influiscano sulla qualità della vita e sul benessere degli individui.

Domanda. Quali sono oggi i più importanti determinanti sociali della salute?

Risposta. La povertà, direi, è il principale: tutti i determinanti sociali della salute sono in stretta relazione con condizioni di povertà, non solo di tipo economico. C'entrano anche la quantità e la qualità del lavoro, l'accesso alla educazione. Qualsiasi tipo di privazione si possa pensare quando si parla di povertà, alla fine tende a ridursi in povertà finanziaria. Che può essere anche peggiore quando entrano in gioco razzismo, discriminazione di genere (e non solo), e intolleranza religiosa.

D. Le priorità che lei individua per una auspicabile qualità della vita?

R. Credo che oggi sia molto importante dare alle persone la possibilità di una migliore distribuzione di risorse e di opportunità rispetto a quanto vediamo accadere tutti i giorni. È fondamentale per ogni individuo avere la possibilità di vivere in modo produttivo e appagante, per dare un senso alla propria vita. Anche questi, a mio parere, sono da considerarsi fattori essenziali per una condizione di benessere.

Kenneth Calman, uomo della medicina e ricercatore scozzese, ha definito la qualità della vita come il divario tra aspettativa ed esperienza. Ecco, in fatto di salute, credo che le aspettative di rado corrispondano all'esperienza. La definizione dell'OMS di completo benessere psicofisico mina sistematicamente la qualità della vita suscitando delusione, e anche rabbia, nelle persone e senso di frustrazione nei medici. La salute non corrisponde a uno stato di perfezione ed è costruita socialmente all'intersezione fra biologia e cultura. La sua definizione, a seconda del momento storico e del contesto in cui si vive, può cambiare.

D. La disattenzione attuale verso i determinanti sociali della salute dipende dalla situazione economica o da decisioni politiche?

R. Entrambe le cose. In molti paesi le élite politiche stanno facendo sì che i ricchi diventino ancora più ricchi, destinando i poveri a essere ancora più poveri, e permettendo nuovi depauperamenti socio-economici. Ora, se si collega questo trend al tema della salute lo scenario che si propone è il seguente: è il singolo cittadino, con i propri mezzi, che deve provvedere alla propria salute. Ciò significa avallare una sorta di modernizzazione dei determinanti sociali della salute che vengono così spogliati del loro vero significato e alla fine ignorati. Questo processo ha un legame fortissimo con l'individualismo imperante, incredibilmente dannoso per la nostra società. Quando si parla di salute non si può ragionare in termini individuali, ma sociali.

D. Le politiche neoliberiste, come lei scrive nel libro, dettano legge in gran parte del mondo. Con quali conseguenze?

R. Le società contemporanee si stanno polarizzando sempre più fra ricchi e poveri. Alla crescente disparità economica si è aggiunto l'imperativo della "austerità". Lo Stato sociale, considerato il grande pilota del progresso sociale post-bellico, è oggi visto come uno sperpero di ricchezza e di impresa. Viviamo sotto la dittatura del capitalismo finanziario e prevale la tirannia del profitto. E se questo è il contesto, difficile parlare di *care* (l'insieme di attenzione, sollecitudine, condivisione e dedizione) sacrificata per lo più alle procedure mediche. La medicina è diventata oggi

complice dell'errata aspirazione a cercare soluzioni tecnologiche all'eterno problema esistenziale posto dalla finitezza della vita e dall'ineludibilità della sofferenza⁴⁵.

D. Si insiste molto sulla promozione della propria salute. Con quale obiettivo?

R. Questo era ciò che intendevo quando parlavo di focalizzazione sull'individuo. Le persone sono sottoposte a una valanga di informazioni mediche, hanno mille paure legate alla propria condizione di salute, sono in cerca di consigli su che cosa dovrebbero o non dovrebbero fare per restare sane. Una sorta di pensiero ossessivo. Nessuno si preoccupa di verificare se queste stesse persone abbiano un lavoro appagante, se sono in grado di gestire determinate situazioni della propria vita, se guadagnano abbastanza per procurare sostentamento alla propria famiglia... Tutti determinanti della salute molto più incisivi che l'andare dal medico al primo sintomo, o sottoporsi a ogni sorta di screening diagnostico per prevenire presunte malattie, alimentando il fenomeno dell'*overdiagnosis* che ci trasforma tutti in sani ammalati. Quasi trent'anni fa David Metcalfe, un medico, ha messo in guardia i colleghi invitandoli a evitare "l'esuberanza diagnostica o diagnostica del singolo caso che rende ciechi di fronte al bisogno di libertà e dignità dei pazienti".

D. Quali le conseguenze di non tener conto dei determinanti sociali?

R. Di certo le ineguaglianze socioeconomiche si traducono in disparità delle condizioni di salute delle persone, in qualsiasi paese, sia occidentale che in via di sviluppo. Un esempio noto: è sufficiente seguire la mappa della metropolitana di Londra e nell'arco di dieci stazioni l'aspettativa di vita cala o aumenta di dieci anni, a seconda di dove vivi.⁴⁶

⁴⁵ Iona Heath ha affrontato il tema della medicina messa in scacco dalla malattia terminale o semplicemente dalla vecchiaia e quindi sul ciclo naturale della vita, nel suo libro "Modi di morire" (Bollati Boringhieri, 2008): una ricognizione sull'esperienza del distacco.

⁴⁶ Si chiama *Lives on the line* ed è una mappa delle linee della metropolitana che racconta Londra con due statistiche fondamentali: l'aspettativa di vita e la povertà infantile. Confrontando i due indici si ha un quadro di come le sorti dei bambini che vivono nelle zone più povere di Londra potrebbero essere già segnate. L'aspettativa di vita di chi vive a Star Lane, per esempio, è oltre venti anni inferiore di chi vive nei pressi di Oxford Circus. Ma le disparità ci sono anche per distanze più brevi: la mappa evidenzia anche le differenze che ci sono sulle due rive del Tamigi, tra Pimlico e Vauxhall, o tra Lancaster Gate e Mile End.

D. Come accedere alle cure in una situazione in cui i ricchi diventano sempre più ricchi e i poveri sempre più poveri?

R. Le classi benestanti traggono vantaggio da questa situazione di crisi economica. E' incredibile come le persone più ricche ottengano di più di quanto abbiano realmente bisogno. Sembra andato perso l'enorme capitale di solidarietà sociale che si è visto nel mio Paese e in tutta Europa immediatamente dopo la fine della Seconda Guerra Mondiale. Penso ci sia stato un grande impegno per rendere la società più equa e per dare ai bambini maggiori opportunità durante il corso della loro vita. Credo che tutto questo sia lentamente venuto meno.

D. Che cosa è cambiato?

R. E' bene ricordare che le persone tendono ad essere avidi e che, se possono, cercano di arricchirsi. La situazione oggi in Europa è paradossale: il potere dei ricchi si basa sulle tasse che pagano le classi meno agiate, mentre quelle più abbienti che hanno modo di condizionare l'opinione pubblica, distolgono l'attenzione da loro (e dai veri problemi) per rivolgerla a gruppi minoritari come i rifugiati, chiamati migranti, nonostante provengano dalle più drammatiche situazioni di guerra. Un modo per distrarre. Parole come "profughi", "rifugiati", "migranti" e "richiedenti asilo" vengono spesso usate (soprattutto dai media) come sinonimi o come termini sovrapponibili: in realtà indicano situazioni tra loro legate, ma di certo non coincidenti.

D. Quale il ruolo dei mezzi di informazione?

R. La maggior parte dei media *mainstream* dei paesi ricchi, e probabilmente anche dei paesi poveri, sono controllati dai poteri forti – credo che l'Italia stia fornendo un esempio da questo punto di vista – e quindi non sono interessati a porre l'attenzione sui determinanti sociali o ad assumere un atteggiamento critico. Inoltre i media prediligono le storie delle cure miracolose che trasmettono un messaggio di onnipotenza della scienza medica. In ogni caso storie che fanno leva sul pathos e che tendono a esagerare i benefici della medicina, tralasciando marcatamente i temi legati ai determinanti socio-economici della salute.

D. In *Modi di morire* lei affronta il tema della spesa per farmaci che prolungano la vita di pochi mesi, quando ci sono persone che non sono in grado di accedere a cure essenziali.

R. A beneficio del profitto commerciale, il complesso medico-industriale sta pilotando la medicalizzazione di un numero sempre maggiore di aspetti della vita, compresa quella nella sua fase ultima. I tentativi di prevenire lo sviluppo di malattie sono diventati sempre più normativi e coercitivi e sono utilizzati per bollare comportamenti e stili di vita considerati devianti. E la speranza di vita viene perseguita con il ricorso a nuovi trattamenti e nuove cure che permettano di differire la morte, e il morire è considerato sempre più un fallimento del sistema sanitario e della medicina piuttosto che l'inevitabile conclusione di ogni vita umana.

D. In Inghilterra, dove è nato il sistema sanitario pubblico, si sta virando verso il privato. Pensa potrebbe accadere anche in Italia?

R. Non saprei dove andremo a finire in realtà, perché le società private che forniscono servizi sanitari ora sono meno entusiaste, forse perché hanno visto che è difficile fare tantissimi soldi fornendoli. Nessuna di queste compagnie private ha ancora proposto di tassare i cittadini in via indiretta per sostenere le spese sanitarie. Tutto sommato il sistema sanitario inglese è ancora libero nei momenti di emergenza, in cui c'è davvero bisogno. I principi del *National Health System* (NHS) reggono ancora nonostante la presenza dei privati. L'ammontare di profitto che possono raggiungere è risicato e, soprattutto nelle cure primarie, hanno capito che non ci sono soldi da guadagnare. Fornire servizi sanitari di emergenza richiede moltissimi soldi. Penso che la maggior parte dei governi di destra in Europa stia facendo pressione in questa direzione a danno, ovviamente, dei più deboli e dei più vulnerabili, ma non credo ciò stia già accadendo. Certo ci sono politici di destra che non aspettano altro che di smantellare il sistema sanitario pubblico e di rimpiazzarlo con un sistema basato sulle assicurazioni.

D. Ritiene che le persone si stiano quasi rassegnando a una situazione di incertezza, e quindi di paura, per la propria salute?

R. La medicina è una magnifica impresa umana che ha alle spalle una storia millenaria e si devono alla scienza biomedica i grandi progressi che si sono fatti nella comprensione del funzionamento del corpo umano. I trattamenti medici che ne sono derivati hanno permesso di alleviare sofferenze. Stiamo vivendo più a lungo e più in salute come mai prima d'ora era avvenuto. Ma se si leggono i giornali o si ascoltano le news in televisione, non sembra sia così perché raccontano storie terribili: c'è questa nuova malattia, c'è quest'altra minaccia, e l'idea trasmessa è che la salute sia in

pericolo. Eppure non siamo mai stati così sani come adesso, ma non siamo in grado di gioirne. Il complesso medico-industriale pilota la paura verso la medicalizzazione di un numero sempre maggiore di aspetti della vita e il consumo di farmaci - specie in nome della prevenzione - sta crescendo in modo formidabile.

D. Ogni giorno da giornali, notiziari tv, e social media arrivano messaggi che riguardano la salute pubblica e caldeggiando l'idea di proteggerla. L'impressione è che la vita di ognuno di noi sia esposta a insidie che possono compromettere la salute.

R. La retorica medica contemporanea dei Paesi ricchi ha sviluppato un'idea distorta di che cosa significhi essere sani. La maggior parte delle persone vive più a lungo e in condizioni di salute migliori che in passato, eppure trascorre la vita sentendosi malata e preoccupandosi per la propria salute. La medicina contemporanea insiste ad attribuire a un numero sempre maggiore di individui l'etichetta di malato o di persona con il rischio di ammalarsi. I miei colleghi francesi parlano di "knockizzazione" della società, riferendosi all'opera teatrale di Jules Romains del 1923, intitolata "Knock, o il trionfo della medicina". Una antesignana esplorazione dei potenziali interessi privati dei professionisti della salute: Knock terrorizza tutti gli abitanti di una cittadina rurale circa il proprio stato di salute, mettendoli in guardia sulle minacce occulte cui potrebbero essere esposti. Nel giro di pochi mesi ha un numero talmente alto di pazienti che l'albergo della cittadina viene convertito in un lucroso ospedale. Oggi l'interesse personale opera in tutti i campi della sanità.

D. A chi conviene questo clima di "paura" di ammalarsi?

R. Gli esseri umani hanno sempre convissuto con la paura e la minaccia di malattie, disabilità, morte precoce e ora che la minaccia è statisticamente molto minore, almeno nel mondo occidentale, la paura viene sistematicamente esagerata nell'interesse sia del complesso medico-industriale sia dei ricchi e potenti. Quando la salute complessiva di una determinata popolazione migliora, il mercato delle terapie per i malati regredisce, e quindi è evidente l'incentivo finanziario a sviluppare e commercializzare cure mediche per chi sta bene. Oggi lo si fa per mezzo di tecnologie di screening, sempre più sofisticate, che scoprono minacce invisibili alla salute futura e tramite farmaci preventivi per ridurre il rischio epidemiologico.

D. Quale dovrebbe essere il ruolo delle multinazionali dei farmaci nell'attuale situazione di crisi economica?

Credo sia giunto il momento della grande svolta. E cioè che Big Pharma orienti il proprio obiettivo verso criteri di autorevolezza e di eticità, e che non miri solo a fare i maggiori profitti possibili. Serve una presa in carico di responsabilità, non basta produrre tanti farmaci. Quando una medicina perde il suo effetto, l'industria perde un paziente. Di conseguenza, crea un altro farmaco di poco differente dal precedente ma supportato da una enorme campagna di marketing per dire che il farmaco nuovo è migliore di quello vecchio, quando non ci sono reali evidenze. Tuttavia, questo permette di guadagnare sempre più soldi. Penso che le multinazionali dei farmaci debbano darsi una mossa e investire denaro nella ricerca per ottenere vaccini in tempi più rapidi per malattie, come la malaria, che causano migliaia di vittime nei Paesi del terzo mondo: ogni anno, più di un milione di persone, l'80% delle quali vive nell'Africa sub-sahariana, muore di malaria. Eppure è un'industria che ha la pretesa di esistere allo scopo di migliorare la salute delle persone.

D. Perché Big Pharma non fa ricerca su queste malattie?

R. Semplicemente perché sono malattie che colpiscono persone povere in paesi poveri.

D. Il ruolo della World Health Organization (WHO) in fatto di determinanti della salute? e di rapporti come *Closing the gap*⁴⁷?

R. Penso che la WHO faccia davvero tantissima fatica a tenere in agenda i determinanti sociali della salute. Al momento ha un problema reale: non ha sufficienti finanziamenti da parte degli Stati membri e per questo entra in relazioni poco trasparenti e conflittuali con aziende "for profit". Purtroppo, e mi ripeto, il sostegno alla salute basato sulla solidarietà sta subendo una forte erosione. Questo è molto triste, anche perché basta vedere che cosa ha saputo fare l'India, dove vengono prodotti farmaci per una piccola frazione di costo rispetto a qualunque altra parte del mondo. Il ruolo dell'industria farmaceutica non è solo fare guadagni.

D. Il futuro dell'Europa rispetto ai determinanti sociali della salute?

47

R. Penso ci sia bisogno di una generazione di politici che siano davvero sensibili al benessere della popolazione e credo che non ne avremo a breve in gran parte degli Stati europei. Quanto ci vorrà perché le cose migliorino? Non lo so, ma prima o poi succederà. Voglio essere ottimista.

Verona, 20 febbraio 2016 (intervista telefonica)

Appendice 2

Intervista a Gianni Tognoni

Laboratorio di Farmacologia Clinica Cardiovascolare all'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) "Mario Negri" di Milano.

Nell'ambito della tesi è interessante inserire il punto di vista dell'epidemiologia (dal greco επι= sul, δημος= popolo e λογος= discorso, studio) con le parole di Gianni Tognoni, ricercatore del Laboratorio di Farmacologia Clinica Cardiovascolare all'Istituto "Mario Negri" di Milano, esperto di epidemiologia nel settore della sperimentazione dei farmaci per l'OMS. Le fonti utilizzate in questa tesi, infatti, ci raccontano come molti cittadini abbiano sempre maggiori difficoltà nell'accesso alle cure e a tutelare la propria salute.

Domanda. La sanità è un indicatore esplicito di una situazione economica. In caso di scarsità di risorse la salute ne risente. È così?

Risposta. In realtà, il problema non è soltanto la scarsità di risorse, è una quasi inevitabile diminuzione degli investimenti in sanità. Sono perfettamente conosciuti dati e casi per cui a un aumento dei bisogni, espressi a causa di una crisi economica, corrisponda un investimento più mirato, e in qualche modo maggiore, degli interventi in sanità come espressione di una solidarietà. È la famosa tesi di Amartya Sen che dice, sostanzialmente: il problema non è prima avere la ricchezza e poi la salute, è la salute che può garantire di mantenere e aumentare sia la democrazia che la ricchezza perché crea condizioni di maggiore autonomia e produttività. È una questione di teoria economica.

D. Perché, allora, tutte le fonti prese in considerazione, sia la revisione della letteratura in generale, sia i mass media, ripetono, quasi fosse una inevitabile conseguenza, che ad una crisi economica debba corrispondere una diminuzione di risorse disponibili per i servizi?

R. Il problema sta nel modo con cui si concepisce la sanità. La sanità è stata pensata, fin dagli inizi della dichiarazione universale dei diritti umani, come uno strumento che aveva un duplice scopo e una duplice caratteristica, almeno implicita. E per un certo tempo è andata avanti in quella direzione. La sanità è stata vista come testimonianza reale che una dichiarazione dei diritti non fosse soltanto un esercizio

verbale o una espressione di buone intenzioni, o un wishful thinking, ma era, di fatto, uno strumento che faceva nel quotidiano ciò che a livello di macropolitica si faceva con la decolonizzazione. Dagli anni Quaranta in poi, non si poteva soltanto dichiarare che alcuni Stati venivano decolonizzati, bisognava farlo davvero. Il diritto alla decolonizzazione passa per la decolonizzazione concreta e anche per la salute valeva lo stesso principio. Non si potevano dichiarare tutti pari se la salute non diventava indicatore di come questa dichiarazione arrivava nel quotidiano della vita delle persone, soprattutto quando stavano male evidentemente, non quando stavano bene. Era proprio un capovolgimento della logica generale. In questo senso, l'Organizzazione mondiale della sanità, allora, diventa la prima agenzia delle Nazioni unite che doveva garantire questo ruolo della sanità.

D. In che rapporto sta la sanità con la democrazia?

R. La sanità, evidentemente, non è soltanto uno strumento per restituire, eventualmente, salute alla malattia. La sanità è un potentissimo strumento di alfabetizzazione della società perché diventa un vettore o un linguaggio della democrazia. Se uno parla di democrazia in generale – valore, non valore, uguaglianze, eccetera - in pochi la capiscono. Se invece arriva il messaggio di una medicina che guarisce, attraverso un medico presente, un'infermiera disponibile, soprattutto nelle periferie, attuiamo un'alfabetizzazione molto potente che permette anche alle persone non alfabetizzate, né in politica né a livello culturale, di capire e di verificare. È quello che ha provato in Inghilterra William Beveridge, che non era né un comunista né un socialista, ma un liberale che aveva compreso come il messaggio della democrazia passasse per il servizio sanitario nazionale. Il medico era quello presente dappertutto laddove si voleva far vedere che la volontà dello Stato era presente: il medico dava quello che corrispondeva a un bisogno.

D. Dalla fine degli anni Settanta, con il prevalere delle politiche neoliberiste, sono cambiati questi principi. Come si pongono, in conseguenza, i diritti delle persone rispetto alla salute?

R. Negli anni Settanta la medicina o la sanità inizia a diventare una parte importante del mercato. A questo punto, tutto quello che apparteneva a un mondo di diritto, o di democrazia – del diritto che crea la democrazia, della democrazia che garantisce il diritto – incrocia il mercato, che pretende di diventare un settore sempre più autonomo rispetto al diritto. Pian piano, il mercato impone il concetto che la sanità è

anzitutto, non un servizio, ma un settore produttivo che deve rispondere alla produttività di un'industria. Si rompe la continuità diritti-sanità e si creano delle polarizzazioni.

D. Da qui nascono le disuguaglianze in fatto di salute?

R. La disuguaglianza diventa la conseguenza di un modello economico che non pensa più in termini di diritti universali ma di diritti compatibili con le risorse economiche. A questo punto, se i diritti sono compatibili con le risorse economiche non sono più diritti, sono delle variabili dipendenti dall'economia e proprio da qui, salute e disuguaglianza vanno avanti in strettissimo parallelo e, anzi, una, in qualche modo, fomenta l'altra. Ovvero, quanto più io metto risorse tecnologiche avanzate a disposizione, tanto più lo Stato diventa garante di tali tecnologie, a prescindere dalla loro coerenza con i bisogni delle persone.

D. In questa sorta di empasse tra bisogni reali delle persone e mercato della salute che punta al business, quale è il ruolo della epidemiologia?

R. L'epidemiologia si era progressivamente sviluppata per essere una scienza capace di descrivere la storia delle persone, quando incrociamo rischi, malattie, accesso o meno alla sanità. Negli ultimi vent'anni, è diventata in maniera esplicita una disciplina che non si interessa più delle persone ma delle malattie e delle tecnologie che permettono di curare le malattie. Con gli anni Novanta, l'epidemiologia parla del Global burden of disease. Le persone scompaiono, come scompaiono le persone nell'economia. Non si parla più di quali sono i poveri ma, in generale, dell'aumento della povertà, della disuguaglianza. Al centro dell'attenzione è il peso economico delle malattie, senza tuttavia interessarsi della storia di persone reali.

D. In che rapporto sta l'epidemiologia con gli investimenti in sanità?

R. L'epidemiologia dovrebbe riprendere il suo ruolo originario: essere una guida alla identificazione, alla visibilità delle persone con problemi e alla specificità e diversificazione delle persone con problemi. Se questo non succede, l'epidemiologia diventa uno dei tanti giochi di numeri di cui i giornali, che lei ha citato ed esaminato, sono specialisti. E nella formazione dei medici in Italia non è prevista una competenza epidemiologica critica applicata ai problemi clinici ed assistenziali reali.

D. Quali sono in questo senso i problemi principali dell'epidemiologia rispetto al tema delle disuguaglianze?

R. In un certo senso sono gli stessi – applicati al campo specifico della salute – che si propongono per la società nei confronti dell'economia: di fronte all'invasione violenta e alla ripetitività dei “big data” che vogliono dar l'idea che tutto è sotto controllo, e che bisogna fidarsi delle “stime”, delle “previsioni”, dei “modelli” di sviluppo, e/o di evoluzione, bisogna ridare visibilità alle persone nel loro contesto reale, che non è quello della globalizzazione né quello di una società preoccupata dei destini concreti dei suoi cittadini. Questa sfida si deve accettare attraverso l'attivazione di progetti concreti che non si accontentano di descrivere come vanno le cose ma che fotografano/approfondiscono la realtà locale e nazionale, ponendosi esplicitamente le domande sul come fare, e quando, per ridurre le disuguaglianze e gli abbandoni dei più deboli. A questa sfida che è metodologica, ma ancor più politica e culturale, si deve aggiungere quella di rendere i dati comprensibili non solo e principalmente agli addetti ai lavori, ma soprattutto ai principali soggetti interessati che sono i cittadini “normali”: non perché siano immediatamente in grado tutte/i di utilizzarne, comprenderne i messaggi, ma per essere coscienti che la comprensione-trasparenza dei problemi sanitari coincide e contribuisce a un diritto/dovere di democrazia. La sanità deve tornare a essere quella di cui si parlava all'inizio, riferendosi al ruolo affidatole, ma poi largamente tradito, e all'Oms: uno strumento di alfabetizzazione civile sui diritti esigibili e sulle priorità da dare a livello politico nella pianificazione e nella valutazione.

D. Ci sono per lei priorità e prospettive positive nella direzione così indicata?

R. Non c'è dubbio che tocca a ogni Paese, nella pianificazione generale, identificare e quantificare quello che possiamo chiamare “bisogni inevasi”. La epidemiologia orientata alla salute pubblica può/deve sentirsi responsabile di vigilare su questa scelta. Ma sa da sempre che il modo più efficace a questo fine è quello di produrre dati affidabili che siano ben noti e incontrovertibili, così da togliere, o diminuire, la possibilità di scusarsi (da parte di politici e autorità sanitarie) per assenza di dati e di informazione. Non c'è dubbio che l'epidemiologia più necessaria, e più carente, è proprio quella che riguarda le tante “marginalità”, non solo sanitarie, ma quelle che incrociano/emulano le condizioni di “esclusione” dai diritti di cittadinanza: la

epidemiologia delle tante disabilità, delle disuguaglianze culturali e socioeconomiche, della fragilità della vita degli anziani e/o di chi “non ha nessuno”; la epidemiologia dei disturbi di comportamento; delle persone non autonome. Per tutte queste aree non sono necessarie grandi investimenti tecnologici. “È il capitale che conta”. E l'epidemiologia deve ritornare a essere il pro-memoria vivo, e molto vivo, di questa solida verità.

D. Lei insiste molto sul rapporto sanità-salute-economia-diritto. Come mai questi temi sono trattati in modo tanto separato e frammentato nella politica e nei mass-media?

R. Quando parlavo della “conoscenza globale” attraverso i big data mi riferivo – e questo va sottolineato - al meccanismo della invisibilizzazione della realtà, delle tante diverse sofferenze, attraverso il “rumore” e la “maschera” delle tante statistiche, più o meno pessimistiche, o ottimistiche, che permettono una manipolazione dei dati a seconda degli interessi e dei poteri in campo. La storia dell'economia globale – soprattutto negli ultimi anni – è stata un riprodurre all'infinito questo gioco tragico di far scomparire la realtà con la finanza virtuale, e il teatro delle banche che possano essere salvate a costo di migliaia di miliardi di euro: la realtà “visibile”, la conseguenza di questi giochi è la realtà esemplare della Grecia. Condannata per pochi miliardi di euro a cancellare il proprio sistema di welfare e di pensioni, producendo una vera e propria strage per malattie e morti da carenza di cure e di risorse vitali, che però non soddisfano ancora i debitori. La storia della Grecia è diventata anche un capitolo della letteratura scientifica mirata alla epidemiologia e alla salute pubblica. È un “manuale” di studio, tragico ma didattico: chi è responsabile? Tutti lo sanno, ma il diritto è muto di fronte alla responsabilità collettive. La politica dice che non può dire niente di fronte alla obbligatorietà dell'economia. L'economia dice che la sua “cura” è buona, ma ha “effetti collaterali”. L'epidemiologia “registra” e non può proporre rimedi perché spetta ad altri. Questo è il circolo vizioso, nel quale la sfida è ritrovare uno sguardo (almeno questo come primo passo indispensabile) che sappia identificare e chiamare per nome non solo le vittime delle disuguaglianze, ma soprattutto chi le ha rese vittime.

Verona, 30 dicembre 2015 (intervista telefonica)

Appendice 3

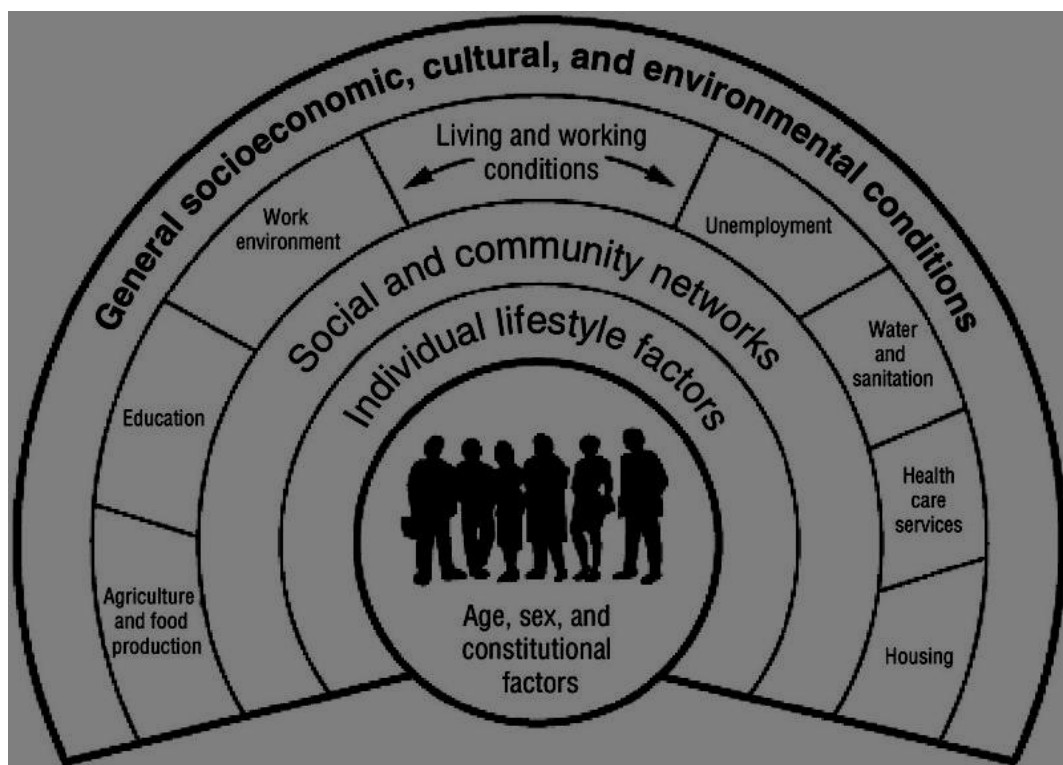
Intervista ad Angelo Stefanini

Ricercatore Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche Università di Bologna.

Direttore scientifico del Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale (CSI), Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Università di Bologna.

Vicepresidenza della Scuola di Economia, Management e Statistica – Bologna

I determinanti sociali sono quelle circostanze sociali ed economiche (tra cui l'accesso ai servizi sanitari) che determinano la salute. C'è un'immagine con cerchi concentrici che esemplifica i determinanti della salute, e il sistema sanitario è uno dei tanti, assieme a alimentazione, lavoro, reddito e così via. Ed è con questa immagine che inizia l'intervista.



The Dahlgren-Whitehead model. SOURCE: Dahlgren and Whitehead (1991)

Domanda. Questo vuol dire che i servizi sanitari, l'accesso alle cure mediche costituiscono uno dei tanti fattori che adesso chiamiamo determinanti, cioè che determinano la salute e neanche il più importante?

Risposta. C'è chi ha addirittura calcolato che il contributo di questo determinante non vada oltre il 10-20% del totale nel miglioramento della speranza di vita in questi ultimi cinquant'anni o cento anni. La medicina ha garantito relativamente poco, molto di più hanno fatto il miglioramento generale delle condizioni di vita, di igiene e dell'alimentazione. È bene insistere sulla necessità di relativizzare. Medicina, farmaci, ospedali e comunque servizi sanitari contano, ma vanno messi in un contesto che riguarda l'accesso a tanti altri beni.

D. Sui media si insiste sui tagli al Servizio Sanitario Nazionale, ma disoccupazione, mancanza di lavoro per i giovani, e quindi un impoverimento generale, influiscono sulle condizioni di vita.

R. Certo. Significativo è il titolo di una rivista medica, credo che sia l'*American Journal of Public Health*, che titolava anni fa "Is economic policy health policy?"⁴⁸. Ovviamente è una domanda retorica. Fare politica economica vuol dire produrre o distruggere la salute. Una politica economica che condanna alla disoccupazione riduce la qualità e il livello di salute della popolazione mentre una politica fiscale redistributiva ne facilita il miglioramento. Facilitare o incoraggiare i redditi bassi a un minimo di aumento, ridurre le disuguaglianze, sono tutte politiche che producono salute. Questo aspetto viene spesso sottovalutato quando si parla di salute perché, automaticamente, si tende a pensare alla sanità, nel senso di servizio sanitario: medicina, farmaci, medici, infermieri. È certamente indubitabile che un sistema sanitario sostenibile, con un budget a disposizione, costituisca una politica economica salutare. Invece, quando ci si trova davanti a una crisi, la prima cosa che si fa è tagliare le spese sanitarie e sociali in genere perché si pensano improduttive.

D. Perciò il taglio alle spese sanitarie può essere la spia di una crisi economica in atto o latente?

R. Le decisioni su quali settori tagliare sono sempre scelte politiche: nel settore sociale, sanitario, o nell'istruzione? È una scelta politica, non economica. Ovviamente, un governo si trova davanti a diverse alternative per aumentare le entrate fiscali: se per ridurre il debito pubblico si concentra quasi, o soprattutto, sui tagli, sul ridurre le spese anziché aumentare le entrate è un governo che fa una scelta

⁴⁸Kaplan GA, Lynch JW, *Is Economic Policy Health Policy?* American Journal of Public Health, March 2001, Vol. 91, No. 3: 351-353.

politica. Perché le scelte politiche per aumentare le entrate ci sono, come attuare una politica fiscale più severa nei confronti degli evasori.

D. La politica di austerità imposta alla Grecia, poi un po' a tutti gli stati del sud Europa, dalla cosiddetta Troika quanto ha inciso sulla possibilità di accesso alle cure e di promozione della salute?

R. Il libro di David Stuckler, *L'economia che uccide*, dice tutto. Anche se avrà almeno due anni, le cose non sono assolutamente cambiate. Quello che dicono in molti della letteratura recente è che non è tanto la crisi in sé che fa male alla salute, quanto come un governo risponde alla crisi. Gli esempi ci sono: Islanda, la stessa Germania e gli Stati Uniti hanno risposto alla crisi non tagliando nel sociale e nel lavoro ma investendo, spendendo proprio lì. E quindi l'austerità fa male alla salute in due modi: sia perché taglia nei settori dove in un periodo di crisi c'è proprio più bisogno, cioè il settore sociale, sanitario eccetera, ma anche perché non investe nei determinanti sociali, nel lavoro, nell'istruzione, che ovviamente hanno un maggiore impatto sulla salute e migliorano la capacità della popolazione di produrre e lavorare meglio.

D. Che cosa rappresenta il caso Grecia? Nel suo libro, Stuckler lo definisce un esperimento naturale messo in atto da enti sovranazionali per verificare l'effetto di determinati provvedimenti. È azzardato definirlo un esperimento?

R. È un esperimento naturale a posteriori, ovviamente. Non credo ci sia stata l'intenzione di fare una sperimentazione ma, a posteriori, tenendo conto di ciò che succede, se ne può trarre un insegnamento. Anche la tragedia del *Titanic* è stato un esperimento naturale: nessuno lo ha voluto, però se si va a vedere che cosa è successo si noterà che l'80% dei passeggeri di terza classe è morta, contro il 40-30% della prima classe. Di fatto il potere approfitta sempre delle situazioni di crisi per imporre, per far passare scelte che la popolazione in condizioni normali non accetterebbe mai. Consiglierei la lettura del bellissimo libro *Shock economy* di Naomi Klein. La dottrina dello shock è che gli shock naturali, tipo terremoti, sconvolgimenti, crisi economiche oppure colpi di stato – tipico è quello del Cile di Pinochet, in cui di fronte a una condizione politica di quel genere, il potere neoliberale è riuscito a imporre al popolo cileno – che aveva optato democraticamente per un socialismo democratico con Allende – un sistema neoliberista da cui stanno uscendo piano piano adesso, dopo

quarant'anni. Evidentemente non sono scelte. Quindi, in questo caso, la Grecia è un tipico esempio.

In termini generali, l'esperimento naturale è quello della Russia: otto milioni di morti in eccesso. In buona parte, sono stati attribuiti giustamente alla privatizzazione dei servizi sanitari che di punto in bianco sono venuti a togliere alla popolazione della Russia quella sicurezza che, bene o male, il sistema sovietico dava di accesso comunque alle cure. Anche se non erano eccezionali, comunque qualcosa davano. Improvvisamente non hai più i soldi per pagartele o magari i soldi li spendi in una bottiglia di vodka.

Con più lentezza, anche l'Inghilterra è diventata un tipico esempio di come la popolazione si ritrovi con un sistema sanitario che non avrebbe mai voluto. La gente è molto confusa, non sa a chi credere, non crede nemmeno più ai partiti. Il Governo riesce a fare delle scelte spacciandole per altre, ingannando l'elettore. Alcuni mesi fa, in Inghilterra si è fatta un'inchiesta dove la stragrande maggioranza di chi ha risposto – anche le stesse persone che avevano votato per la coalizione che è al governo, formato da tory, conservatori e liberali – diceva che non avrebbe mai votato per scelte del genere. Dopo le elezioni il partito liberale è scomparso proprio come punizione per aver partecipato a una coalizione che ha fatto simili scelte. Questi sono gli esperimenti naturali che avvengono a scapito della popolazione, e che dovrebbero insegnare qualcosa.

D. La crisi e le politiche di austerità, soprattutto, hanno prodotto cambiamenti rilevanti anche in Paesi modello come l'Inghilterra?

R. Sì e mi stupisco che se ne parli ancora relativamente poco nei media. Se pensiamo che il servizio sanitario nazionale inglese è nato nel 1946 ed è stato il modello per noi, per la Spagna, per la Grecia, per tutti quelli che hanno un modello universalista nel mondo. Funzionava molto bene, costava poco ma poi con l'arrivo della Thatcher negli anni Ottanta, la nuova rivoluzione neoliberista e il fondamentalismo del mercato libero, si è gradualmente arrivati a una situazione per cui tre anni fa, il 1° aprile 2013, è passata una legge che libera il Ministro della Sanità dal dovere di fornire il servizio sanitario a tutta la popolazione, come recitava il primo articolo del servizio sanitario nazionale inglese. Il finanziatore continua a rimanere il pubblico, ma i produttori sono tutti privati e nelle mani di grosse multinazionali, la maggior parte delle quali non sa niente di cosa voglia dire dover fornire prestazioni sanitarie. Le multinazionali vedono grandi guadagni in questo cambiamento. Si comincia già a parlare di

pagamenti diretti - non solo ticket - delle prestazioni sanitarie. Non c'è più quell'accesso universale e comprensivo che c'era prima. Tutto questo è stato fatto in nome della crisi economica, ma i primi dati che stanno emergendo dicono che ora il Governo inglese sta spendendo molto di più perché il costo della gestione amministrativa di questo sistema si è aggiunto a quelli che c'erano già. Pertanto, la giustificazione che dovevano fare queste scelte per ridurre le spese sanitarie non regge nemmeno più. Tutto è ancora all'insegna di una ideologia che ormai è diventata pensiero unico. Si parla tanto di medicina basata sulle prove, la "Evidence Based Medicine", e poi si fanno scelte che non sono assolutamente "evidence-based".

D. Più in generale, in Europa c'è stato un cambiamento in questi ultimi anni nella possibilità di accedere alle cure da parte dei cittadini?

R. Le situazioni variano a seconda dei Paesi. La Grecia è il caso più estremo, qui tutto il sistema sanitario si sta privatizzando: l'accesso al servizio pubblico è ridotto al minimo. C'è poi il caso della Spagna dove si è tornati alle mutue. La Spagna aveva un servizio sanitario pubblico universale come il nostro e come quello inglese, e di punto in bianco, con una decisione presa senza consultarsi con nessuna delle parti sociali, ha eliminato il servizio sanitario nazionale e ha reintrodotto un sistema mutualistico. In pratica, le persone con un'occupazione versano il contributo assieme al loro datore di lavoro in una cassa. Ovviamente, le persone con una buona remunerazione avranno una cassa più ricca, i disoccupati sono esclusi e chi ha un lavoro a basso reddito può metterci poco. Era così da noi prima della Riforma della legge 833 del 1978. È un cambiamento epocale per gli spagnoli in termini di accesso: se prima era universale adesso non lo è più. Da noi, in Italia, siamo ancora fortunati perché continua a esserci un sistema che tutto sommato funziona. C'è una quantità enorme di inefficienze, per cui potrebbe costare anche meno, e quello che si potrebbe risparmiare potrebbe essere reinvestito nel sistema per renderlo più efficiente.

D. C'è la tendenza a dare priorità agli investimenti finanziari che non concentrare l'attenzione sullo stato sociale?

R. Lo stato sociale viene visto come non produttivo da questa visione economicista, che è assolutamente ideologica, perché non c'è nessuna dimostrazione che questi interventi facciano bene all'economia. Cercando di vedere dall'esterno, si nota una precisa motivazione al loro interno: si remunera quell'1% che cerca di approfittare della crisi. Se solo guardiamo all'aumento delle disuguaglianze in questi ultimi dieci

anni – conseguenza di questo tipo di intervento – vedremmo benissimo che le risorse a disposizione nel mondo vengono distribuite non in modo progressivo ma in modo da essere concentrate sempre di più nella piccola percentuale che sta in cima alla “coppa di champagne”.

D. Sembra esserci uno scollamento tra scienza e politica.

R. Sì, in alcuni casi la scienza è passata dalla parte della politica. Scienza e potere sono state spesso sulla stessa sponda. Tuttavia, i medici, soprattutto i *general practitioner*, i medici di base che hanno a cuore la loro professione e la salute sono tutti contrari a queste riforme in Inghilterra. Ma anche qui in Italia. I professionisti, quelli che svolgono il lavoro sul campo e che sanno che cosa vuol dire fare il medico sono contrari. Quelli che sono a favore sono i *policy makers*.

D. Purtroppo, sembra che i medici non abbiano molta voce in capitolo. La comunicazione di questa realtà alla cittadinanza è carente. Come spiega questa latitanza?

R. I medici non hanno molto spazio anche perché sono divisi e, in questo modo, appaiono come se non avessero sufficienti ragioni a supporto della loro causa. Ora, la questione è ben più vasta che pagare o non pagare le cure. Adesso la gente si ammala di più anche per questioni non mediche, ma economiche e sociali. Per cui mi sembra che a molti medici sfuggano di mano le argomentazioni e si limitino solo a chiedere più fondi alla sanità. Non sono molti i medici che capiscono il discorso della salute dal punto di vista sociale e politico, non per colpa loro ovviamente. Al paziente che hanno davanti assicurano: “Io ti curo con la medicina”. Qui sorge uno dei problemi di fondo, che è la formazione all’università. Ormai sono otto anni che viviamo in questa crisi e all’interno dell’accademia non se ne parla. Ecco in che senso la medicina, la scienza è schierata con il potere. Schierata per omissione, perché non si rende conto che dovrebbe dire la sua in una situazione del genere. I medici sono poco attivi? Sì, anche perché per diventare medici non è necessario sapere queste cose e la formazione continua a ripetere gli stessi errori, limitandosi alla formazione biomedica, senza dare al futuro medico un’apertura mentale di tipo sociale.

D. C’è difficoltà da parte dei cittadini a prendere consapevolezza della crisi?

R. Esattamente, ma chi fa l'informazione? Chi è che dice queste cose? Può essere *il Manifesto*, ma chi lo legge? Siamo di fronte proprio a una democrazia fasulla perché se guardi le fonti di informazione sono tutte di una parte, destra e sinistra. Anche lo stesso Renzi: è difficile dire che sia l'erede di Berlinguer. Renzi è la copia spiacciata di Tony Blair che ha fatto i disastri che ha fatto. Il partito laburista di Tony Blair ha preparato su un piatto d'argento le scelte fatte poi dal partito conservatore al sistema sanitario inglese. Blair è una persona che gli inglesi direbbero *despicable*.

D. Come viene descritta questa situazione così complessa nelle riviste scientifiche? Ad esempio il caso della Grecia è stato affrontato su *The Lancet*.

R. Certe riviste scientifiche, a cominciare da *Lancet*, a volte prendono delle posizioni, non ufficiali, ovvero accettano argomentazioni– però rimane sempre in una stretta cerchia ed è controbilanciata da prese di posizione forse anche più autorevoli se vuoi, di tutt'altro colore. Quindi, solo uno un po' scafato riesce a crearsi un'opinione e vedere i pro e i contro delle varie posizioni leggendo una rivista come *Lancet*. Si può immaginare di quale percentuale di popolazione si stia parlando, una piccola fetta del mondo scientifico accademico medico, che è niente nella creazione di un processo di opinione pubblica.

D. Ma perché *The Lancet* ne parla, *Science* e *Nature* no? Adesso *Science* è appena uscito con un numero speciale su *The science of inequality*. È una disamina, a partire dal movimento *Occupy Wall Street*.

R. Gli americani hanno molto ritegno nell'usare il termine disuguaglianze e parlano invece di *disparities* perché il termine disuguaglianze è troppo *politically incorrect*. Però *Science*, che è americano, e *Nature*, che è inglese, tutti e due sono dei bastioni del potere costituito. Il potere dell'informazione è veramente centrale in questo gap di conoscenza. *Lancet* ultimamente ha istituito delle commissioni composte da un gran numero di esperti che producono uno o una serie di articoli o di posizioni riguardo a certi temi. Uno è stato fatto anche sull'impatto delle politiche economiche. Noi del *Peoples' Health Movement (PHM)*, ad esempio, abbiamo mandato una critica a questo loro articolo, che è stata pubblicata, così come hanno pubblicato altri interventi allineati alle loro posizioni. Ma non bisogna pensare che sia una posizione editoriale. È molto difficile che riviste del genere – per l'80% nelle mani delle case farmaceutiche, per il 100% in quelle di Elsevier o comunque in case editrici che

hanno i piedi negli affari più sporchi del mondo, come quello delle armi – possano essere veramente rivoluzionarie. È chiaro che dipende dall'editor. Conosco il direttore del *Lancet*, Richard Horton, che ha il merito di sostenere i Palestinesi aiutandoli a partecipare attivamente al dialogo scientifico sulla salute. Per quanto riguarda le politiche globali, la rivista tuttavia è molto *mainstream*, anche se mostra di essere imparziale accettando critiche e posizioni diverse.

D. Che cosa riguardava la vostra critica?

R. Il rapporto *Closing the gap* della Commissione dell'OMS sui determinanti sociali della salute dice cose veramente progressiste. La diagnosi è giustissima, tuttavia quando si arriva al "Che Fare?" si cerca di mettere d'accordo tutti. Le cose ahimè non funzionano in questo modo. Se si vuole cambiare davvero bisogna fare delle scelte, per questo quel rapporto è stato criticato da alcuni settori. Nell'ottobre 2011, a Rio de Janeiro, quando si sono ratificate le conclusioni del rapporto, si cercava di dare indicazioni su come procedere. La risposta è stata: "*More of the same*" ("Avanti per la stessa strada") cercando di tener buoni un po' tutti. Il *PHM* ha fatto un'analisi e una critica dura sul fatto che la dichiarazione ufficiale della conferenza è stata più che annacquata e non si sono dette le cose che contavano. Ricordo che chiedemmo espressamente al prof. Michael Marmot, il *deus ex machina* di tutto questo, perché non aveva avuto il coraggio di pubblicare ciò che a parole aveva giustamente detto lì, in quella sede. Lui ci rispose: "*Eh, ragazzi, se avessi scritto quelle cose, il rapporto non sarebbe mai uscito*", ovvero una palese ammissione della debolezza dell'OMS. Che è vero. L'OMS adesso è in una crisi profondissima proprio perché a suo tempo disse e fece cose sgradevoli ai potenti della terra, a cominciare dagli Stati Uniti, i quali cominciarono a ridurre i finanziamenti all'Organizzazione. A seguire, tutti gli altri Stati, fecero lo stesso. Per questo l'OMS si ritrova ora senza fondi e a dover accettare soldi da Bill Gates. Quando c'è stato la *World Health Assembly* il 20 maggio, il *keynote speech* è stato fatto da Melissa Gates⁴⁹. Anche un'istituzione pensata come democratica, con il voto di tutti i paesi del mondo e con rappresentanti che hanno stessa dignità, si trova a dover soccombere a priorità che non sono loro.

⁴⁹ <https://www.youtube.com/watch?v=oyVFLPbxUXM> (link consultato il 27 dicembre 2015).

D. L'OMS disse in un comunicato stampa che l'aumento dei casi di Aids in Grecia era dovuto al fatto che i greci si sarebbero procurati l'infezione per avere sussidi dallo stato. Poi fece una rettifica.

R. Sì, c'è stato un periodo in cui frequentavo molto Ginevra [sede della OMS] e lì ci si rende conto di come si possano produrre comunicati o addirittura dei *policy statement* che non riflettono certo il sentire di quella divisione.

D. In Grecia si sono diffuse le *solidarity clinic* che prima accoglievano immigrati, senza tetto, ora i nuovi poveri. Loro, i greci, vanno avanti, indipendentemente dall'OMS e dalle sue politiche.

R. È vero, vanno avanti, anche perché non c'è più un sistema sanitario. Personalmente sono abbastanza scettico di *Emergency* e Gino Strada che fa le "sue" cliniche, come se fossimo in Grecia. In Italia c'è ancora un servizio sanitario nazionale e se vuoi aiutare questo servizio non ne fornisci di paralleli che lo delegittimano, lo indeboliscono e contribuiscono prima o poi al suo smantellamento. In Grecia, invece, sono costretti, perché il servizio sanitario non esiste più. I produttori di servizi sono quasi tutti privati e quel po' di pubblico che è rimasto non riesce a sopperire a nemmeno a metà della domanda.

D. Ci sono molti dati prodotti da enti istituzionali come l'Istat e il Censis e, adesso, anche dal Banco Farmaceutico, quest'ultimo sostenuto da Federfarma, che negli ultimi anni registrano una rinuncia alle cure da parte dei cittadini in conseguenza della crisi economica, e un calo nell'acquisto dei farmaci. I due dati sono collegabili?

R. Bisogna fare chiarezza, perché spesso si parte da presupposti diversi. Quello che non viene mai sufficientemente chiarito è che se un farmaco è necessario, indispensabile, è generalmente gratuito. Quindi, chi non ha accesso alle cure perché non può acquistarsi i farmaci, in realtà non ha accesso a farmaci di cui potrebbe fare probabilmente a meno. Ci sono Regioni però che mettono ticket anche sui farmaci di categoria A e quindi essenziali. Questo è da denunciare come anticostituzionale: la legge 833 dice che tutti devono avere accesso alle cure essenziali e quindi il mettere ostacoli – ormai è dimostrato ampiamente che i ticket o gli *user fee* riducono l'accesso alle cure essenziali – merita una battaglia feroce. Ma generalizzare, dicendo che la gente non può comperarsi i farmaci... quali farmaci? Uno dei peccati principali dei giornalisti è non fornire un contesto chiaro nel dare una notizia, soprattutto

quando è una notizia shock, negativa. Penso sempre a quello che succede in Israele e Palestina: parlare solo delle bombe o dei missili Qassam lanciati da Gaza senza spiegare in che condizioni è Gaza e se ci può essere una spiegazione di quanto accade. Anche in questo caso un'informazione che è decisamente fuorviante, lo è maggiormente perché priva di un contesto a cui agganciare l'informazione stessa.

D. Sempre nella comunicazione, anche a livello economico, si dice che l'economia italiana segue un po' quella greca. Ma si può fare un paragone tra noi e la Grecia?

R. La Grecia è un caso estremo e non credo che l'Italia arriverà mai a una situazione come quella. Io farei di più, invece, l'esempio dell'Inghilterra: è molto più realistico che noi si cada in questa trappola. Quando c'era Monti, ci provò a dire che il sistema sanitario non era sostenibile per dire "bisogna introdurre le assicurazioni integrative, private, lasciare spazio al contribuente". Fare una scelta del genere vuol dire distruggere completamente il servizio sanitario nazionale che sopravvive grazie ai soldi, alle tasse, che pagano i contribuenti ricchi. E se i ricchi sono lasciati liberi di optare per una assicurazione privata, chi finanzia il servizio sanitario nazionale? La Grecia anche da un punto di vista di struttura economica è molto diversa da noi. Noi siamo ancora una potenza con un apparato produttivo, con un'industria che c'è, a parte la disoccupazione e le industrie che chiudono.

D. È appena apparso un appello su *The Lancet* circa la necessità da parte del governo di occuparsi della qualità del cibo che consumano i cittadini, che sono spesso senza un lavoro, senza un reddito quindi. In parallelo, vi è un aumento del prezzo degli alimenti. Questa situazione spinge la popolazione a mangiare cibo meno sano. È da collegare a una politica distorta in fatto di determinanti sociali della salute?

R. Quello che mangiamo non lo scegliamo noi, è quello che troviamo nei supermercati. Adesso chi ha più il negozietto all'angolo? La drogheria? Gli alimentari? Quello che c'è nei supermercati è per l'80-90% determinato da dieci multinazionali, la cosiddetta "Big food", che ha una potenza enorme. Per potenza intendo capacità di influenzare le decisioni politiche di un governo. Un paio di anni fa, il Ministro della salute Balduzzi disse che avrebbe messo delle tasse sulla *Coca Cola*, sulle bevande zuccherate, ma dopo una settimana non si è più sentito nulla. Le scelte per la salute di un governo, soprattutto nel campo alimentare, sono

assolutamente condizionate da queste forze. Se noi pensiamo al rischio, che ormai non è più un rischio ma una realtà, che venga deformata completamente la visione di quella che è la situazione del cibo a livello mondiale. L'esempio è Expo2015 in cui uno dei messaggi centrali è stato che bisogna produrre di più per dare da mangiare agli affamati. Cosa assolutamente non vera. Produrre di più da parte dei piccoli produttori sì, ma non produrre di più in termini assoluti perché quello che c'è basterebbe già a sfamare una popolazione molto superiore all'attuale.

Da alcuni anni sono invitato spesso a parlare della *food security*. In quelle occasioni ne approfitto per introdurre una nuova visione delle politiche alimentari che è quella della *food sovereignty*, cioè il concetto che ogni popolo ha il diritto di mangiare le cose che decide lui stesso e magari di produrle se ci riesce. È un concetto poco diffuso nel gergo comune, forse sta iniziando a parlarne un po' la FAO, ma è talmente radicato il concetto di *food security*, cioè l'accesso al cibo per tutti, per cui bisogna domandarsi: quale cibo? Le *food policy*, le politiche alimentari, sono un tema molto ghiotto dal punto di vista della sanità pubblica perché permette di esplorare tutto il percorso, a partire dal livello globale, basta pensare alla World Trade Organization (WTO), alle multinazionali, a *Big food* eccetera, fino al livello della distribuzione, dei piccoli produttori. Adesso abbiamo *Slow food*, che forse sta diventando un po' troppo invasivo. Ho un paio di giovani colleghi specializzandi in Igiene e Medicina Preventiva che sono molto entusiasti e seguono *Genuino clandestino*, un movimento ormai nazionale, che qui a Bologna ha delle mense, anche nei centri sociali, con i produttori che vengono dalle campagne a portare le loro cose. L'obiettivo è promuovere questa nuova cultura, perché bisogna cercare di boicottare, se possibile, i supermercati, dove trovi solo alimenti a lunga conservazione, vedi quindi merendine e bevande zuccherate, i primi determinanti dell'obesità infantile e poi anche adulta. Un circolo vizioso.

D. Questi movimenti, *Genuino clandestino* o *Occupy Wall Street*, vengono presentati sotto una luce sovversiva, come fossero dei fuorilegge.

R. Sì, i cosiddetti "no global". Da quando è stato coniato questo termine e gli è stato data questa connotazione sovversiva, io stesso trovo difficoltà a parlare di salute globale, globalizzazione. Il termine globalizzazione, in certi ambienti, viene visto come una minaccia. Globalizzazione, no global, no TAV... vedo i sopraccigli che si

inarcano. Da dove viene tutto questo? Viene da un'opinione che viene formata da un'informazione unica.

D. Non c'è via d'uscita?

R. Come no? Adesso, se non ci fosse la rete dovremmo leggere soltanto *Il Corriere della Sera* e cosa altro? Ah, *La Repubblica*. Io parlo della rete ma non solo elettronica, anche della rete dei movimenti. Nella salute c'è il *Peoples' Health Movement*, nell'alimentazione c'è la *Via Campesina*.

D. I movimenti possono essere la soluzione a questa imposizione di scelte dall'alto?

R. I partiti continuano a pensare e lavorare con le stesse categorie di sempre. I movimenti, invece, nel buono o nel cattivo, c'è un po' di tutto, sto imparando a conoscerli adesso anche grazie ai giovani che frequento. Ad esempio il *Peoples' Health Movement* è nato proprio nel 2000 e ha portato avanti le istanze del diritto alla salute, ma lavora su molti fronti: sulla formazione, sulla riforma dell'OMS, sull'impatto delle politiche economiche eccetera, e dal basso. Soprattutto cerca di coinvolgere l'estero e il Sud del mondo. Adesso anche in Europa hanno cominciato a emergere gruppi che si identificano con questo movimento. La dr.ssa Chiara Bodini, dottoranda in Sanità Pubblica del mio Dipartimento, è la coordinatrice europea di questo movimento.

Sul fronte della formazione stiamo cercando di mettere in rete delle considerazioni elaborate all'interno del nostro gruppo. La *Rete italiana per l'insegnamento della salute globale* (RIISG) è costituita da università, organizzazioni non governative come il CUAMM-Medici con l'Africa, il SISM (*Segretariato nazionale degli studenti di Medicina*) e ora anche la FNOMCeO (Federazione Nazionale Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri). Penso bisognerebbe curare molto di più queste reti informali emergenti e portatrici di novità. Anche nell'insegnamento. Per esempio, in un corso che tengo nel mio Dipartimento la metà dell'apprendimento avviene sul campo ovvero in un quartiere di Bologna dove c'è un dormitorio per i senza casa e gli immigrati. In questo contesto, gli studenti si rendono conto di quali sono i determinanti sociali. È una lezione di salute e sanità pubblica sul campo, oltre che di medicina. Il gruppo sta imparando molto dai senza casa, dagli immigrati e ci sono buoni presupposti per far nascere un tipo diverso di scienza che non è la scienza che parte dall'alto ma qualcosa che si scopre tutti i giorni.

D. Questa crisi, partita nel 2008 con il fallimento della banca *Lehman Brothers*, è stata subito paragonata alla crisi del 1929. Ha senso questo paragone o forse è solo giornalistico?

R. In termini di salute ce ne accorgeremo tra qualche anno, adesso si vedono soltanto i suicidi. Le componenti di salute che risentono di queste crisi sono le malattie croniche e degenerative. A meno che non ci si trovi in situazioni particolari. Ad esempio, in Grecia, è ricomparsa la malaria perché sono stati tagliati i fondi per la prevenzione, per la disinfestazione. Gli interventi di prevenzione, in genere già scarsi per loro natura, sono anche i primi bersagli dei tagli perché si ritiene siano improduttivi. Tranne accorgersi, poi, che si sarebbe risparmiato dieci volte tanto quello che si sarebbe speso per prevenire.

D. Adesso si parla dei suicidi. Ma di cosa si parlerà tra qualche anno?

R. Si dirà che è peggiorata la salute in termini generali. Se non si risale tutto il percorso dei determinanti, di cosa è successo, delle scelte fatte o non fatte, sarà difficile dimostrare per ogni problema un chiaro rapporto “causa-effetto”. Si dovrà seguire un po’ la curva della normalità delle varie cause. Sono studi sempre molto difficili da fare in termini di attribuzione di causalità. Sono talmente tanti i fattori confondenti e i fattori concorrenti che non è così immediato poter dire “In questo momento la diminuzione della speranza di vita è dovuto a questo fattore particolare e non a quest’altro”.

D. Ci potrebbe essere un ritorno di malattie scomparse. Ad esempio si parla della tubercolosi.

R. La tubercolosi è una malattia non completamente scomparsa, rimane sempre in una fetta di popolazione che è la più deprivata, con carenze alimentari e inserita in un contesto di sovraffollamento abitativo. La maggioranza della popolazione ha avuto un complesso primario, cioè è stata esposta alla tubercolosi ma non è comparsa la malattia clinica perché le difese immunitarie lo hanno impedito. Se, per una ragione qualunque, le difese immunitarie si abbassano ecco che, senza essere necessariamente a contatto con un tubercolotico, la tubercolosi si manifesta. Quindi, non è causata dagli immigrati. E, comunque, una volta presenti dei tubercolotici contagiosi, la trasmissione è molto più rapida.

Altre malattie che ricompaiono sono quelle trasmesse da vettori. Malattie infettive che sembravano debellate, tipo la *Chikungunya* o la *West Nile Fever*, vengono da zanzare e ricompaiono a causa di una riduzione degli investimenti nella prevenzione in genere. Qui a Bologna, quando ero studente, ci fu un'epidemia di *Leishmaniosi* viscerale. L'unica malattia debellata, eradicata, è il vaiolo. Per il resto, ci ritroviamo spesso in casa spesso la lebbra, oppure ci sono sempre dei casi occasionali di peste, trasmessa da dalle pulci. Spesso dimentichiamo che le condizioni di vita decenti e gli interventi di prevenzione e di cura minimali sono i determinanti che ci hanno mantenuti sani fino ad adesso.

Bologna, 3 giugno 2014

Appendice 4

Intervista a Silvano Biondani

Medico di base fino al 31 dicembre 2011, specializzato in pneumologia, e autore, con lo pseudonimo di Dino Zeffiri, del “Diario di un medico generico” (Il Pensiero Scientifico, 2002) e coautore di “I medici si raccontano – Voci dai confini del sapere”(Guerini e associati, 2016)

Silvano Biondani, nato e vissuto a Verona, non ha mai abbandonato la medicina generale e, contemporaneamente, ha sempre fatto il pneumologo. “Fare lo specialista è un altro modo di lavorare. Non è una catena di montaggio, non sei mai con l’acqua alla gola. I problemi della medicina generale ora li vedo dal punto di vista del consulente. Se adesso faccio una visita all’ora, prima in un’ora dovevo programmarne almeno quattro o sei”.

Negli anni, lui medico per passione, ha assistito al progressivo cambiamento del modo di fare medicina. Se fino al 95/96, confessa, se la cavava bene e riusciva a ritagliarsi dei tempi per dedicarsi all'altra sua passione, la pittura, dopo non più. Man mano era cambiata la percezione da parte del pubblico della salute, erano aumentate le richieste di potersi assicurare questo bene, ed era cresciuta assieme la capacità dell'industria farmaceutica di influenzare le scelte, non solo di pazienti, medici, amministratori e politici, e quindi di influire sulle politiche sanitarie. La lotteria della prevenzione era diventata un “must” (l'obiettivo: allungare la durata media della vita quale che fosse la sua qualità). La salute si era trasformata in una merce in vendita e la malattia/la diagnosi/il sintomo venivano prima della persona, prima della storia del malato. Contemporaneamente è andata accentuandosi la dicotomia tra prove scientifiche e applicazioni pratiche, e l'intento di attuare strategie per un paritario accesso alla salute (anche dei meno favoriti) sembravano aver perso la loro valenza etica. “Sentivo a quell'epoca che qualcosa non andava, ma non trovavo risposte. Assecondai il bisogno di scrivere partendo da ciò che succedeva. Nel tentativo di capire, e di far capire, che cosa significa fare il medico. E quanto è cambiata la sua professione”.

Domanda. La crisi economica degli ultimi anni ha modificato la vita dei pazienti e del medico di base?

Risposta. La crisi è arrivata dopo una fase di eccesso di offerta della salute. Una fase (che perdura) di consumismo e di “vendita” della salute. Si è arrivati a un eccesso di attenzione nei settori dove c’è un mercato: la prevenzione legata a un intervento farmacologico o diagnostico ripetuto, la diagnostica precoce ripetuta e costosa, è stata privilegiata rispetto a un intervento *ad personam*. Le risorse, economiche e di personale, sono state dirottate verso una forma di prevenzione che era vantaggiosa sotto il profilo economico. I centri per l’osteoporosi, il diabete, l’ipertensione eccetera hanno, di fatto, non dico sostituito, ma affiancato il lavoro del medico di medicina generale nelle pratiche più semplici, come curare l’ipertensione essenziale benigna e non quella maligna che sarebbe stata di loro competenza, portando anche a un aumento della spesa farmacologica. Lo stesso si può dire delle malattie infettive: sugli antibiotici c’è stato un grande *battage*, ma, alla fine, sono rimasti pochi gli antibiotici essenziali. Dagli anni Ottanta la medicina si è via via sempre più specializzata gemmando specializzazioni di specializzazioni. In un reparto di pneumologia, ad esempio, esiste lo specialista in fisiopatologia respiratoria che si occupa della parte più tecnica e delicata della materia, legata a complessi metodi matematico-fisico-chimici applicati su complesse macchine che servono a misurare il movimento dei volumi d’aria nel polmone, la sua distensione, le eventuali ostruzioni. Il suo rapporto con il paziente si limita solo al monitoraggio delle “macchie” sui polmoni per poi prescrivere la somministrazione *ad hoc* dell’ossigeno. Poi troviamo il pneumologo allergologo, l’oncologo... alla fine solo alcuni pneumologi, clinici, restano a gestire il reparto. Così è in tutte le specializzazioni. Una conseguenza è la mancanza di intermediazione tra medico generico e specialista, un’altra è la medicina difensiva. Esiste sempre di meno il ragionamento clinico basato sulla valorizzazione dei sintomi, l’esame obiettivo accurato, la scelta degli esami di approfondimento per giungere alla corretta diagnosi e alla conseguente terapia più efficace. Ora si prescrive tutto di *default* per evitare di sbagliare, per avere tutto sotto controllo e scongiurare possibili cause legali che possano essere collegate all’eventuale mancanza di un esame. Tutto questo significa aumentare la spesa sanitaria e, inoltre, trascurare il rapporto umano con il paziente. Penso che per un malato sia disorientante, infatti, dover fare tanti esami e non avere una visione d’insieme della situazione, come poteva dare, prima, il medico di famiglia.

D. Che peso ha avuto la crisi economica in questa organizzazione “a compartimenti stagni” dei servizi sanitari?

R. In Italia, la crisi economica è arrivata in un momento di sbilanciamento. Prima i medici di famiglia orientavano il paziente e tenevano le fila tra la diagnosi di medicina generale o specialistica e il percorso di cura. Adesso, che cosa facciamo più? Abbiamo vissuto un forte declino. Prima eravamo dei *factotum*, ora siamo ridotti a passacarte. Molte risorse volte a incentivare la medicina generale sono state orientate all'informatizzazione. L'obiettivo è incentivare la "messa in rete della salute", per il flusso di dati e documenti ogni medico e ogni cosa deve essere identificabile dai propri codici, cui si aggiungono lunghi e arzigogolati questionari certificativi che comportano un'enorme perdita di tempo. E contribuisce ad astrarre il medico dal paziente che ha davanti a sé. Tutto deve essere monitorato in tempo reale. Ma poi che cosa ne fanno di tutti i dati raccolti? Servono a migliorare le prestazioni mediche? Non credo. Nel momento della crisi economica, ci siamo trovati a scegliere quali risorse salvare e non so se stiamo stati illuminati nel salvare quelle giuste.

D. Le difficoltà economiche possono spingere le persone a rinunciare alle cure?

R. Ognuno, in base alle proprie disponibilità, cerca di curarsi come può. La riforma del sistema sanitario nazionale come era stata pensata, infatti, si è frantumata con una sostanziale dispersione dei malati. Il povero, per tutta la vita, andrà sempre a fare la fila ai pronti soccorsi, presso il medico di famiglia o le guardie mediche. Il ricco, invece, andrà dagli specialisti e non vedrà più il medico di famiglia e nemmeno lo specialista dell'ospedale, ma il "suo" specialista.

D. Allora non si può parlare di uguaglianza nell'accesso alle cure.

R. Le premesse della riforma sanitaria iniziata nel '79 erano importanti, ma l'avvicinarsi delle diverse correnti politiche ha determinato la mancanza di un percorso migliorativo logico, di una strategia di gestione davvero efficace ed efficiente. Per certi versi, c'è stata una deriva verso un modello simile a quello americano: case di cura, ospedali di piccoli e grandi comuni della provincia sono stati smantellati e sostituiti da privati. Il privato, da parte sua, chiede al Servizio Sanitario Nazionale il rimborso dei servizi erogati sulla base di una diagnosi, anche se non sempre le prestazioni prescritte sono necessarie. Mettere una protesi al ginocchio a un ottantenne con l'artrosi non credo sia sensato come lo sarebbe se si trattasse di un trentenne ancora inserito nel mondo lavorativo. Nella mia esperienza di medico ho

visto molte situazioni di accanimento terapeutico perpetrate non ai fini della salvezza umana ma soltanto a fini di lucro.

D. Quali sono i pazienti sui quali la crisi economica si fa sentire maggiormente?

R. I casi più gravi che ho avuto negli ultimi tempi erano quasi tutti di tubercolosi gravissime che riguardavano extracomunitari. Arrivavano da me persone che stavano per morire di TBC e, magari, da sei mesi andavano a lavorare con 39° di febbre. E, poi, neoplasie: tanti trascurano i sintomi. Così come sono stati trascurati gli anziani e il settore psichiatrico. Forse non avevamo programmato l'allungamento della vita media, con il conseguente aumento di cronicità invalidanti, che ora non siamo in grado di sostenere. Una volta si faceva una visita domiciliare al mese ai pazienti che non riuscivano a venire in ambulatorio. Adesso non lo fa quasi più nessuno. Il tempo burocratico ha le sue esigenze, come quello della prevenzione programmata e come quello delle piccole malattie da indagare a fondo, non si sa mai.

D. Si insiste molto sull'importanza del recupero del rapporto del medico/paziente, ma come si può comunicare una diagnosi o una terapia da seguire a chi ha difficoltà a capire la nostra lingua?

R. Nei nostri incontri di medicina narrativa emergono sempre i disagi legati alla mancanza e alla possibilità di assistenza globale agli extracomunitari, dove infatti l'enorme problema è la lingua. A parte il caso dei latino-americani che hanno una lingua simile all'italiano, le etnie prevalenti sono i singalesi, i cinesi, gli indiani, i pakistani, gli arabi, i marocchini. In questi casi c'è sempre bisogno di un interprete. Dal momento che la visita di medicina generale è basata sulla conoscenza della persona e sull'anamnesi, sulla sintomatologia, non riuscire a decifrare i bisogni della persona, soprattutto quelli relativi alla psiche, è un problema enorme. Spesso si tratta di individui depressi perché vivono in un paese che non è il loro, hanno un vissuto difficile, sono lontani dalla famiglia. Loro stessi by-passano l'insoddisfacente visita di medicina generale per recarsi al Pronto Soccorso. E noi stessi non fidandoci per la carente comunicazione siamo costretti a prescrivere almeno gli esami fondamentali come i raggi al torace, le analisi del sangue, l'elettrocardiogramma e l'ecografia dell'addome per avere dei dati su cui ragionare. Sono convinto della necessità di incentivare il collegamento, la comunicazione più che la prestazione straordinaria. Dobbiamo individuare delle figure che sappiano interpretare i bisogni degli

extracomunitari. Figure che, sono sicuro, alleggerirebbero molto, anche economicamente, il sistema sanitario.

D. Esistono associazioni di volontariato che aiutano gli extracomunitari?

R. Non sono tante a dire il vero. Sono visibili certo, ma alcune sono carenti dal punto di vista della qualità. È utile per il conforto, certo, ma non sempre per l'efficacia terapeutica. Gli extracomunitari, i rifugiati politici sono pazienti particolari anche per i traumi che spesso vivono per arrivare fin qui. Ci si dovrebbe occupare non solo delle loro malattie fisiche ma anche del loro equilibrio psichico. Ecco, sento che c'è un vuoto, un'attenzione carente verso i bisogni di queste persone.

D. In questa dispersione di risorse e disorganizzazione, vengono garantite a tutti le cure essenziali o no?

R. Penso di sì. Alla fine, anche il povero, il paziente straniero, una volta che ci sia la diagnosi importante – come dicevo la tubercolosi – viene accolto e seguito ad altissimo livello.

Con la crisi economica, invece, spesso viene trascurato, in modo pericoloso, il sintomo iniziale. Il paziente con un problema preferisce rimandare la visita dal medico di base. Il fatto che una parte delle risorse economiche non incentivino l'assistenza sanitaria di base ma si riversi nell'alta e costosa tecnologia diagnostica terapeutica può compromettere e ritardare la diagnosi iniziale con conseguenze talvolta irrimediabili.

D. A livello concreto, lo Stato come segue la prevenzione di determinate malattie che stanno ritornando in questi anni e che, come si legge spesso sui mass media, sono portate dagli extracomunitari?

R. Dal vertice e con l'occhio economico. Credo che la parte più carente della Riforma sia stata una mancata politica di educazione alla salute che è stata affidata più ai mass media che ad un'informazione corretta capillare. Non c'è mai stata una vera educazione della cittadinanza a usare le risorse in modo intelligente. La responsabilità di questo è sia di chi ci governa e ci amministra ma anche un po' di responsabilità è del mondo medico. L'educazione alla salute è qualcosa di continuo e costante, che può essere tra educatore e discente nella scuola e tra medico e paziente nella pratica clinica. Chi meglio del medico curante può garantire un serio aggiornamento e approfondimento sulla salute? Però è necessaria anche

un'educazione dei medici alla salute. Chi ragiona di più su questi temi sono i tutor. Affinché tu possa trasmettere a giovani laureati in medicina l'etica del tuo lavoro, devi essere rigorosamente a posto con la coscienza scientifica, ma non solo: devi anche far capire loro dove si insidiano i conflitti di interesse e l'importanza della trasparenza. Bisogna trasmettere il concetto che il medico di base deve avere la capacità di collegare le cose, di guidare, di confortare, di aiutare malati spesso disinformati, disorientati e rinunciatari rispetto al bisogno di prendersi cura di sé anche in conseguenza della crisi economica.

D. Tra i suoi pazienti c'è una storia legata alla crisi economica che l'ha colpita più di altre?

R. Sì, è la storia di Anisha (ometto per ragioni di privacy il suo vero nome). Anisha è una donna indiana con un bambino di otto anni e gestisce un ristorante etnico assieme al marito. Viene nel mio studio lamentando continui dolori alla parte sinistra del torace. Era stata anche al Pronto soccorso, dove l'avevano dimessa senza alcuna diagnosi di malattia. Anisha non parla l'italiano e a stento l'inglese. Per l'ennesima volta provo quel senso di frustrazione e impotenza quando tra me e il malato straniero che chiede aiuto si intromette l'impossibilità di comunicare. Non mi resta che visitarla ma nemmeno io riesco a rilevare particolari problemi respiratori. Mentre le scrivo la ricetta per degli antidolorifici arriva una telefonata: è suo figlio che vuole sapere, per comunicare al papà, come sta la mamma. Le nuove generazioni di stranieri, nate o giunte in Italia molto giovani, rappresentano spesso gli unici interpreti tra genitori e mondo esterno. Dopo un anno, nel quale anch'io sono stato assente dallo studio per problemi di salute, rivedo Anisha. Scopro che la diagnosi era grave: una tubercolosi insidiosa che la stava portando alla morte, anche a causa della difficoltà del suo organismo a reggere le pesanti cure antibiotiche. Si è dovuta sottoporre perfino a un intervento chirurgico perché le venissero inserite delle placche metalliche a sostegno delle costole che stavano cedendo. Alla fine, Anisha si è salvata, è viva e continua a farsi chiamare al telefono dal suo bimbo di ormai dieci anni quando viene a trovarmi perché la aiuti con la traduzione dall'italiano all'indiano.

Devo confessare che le circostanze mi hanno fatto sfuggire di mano la situazione di questa donna e una domanda mi arrovella: perché a tanta sofisticata tecnologia non si abbina una pari capacità di comunicare? Se ciò avvenisse, l'extracomunitario che lavora tantissimo per guadagnare spesso molto poco, potrebbe essere facilitato nelle

sue richieste di aiuto. Anisha si è salvata ma è arrivata alla diagnosi troppo tardi. Forse per la sua timidezza e pudore nel comunicare, ma anche perché per lei, e così come lei sono in tanti, è prioritario lavorare nel timore di poter essere mandati via dal nostro paese e non riuscire a salvare i propri figli dalla situazione di povertà in cui nascono e da cui scappano.

Verona, 21 dicembre 2015

Bibliografia

Stucker David, Basu Sanjai, *L'economia che uccide. Quando l'austerità ci costa la vita*, Rizzoli, Milano, 2013

Heath Iona, *Modi di morire*, Bollati Boringhieri, Torino, 2008

Heath Iona, *Contro il mercato della salute*, Bollati Boringhieri, Torino, 2016

Maciocco Gavino, *Politica, salute e sistemi sanitari. Le riforme dei sistemi sanitari nell'era della globalizzazione*, Il Pensiero Scientifico, Roma, 2009

Klein Naomi, *Shock economy. L'ascesa del capitalismo dei disastri*, BUR, Milano, 2008

Rampini Federico, *La trappola dell'austerità. Perché l'ideologia del rigore blocca la ripresa*, 2014, Laterza-Gruppo Editoriale L'Espresso, Bari-Roma, 2014

Zeffiri Dino, *Diario di un medico generico*, Roma, Il Pensiero Scientifico, 2009