

Carlo Hanau

BIRTH AND ECONOMIC INEQUALITIES

Nascita e diseguaglianze economiche

Introduzione

Per questa relazione, che consiste in una raccolta di dati e considerazioni provenienti da diverse fonti, utilizzerò soprattutto i dati forniti da UNICEF, UNICEF FR, UNICEF IT, UNICEF Innocenti, OMS, World Bank Group, ISTAT e i commenti di Paola Facchin, Marco Geddes, Beniamino Cislighi, Gavino Maciocco, Alessandro Solipaca, Enrico Valletta.

L'avvenire della società si basa sui bambini, dei quali si deve garantire da subito la vita in salute con tutti i mezzi possibili. Il titolo di questo congresso internazionale "Uguali alla nascita ? Una responsabilità globale" ci richiama alla responsabilità di ogni essere umano nell'impegno a raggiungere questa meta in ogni Paese del mondo. Anche coloro che non accettano l'insegnamento della parabola del buon samaritano devono constatare che i problemi di salute degli uomini che vivono lontano si possono riverberare su di loro, poiché la società moderna è globalizzata e tende a superare gli steccati di divisione. Gli uomini sono spesso costretti a spostarsi da un Paese all'altro; anche molti fattori nocivi ambientali e le malattie infettive si possono allargare a macchia d'olio, provocando danni sociali ed economici che esigono rimedi via via più costosi rispetto a quelli che sarebbero stati necessari per effettuare interventi precoci nel luogo di origine.

I rischi di malattia e di morte per i bambini dipendono da fattori determinanti intrinseci (soprattutto genetici), dalle condizioni di salute della madre e da determinanti ambientali e sociali. Le ineguaglianze economiche sono generalmente il maggiore determinante esterno per lo stato di salute delle persone, e questo vale in particolare per i nuovi nati, innocenti ai quali non si può certo addebitare alcun comportamento dannoso per la loro salute.

Contro le ineguaglianze economiche come fattore determinante sulla salute, la più importante politica messa in atto nel secolo scorso da alcuni Paesi al loro interno è stata l'istituzione di un Servizio Sanitario Nazionale (NHS, National Health Service) di tipo universalistico, valido per tutti i cittadini e residenti, sostenuto a spese dello Stato.¹

L'OMS, Organizzazione Mondiale della Sanità, a livello internazionale, tende timidamente, nella misura molto modesta dei finanziamenti internazionali disponibili, all'ideale etico che ci è proprio: un servizio sanitario universalistico a livello mondiale.

Ricordo che un dollaro in più speso per la salute dei bambini nei Paesi poveri produce molta più salute di quanto possa produrre nei Paesi ricchi, poiché il rendimento marginale è decrescente all'aumento della spesa sanitaria, che a sua volta è generalmente correlata al PIL pro capite.

(cfr curva di Preston **DIA 5**) Pertanto aggiungo motivazioni di produttività della spesa a quelle di etica per giustificare un trasferimento di risorse dai Paesi più ricchi a quelli più poveri.

Quella che il grafico presenta è definita curva di Preston² (37) e ha i seguenti caratteri: nella prima parte, relativa a Paesi con redditi bassi, la curva si impenna, piccole variazioni del Prodotto Interno Lordo (PIL) pro capite producono un grande aumento della speranza di vita; nella parte successiva della figura la curva riduce la pendenza e oltre un certo livello di reddito – intorno ai 15.000 dollari di PIL pro capite – la speranza di vita alla nascita delle popolazioni quasi non aumenta più al

¹ In un Paese il servizio sanitario nazionale universalistico tende alla maggiore equità possibile nella distribuzione degli interventi sanitari in relazione alle necessità, dando di più a chi ha più bisogno, per rendere il più possibile tutti eguali di fronte alla malattia, indipendentemente dalle capacità di spesa individuali.

² fonte OMS WHO ripresa da Gavino Maciocco, Francesca Santomauro, *La salute globale. Determinanti sociali e disuguaglianze*, Carocci ed., Roma, 2014.

crescere del reddito, nonostante l'aumento della percentuale di spesa dedicata alla salute. Lo sviluppo delle tecniche produttive sanitarie è molto diverso da quello di altre industrie e non porta verso una naturale **convergenza** fra vari Paesi nei livelli assoluti e relativi della spesa sanitaria, convergenza che favorirebbe l'equità dell'accesso alle prestazioni: al contrario si prevede un forte aumento del divario assoluto e percentuale fra Paesi ricchi e Paesi poveri³. L'Istituto Reale per gli Affari Internazionali (Chatam House, UK) ha indicato riguardo alla spesa sanitaria [5] la raccomandazione che ogni governo investa almeno il 5% del PIL nella sanità, destinando almeno 86 \$ pro-capite (quota necessaria per garantire la copertura dei servizi essenziali). Secondo le previsioni nel 2040 il 13% dei Paesi dell'Africa sub-sahariana e il 44% delle nazioni a basso e medio-basso reddito non riusciranno a investire per la salute la cifra minima di 86 \$ pro-capite e il 60% delle 184 nazioni considerate allocherà in risorse sanitarie meno del 5% del proprio magro PIL. La spesa sanitaria privata è destinata a crescere per colmare i vuoti lasciati dal finanziamento pubblico anche nei Paesi a basso e medio-basso reddito, generando iniquità ancora maggiori, meno tollerabili perché si possono constatare all'interno del proprio Paese.

I lussi sanitari

Applicando i progressi della medicina, in diversi Paesi ricchi si utilizzano interventi sanitari via via più costosi che fanno guadagnare salute in quantità molto inferiori a quella che potrebbe essere guadagnata destinando le stesse risorse a interventi sanitari preventivi.

La cura delle cronicità è tanto più costosa quanto più è efficace, prolungando la vita e quindi la durata dell'assistenza.

Il salvataggio di alcune vite fragili è sempre più costoso. Ad esempio la differenza fra USA e Canada è ricordata da Geddes⁴: negli Usa la percentuale di nati pre termine era del 12,3% nel 2004 a confronto del 8,0% in Canada e tale differenza è rimasta sostanzialmente stabile nel tempo; questa differenza comporta (o meglio giustificerebbe) un tasso di posti letto in costosissime unità di cure intensive neonatali del 33,7 x 10.000 nati vivi in Usa a fronte di 16 x 10.000 in Canada, che evidentemente utilizza strategie meno costose delle unità di cure intensive per ridurre i parti pre termine, quindi il fabbisogno di posti letto [5] ottenendo risultati migliori sul tasso di mortalità neonatale (3,2 per mille contro 3,7 per mille degli USA). Questi interventi si possono definire "lussi sanitari" e vengono perseguiti in particolare a livello di medicina perinatale, come anche all'altro estremo dell'età, quella geriatrica. Questi interventi vengono richiesti nei Paesi ricchi dall'opinione pubblica, per la quale la vita di un bambino nato di 500 grammi è un bene prezioso che deve essere

³ Enrico Valletta (2016) *Economia e politica per la "grande convergenza sulla salute"* Quaderni acp www.quaderniacp.it p.214-15 [2016]

⁴ Marco Geddes (2018), La spesa sanitaria a confronto, Salute Internazionale, 7 maggio 2018 <http://www.saluteinternazionale.info/2018/05/la-spesa-sanitaria-usa-a-confronto/>

Riprende Jama, Special Communication: *Health Care Spending in the United States and Other High-Income Countries*[1], accompagnato da quattro editoriali[2]. L'articolo offre un confronto fra gli Stati Uniti e dieci paesi: Australia, Canada, Danimarca, Francia, Germania, Giappone, Paesi Bassi (NLD), Svezia, Svizzera (CHE), UK e prende in esame varie "famiglie" di parametri, articolate in molteplici voci: 1. La spesa; 2. La situazione demografica; 3. Le risorse in termini sia di personale che di strutture; 4. I tassi di utilizzo di presidi e prestazioni; 5. I costi e i consumi farmaceutici; 6. La qualità delle cure sia in termini oggettivi che di percezione; 7. La distribuzione territoriale e l'equità.

salvato ad ogni costo. In questi stessi Paesi il tasso di natalità è molto basso, i bambini sono pochi e molto preziosi. Inoltre la vita salvata con tanto impegno incorre frequentemente in condizioni di disabilità, che a loro volta generano costi elevati e a lungo termine. La stessa fecondazione artificiale non comporta soltanto un certo costo iniziale, ma anche maggiori rischi di disabilità del figlio, in quanto viene utilizzata soprattutto quando vi sono difficoltà per il concepimento e la forzatura della natura spesso genera problemi per il concepito. Infine si deve considerare che la nostra società occidentale, in particolare l'Italia, induce a ritardare il concepimento anche oltre le soglie dell'età che sarebbero ottimali per ridurre i rischi di malattia e disabilità del figlio, aumentando la prevalenza dei bambini con disabilità.

Nei Paesi in transizione demografica, come l'Africa Sub-Sahariana, dove la natalità è ancora molto elevata, la vita del neonato e del bambino è meno apprezzata e la sua morte viene spesso accettata dalla società con fatalismo. Si può quindi prevedere che il divario nella spesa per la salute tra Paesi ricchi e Paesi poveri sia destinato ad incrementarsi nel tempo senza sollevare contestazioni generali, almeno per il prossimo ventennio. Per la popolazione di Paesi poveri si da per scontato che non si potranno offrire i "lussi" sanitari.

L'OMS e l'UNICEF suggerivano di usare tecnologie poco costose ed efficaci per raggiungere gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio (MDG), validi fra il 1990 e il 2015, attinenti la salute del bambino e della maternità⁵. Oggi si può affermare con soddisfazione che gli Obiettivi del millennio sui tassi di mortalità sotto i 5 anni siano stati quasi raggiunti, passando da 12,6 milioni di morti sotto i 5 anni nel 1990 a 5,6 nel 2016. **DIA 6**. Meno brillante, ma pur sempre molto consistente, la riduzione della mortalità neonatale (entro il primo mese di vita), che passa da 5,1 a 2,6 milioni.

L'OMS e l'UNICEF hanno successivamente stabilito i nuovi Obiettivi di sviluppo sostenibile (SDG), per gli anni 2015-2030, che ancora mettono al primo posto la salute dei bambini e della maternità e che riguardano tutti i Paesi, anche quelli ricchi. Si badi che l'eccellenza, quando non può essere ottenuta con economie di scala elevate (come esempio di possibilità di grandi economie di scala si possono citare i nuovi farmaci contro l'epatite C), non può essere generalizzata neppure all'interno di uno stesso Paese ricco.

Il livello dei finanziamenti della comunità internazionale per la collaborazione per lo sviluppo dei sistemi sanitari e per il settore materno-infantile nei Paesi più poveri è stato consistente, ma è soggetto a variazioni, cambiamenti di priorità per nuove emergenze umanitarie, epidemie, carestie, flussi migratori, conflitti armati interni o guerre fra Paesi⁶. Come e quanto i conflitti influiscano

⁵ 1) ridurre l'estrema povertà e la fame, 4) ridurre la mortalità dei bambini, 5) migliorare la salute della donna, 6) combattere l'AIDS, il paludismo ed altre malattie, 7) assicurare l'acqua potabile e la fognatura, 8) sviluppare la collaborazione mondiale per lo sviluppo.

⁶ Enrico Valletta (2018) *Le guerre, I bambini e le donne*, in pubblicazione su Quaderni acp

Nel 2016 l'Heidelberg Institute for International Conflict Research (HIK) ha censito in tutto il mondo 226 situazioni di conflitto violento con 18 scenari di guerra aperta e 20 di guerra a estensione più limitata [2]. C'è notizia di conflitti su larga scala in Nigeria, Sudan, Afghanistan, Siria, Iraq, Libia, Turchia, Yemen, Pakistan, Messico e Ucraina. Crisi armate di minore intensità si registrano nella Repubblica Centrafricana, Congo, Nigeria, Egitto, India, Myanmar, Filippine, Brasile, Colombia ed El Salvador. A Giugno del 2017, l'ONU era impegnato in 16 missioni di *peace keeping* in tutto il mondo [3].

Svariati sono gli aspetti critici della salute materno-infantile sui quali si sofferma la letteratura. Vediamone alcuni.

sugli esiti di salute materno-infantili è intuibile e anche dimostrato e talvolta si aggiungono alle mutilazioni genitali femminili. E, non secondariamente, si coinvolge il fenomeno delle migrazioni alle nostre latitudini. Emigrazione e dislocazione di intere popolazioni, violenza sulle donne, esiti di perdita di salute su donne in gravidanza e neonati, il fenomeno dei matrimoni di bambine, il pericolo della malnutrizione e il deterioramento o la distruzione delle strutture sanitarie nei teatri di guerra. Si aggiunga che le vaccinazioni in Africa sono addirittura regredite per la distruzione della catena del freddo che era necessaria per mantenere i vaccini. Inoltre vi sono forti gruppi fondamentalisti nei Paesi poveri che in odio alla moderna società industriale diffondono false notizie sui danni delle vaccinazioni e della medicina basata sull'evidenza delle prove (EBM) in generale. Si realizza una strana convergenza fra questi gruppi che operano in Paesi poveri e i movimenti no-vax dei Paesi ricchi, spesso molto diffusi fra persone di classi elevate, economicamente e culturalmente, le stesse che si affidano a pratiche sanitarie a sfondo magico e che vedono sempre complotti all'interno del mondo scientifico. In questi casi vi può essere un uso alternativo e non complementare delle pseudomedicine, che può provocare anche gravi problemi di salute.

Gli stanziamenti di risorse sono importanti, ma le politiche lo sono altrettanto. Gestioni diverse danno risultati molto diversi pur partendo da situazioni simili: non è sufficiente avere risorse da spendere, occorre una progettualità ben definita, nel nostro caso rivolta al materno-infantile. L'OMS dovrebbe assumere al proposito un ruolo di governo sovranazionale della sanità nel mondo.

All'interno di piccoli Paesi, come l'Italia, si assiste ad un spezzettamento del Servizio sanitario nazionale in una ventina di Regioni (mediamente 3 milioni di abitanti), ciascuna delle quali riceve una eguale quota pro capite di finanziamento dal Governo centrale, che dovrebbe servire per garantire Livelli Essenziali di Assistenza eguali per tutti. La Regione, che ha grande libertà di scelta sulle modalità di organizzare l'erogazione degli interventi compresi nei livelli essenziali di assistenza, può aggiungere prestazioni supplementari utilizzando proprie risorse fiscali: questo significa che le Regioni ricche, che dispongono di risorse fiscali proprie, e quelle che riescono a risparmiare risorse nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza possono dare servizi supplementari negati nelle Regioni più povere e/o meno efficienti.

Lo stesso schema potrebbe valere per i Paesi. Gli SDG dovrebbero costituire i livelli essenziali di assistenza del Mondo finanziati dalla comunità internazionale. Di fronte allo scandalo di enormi differenze nel rischio di morte e di malattia per i bambini che nascono in differenti Paesi, che cercherò di illustrare, mi si consenta di proporre un'utopia, il sogno di un'autorità mondiale come l'OMS che assume il ruolo di finanziamento e governo dei servizi sanitari essenziali per il mondo.

DIA 2

EUROPA ci sono differenze ma sono minime rispetto a quelle con i Paesi poveri:

Figura 6. Il tasso di mortalità materna e infantile nei paesi dell'Europa occidentale, già molto basso rispetto alla media mondiale, è in diminuzione

Fonte

figura 6: mortalità materna per 100.000 (e non per mille)

Fondazione Deloitte p.27 riguarda soltanto EU

Diseguaglianze sociali e stato di salute Rompere il circolo vizioso

Titolo originale: Breaking the dependency cycle - Tackling health inequalities of vulnerable families | June 2017

DIA 3 ITALIA STORICA A CONFRONTO CON I PAESI DEL MONDO

Il confronto con i Paesi in via di sviluppo mette in evidenza che il tasso di alcuni Paesi africani è vicino a quello che l'Italia presentava negli anni '30 mentre quello di alcuni Paesi asiatici è paragonabile al tasso dell'Italia negli anni '50 del secolo scorso.

Dal punto di vista dell'economia della sanità è facile prevedere che un governo mondiale della sanità aumenterebbe enormemente l'efficacia e l'efficienza degli interventi, soprattutto dovunque i forti costi fissi iniziali, come quelli legati all'invenzione di farmaci, potessero essere ripartiti fra tutti i malati del mondo, con costi marginali molto decrescenti. Le stesse patologie "nuove" molto rare (1 su 5.000 nati) troverebbero una platea di "consumatori" superiore al milione di casi nel mondo. Ancor più i nuovi farmaci, come quelli per curare l'epatite C, potrebbero essere estesi con costi marginali minimi a tutti i malati del mondo, dopo che l'OMS ne avesse regolarmente acquistato il brevetto.

I costi degli SDG

Le "vecchie" patologie, da tempo conosciute come tipiche della povertà, potrebbero essere fortemente ridotte da aiuti internazionali relativamente modesti. Con un fondo internazionale della dimensione del fondo sanitario nazionale dell'Italia (oltre 115 miliardi di Euro per 60 milioni di persone) si potrebbero coprire i costi preventivati per raggiungere gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (SDG) su di una popolazione cento volte maggiore, con risultati enormi, come quello di ridurre in futuro i numeri dei morti registrati nel 2016, quando 2,6 milioni di bambini sono morti entro 28 giorni dalla nascita, altri 3 milioni di morti prima di compiere i 5 anni (DIA 6) e infine 2,6 milioni di nati morti, metà dei quali viventi prima del parto, per un totale di 8,2 milioni di vite perse.

La spesa necessaria per raggiungere gli obiettivi SDG nei 67 Paesi a reddito basso o intermedio, che comprendono il 75% della popolazione mondiale, è stata calcolata in uno studio molto recente⁷, dove si fanno due ipotesi: realizzare pienamente gli obiettivi SDG entro il 2030 oppure realizzarli almeno per i due terzi⁸. Nell'ipotesi più ambiziosa la realizzazione degli SDG nei 67 Paesi comporterebbe nuove spese, in aumento anno dopo anno, iniziando da 134 miliardi di dollari il primo anno a finendo con 371 miliardi nell'ultimo, pari a 58 dollari pro capite.⁹

⁷ Karin Stenberg, et al. (2017) Financing transformative health systems towards achievement of the health Sustainable Development Goals: a model for projected resource needs in 67 low-income and middle-income countries. The Lancet Global Health, [Volume 5, No. 9](#), e875–e887, September 2017

Cfr. <https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS2214-109X%2817%2930263-2/fulltext?elsca1=tlxpr>

⁸ Nei due scenari i tre quarti della spesa sarebbero a fronte dell'assunzione del personale sanitario, della costruzione e del funzionamento di nuovi ambulatori, ospedali e laboratori, mentre la restante parte sarebbe a fronte di farmaci, vaccini e altro materiale utile per prevenire o trattare le malattie, per la formazione, le campagne sanitarie ed i servizi territoriali nelle comunità più vulnerabili.

⁹ L'85% dei costi possono essere posti a carico dei singoli Paesi, ma i 32 Paesi più poveri dovranno aumentare i deficit di bilancio per 54 miliardi e continueranno ad avere bisogno dell'aiuto dall'esterno. I Paesi a più alto reddito sono stati esclusi da questa analisi, considerando che hanno i mezzi per finanziare questi servizi essenziali ai loro cittadini.

L'obiettivo più ambizioso comporta l'assunzione supplementare di oltre 23 milioni di operatori sanitari, la costruzione di più di 415.000 nuovi stabilimenti sanitari, di cui il 91% sarebbero centri di cure primarie. Nei 67 Paesi considerati, questi interventi farebbero aumentare la percentuale media del PIL dedicata alla sanità dal 5,6 % al 7,5%, mentre la media mondiale si colloca al 9,9%.

Questi interventi, se ben realizzati, potrebbero evitare 97 milioni di morti premature nel periodo 2015-2030, di cui 50 milioni di nati morti, neonati e bambini entro i 5 anni di età e 20 milioni di morti dovute a malattie non trasmissibili come le malattie cardiovascolari, il diabete e il cancro. La speranza di vita aumenterebbe da 3,1 a 8,4 anni, aggiungendo 535 milioni di anni di vita in buona salute (calcolati senza usare sofisticazioni come la mia “ponderazione per equità nella distribuzione” applicata agli anni di vita in buona salute guadagnati¹⁰) nei 67 Paesi¹¹.

Questi gli obiettivi scelti da UNICEF fra i 17 obiettivi SDG come campo di azione prioritario:

Dimezzare povertà e fame, Istruzione primaria universale, Pari opportunità ed empowerment femminile, Ridurre la mortalità infantile, Migliorare la salute materna, Combattere HIV/AIDS, malaria e altre malattie, Assicurare la sostenibilità ambientale, Una partnership globale per lo sviluppo. Molto rilevante l’Obiettivo Sviluppo Sostenibile 1) Dimezzare povertà e fame: **Eliminare la povertà estrema e la fame, il cui raggiungimento non deve sembrare un’utopia irrealizzabile**. A livello globale, la prevalenza di bambini sottopeso di meno di cinque anni è diminuita dal 31% al 26% tra il 1990 e il 2008. I bambini appartenenti al quintile più povero delle loro società hanno probabilità più che doppie di essere sottopeso, e corrono rischi maggiori di arresto della crescita, rispetto ai bambini del quintile più ricco. La prevalenza del peso insufficiente tra i bambini delle campagne è superiore del 50% rispetto a quella tra i bambini che vivono in aree urbane¹². Tutti questi obiettivi possono incidere sulla salute alla nascita e nei successivi anni di vita: ad esempio lo SDG Pari opportunità ed empowerment femminile significa maggiore istruzione, e con questa l’attesa di maturità prima del matrimonio e della prima gravidanza, la riduzione delle gravidanze in età avanzata, la capacità e la volontà di utilizzare le conoscenze scientifiche sulla gestione della gravidanza, del parto e delle cure del figlio. Ma non si deve trascurare che le pari opportunità possono intervenire direttamente sul tasso di mortalità perinatale e infantile, dato che esiste in alcune culture maggior trascuratezza nei confronti della neonata di genere femminile, quando non addirittura la selezione prenascita con aborti selettivi delle femmine¹³.

¹⁰ C.Hanau, E.Q.A.L.Y.: i Q.A.L.Y. ponderati per l’equità distributiva. Atti della X conferenza della International Association of Health Policy, pp.167-171, Perugia, 2000.

¹¹ L’analisi include il raggiungimento degli Obiettivi SDG 3 (salute e ben essere), 2 (eliminare la fame), 6 (acqua e fognature), 7 (energia pulita e a costo abbordabile). Alcuni obiettivi e malattie sono stati esclusi per la difficoltà di stimare i costi connessi e la mancanza di dati fidabili. I risultati non indicano le spese per la salute che devono essere fatte dai singoli Paesi, ma sono uno strumento che può orientare verso future ricerche. Gli Autori sottolineano che la realizzazione di una copertura sanitaria mondiale e degli altri obiettivi sanitari non implica soltanto il finanziamento, ma anche una volontà politica e il rispetto dei diritti dell’uomo.

L’obiettivo meno ambizioso comporterebbe una spesa progressivamente crescente, da 104 miliardi di dollari il primo anno a 274 all’ultimo anno del periodo, cioè 41 dollari pro capite, da qui al 2030. Si eviterebbero 71 milioni di morti premature, portando la percentuale del PIL dedicato alla sanità al 6.5%. Si aggiungerebbero più di 14 milioni di operatori della sanità e 378.000 stabilimenti sanitari, di cui il 93% centri di cure primarie.

¹² <http://www.unicef.it/doc/435/obiettivo-1-dimezzare-poverta-e-fame.htm>

¹³ L’equilibrio naturale della parità numerica dei generi, dove il naturale maggior numero dei concepimenti di maschi veniva compensato dalla loro debolezza biologica, con maggiori abortività naturale e mortalità infantile, è stato alterato dall’avanzamento della medicina perinatale, che consente ai maschi una maggiore sopravvivenza, che provoca uno squilibrio di genere evidente anche all’età nuziale. La possibilità di determinare il genere del feto unita a quella dell’aborto volontario squilibra ulteriormente questo rapporto presso quelle culture che disprezzano il genere femminile. Questo fenomeno sembra si trovi anche in alcune comunità di immigrati in Italia.

Occorre tuttavia ricordare che il servizio sanitario universalistico è necessario ma non sufficiente per garantire il raggiungimento dell'equità dei trattamenti in base alle necessità dei nuovi nati e delle loro madri: l'educazione svolge un ruolo importantissimo¹⁴.

A fronte delle scandalose differenze nella mortalità infantile fra diversi Paesi che presentano diversi valori del Prodotto Interno Lordo, PIL pro capite, il primo dei determinanti sociali sulla salute, le differenze fra Regioni di uno stesso Paese appaiono come problemi minori, che per brevità non tratterò in questa esposizione ma che riporterò nella relazione scritta per gli atti, e che riguardano differenze all'interno dello stesso Paese ove vige da decenni il Servizio sanitario nazionale universalistico, come la Gran Bretagna e l'Italia. Qui ricorderò soltanto che le differenze toccano pesantemente la quantità e qualità di vita dei residenti di varie Regioni italiane^{15 16} e gli immigrati: il Servizio sanitario nazionale è ad alto livello ed accessibile facilmente anche per gli immigrati non regolari: eppure la mortalità infantile degli immigrati dall'Africa (escluso Nord Africa), pari a 6,7 per mille, è doppia o tripla rispetto a quella degli italiani e degli altri immigrati, anche se molto inferiore a quella registrata nei Paesi di origine.

La transizione demografica difficile dell'Africa

L'incremento demografico in alcuni Paesi, come quelli dell'Africa Sub Sahariana dovrebbe essere parallelamente accompagnato dallo sviluppo economico, teoricamente possibile data la teorica fertilità della terra e la ricchezza di materie prime di molti di questi Paesi. Il sogno di un travaso pacifico di una parte di giovani africani nell'Europa dalle culle vuote e con molte case residenziali abbandonate sembra diventare un'utopia sempre più lontana, che se fosse ben realizzata potrebbe ripetere l'origine della grandezza degli USA. Ma non potrebbe comunque essere la soluzione della grande massa di popolazione prevista in Africa nei prossimi decenni, ove resta la necessità che le gravidanze siano concentrate nel centro dell'età fertile, intervallate da pause e seguite da personale qualificato per garantire la salute delle donne e dei neonati, che siano dati i mezzi per mantenerli in buona salute, che sia offerta loro istruzione, accudimento familiare, cibo, acqua così come previsto negli SDG, oltre che una prospettiva di progresso, autonomia e lavoro.

DIA 4 Tasso mortalità infantile degli immigrati in Italia fonte ISTAT (2017) consultato il 16 6 2018: <https://www.istat.it/it/files//2018/03/La-salute-riproduttiva-della-donna.pdf>

In Italia, i principali gruppi etnici tra i nati sono i rumeni, marocchini e albanesi che rappresentano circa il 47 per cento di tutti i nati vivi stranieri residenti in Italia. Mentre gli albanesi presentano un tasso di mortalità infantile inferiore a quello degli italiani (1,5 per mille), i rumeni e i marocchini lo presentano superiore (rispettivamente con tasso pari 3,2 e 3,8 per mille).¹⁷

¹⁴ La relazione del Prof. Henk Ten Haven ha preso in considerazione il ruolo fondamentale dell'educazione. Non a caso Amartya Sen, nel convegno svoltosi a Bologna nel maggio del 2017, ha indicato sanità ed educazione i due settori da privilegiare per migliorare il welfare sociale, preferendoli addirittura alla lotta contro la povertà.

¹⁵ Alessandro Solipaca (2018) *Le disuguaglianze di salute in Italia*, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane

¹⁶ Ministero della salute, (2018) - "L'Italia per l'Equità nella Salute" – ISBN 9788898544196

¹⁷ Le migrazioni in Europa sono un aspetto importante che coinvolge fortemente la salute materno-infantile, l'equità d'accesso e le disuguaglianze. E' in certa misura un problema di economia sanitaria, ma anche di integrazione e di svantaggio socio-economico di queste fasce di popolazione. Si esprime con un minore controllo della donna in gravidanza, e con un maggiore e inappropriato ricorso ai servizi sanitari per il bambino. Ha a che fare con l'isolamento culturale, le difficoltà economiche, la scarsa comprensione del funzionamento dei servizi. Anche qui le differenti politiche possono sortire differenti risultati. Gli emigranti dall'Africa cercano di fuggire dalla maledizione di una

DIA 5 Curva di Preston.

Veniamo finalmente ai tassi di mortalità neonatale, nel primo mese di vita, e della mortalità da 0 a 5 anni, che qui assumiamo come primi grossolani ma utili indicatori della salute alla nascita.

DIA 6, UNICEF IT (2018) *Ogni bambino è vita. Fermiamo la mortalità neonatale*¹⁸

Fonte Gruppo intergovernativo per la stima della mortalità infantile dell'ONU, 2018

L'aspetto molto positivo che emerge dal grafico è il grande calo dei due fenomeni rispetto al 1990, che ha avuto un'accelerazione nel 2000. Il tasso di mortalità da 0 a 5 anni è calato più velocemente di quello della mortalità neonatale: infatti è più difficile combattere i fattori nocivi (noxae) che incidono sul primo mese di vita, perché si esige organizzazione sanitaria, strutture e operatori qualificati, mentre i fattori nocivi che provocano la morte successivamente al primo mese di vita sono aggredibili con farmaci e altri mezzi che non esigono un'organizzazione complessa.

Riprende dopo con altra figura circolare

Gli MDG non erano sogni impossibili: lo dimostrano i risultati ottenuti, soprattutto all'inizio del millennio.

DIA 7 cause di morti neonatali Fonte: *Ogni bambino è vita. Fermiamo la mortalità neonatale UNICEF 2018. Vedi anche DIA 23*

Le morti di donne a causa della maternità sono circa 300.000, in rapporto uno a dieci casi di morti neonatali, e il loro decesso è una grave disgrazia per il figlio, se sopravvive a loro. La salute della madre in gravidanza e durante l'allattamento nei primi due anni di vita del figlio è essenziale per la salute del bambino, anche per la sua vita futura. Col terzo millennio anche il numero delle morte a causa della maternità, che si concentra in alcuni Paesi, come l'India, ha iniziato a calare. Altri indicatori oltre questi sulla mortalità del bambino e della madre sono stati studiati¹⁹: oltre le morti infantili ci sono anche le disuguaglianze nella prevalenza delle disabilità permanenti più o meno gravi che influiscono pesantemente sullo sviluppo neuropsichico dei bambini impedendo la completa realizzazione del loro potenziale genetico e umano in generale; infatti i primi 1000 giorni di vita condizionano la salute dell'adulto e del vecchio, come previsto dalla "Ipotesi di Barker"²⁰. Nel 2017 il Centro di Ricerca

¹⁸ UNICEF IT (2018) *Ogni bambino è vita. Fermiamo la mortalità neonatale*

https://www.unicef.it/Allegati/EveryChildAliveReport_ITA.pdf

¹⁹ Fra gli 8 Obiettivi del millennio dell'OMS si segnala: 1) ridurre l'estrema povertà e la fame, 4) ridurre la mortalità dei bambini, 5) migliorare la salute della donna, 5) combattere l'AIDS, il paludismo ed altre malattie, 7) assicurare l'accesso all'acqua potabile ed alla fognatura, 8) sviluppare la collaborazione mondiale per lo sviluppo. *Altri indicatori rilevano alcuni aspetti degli **Obiettivi di Sviluppo del Millennio (MDG)** dell'OMS (Millennium Development Goals dell'OMS), che hanno sancito l'obbligo morale di superare l'iniquità fra tutti i nuovi nati. Gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio (1990-2015) non riguardano soltanto malattia e morte, ma anche i determinanti della salute, e convergono tutti allo scopo di realizzare un incremento della salute materno-infantile e anzitutto promuovono una riduzione della mortalità e della malattia*

²⁰ Barker DJ, Infant mortality, childhood nutrition, and ischaemic heart disease in England and Wales.

Lancet 1986;1:1077 – 1081 richiamato da Giovanna Tezza e Attilio Boner, *Le origini della salute e delle malattie*. Il Giornale Italiano di Psicologia e di Educazione Prenatale, n.28, 2015, pp. 9-20 (cfr.

<http://www.anpep.it/public/site/Rivista%20lug2015%20Hp%20Barker1.pdf>). L'ipotesi di Barker ha dato un contributo significativo agli studi sullo sviluppo delle malattie croniche dell'adulto alla fine del XX secolo.

L'epoca della gravidanza e l'apporto di nutrienti in tale periodo sono di centrale importanza vista la stretta relazione che si instaura tra madre e feto, essenziale per la programmazione del fenotipo. Sulla base del Modello Predittivo Adattativo è stato dimostrato che tanto più il feto non è in grado di adattarsi all'ambiente postnatale tanto maggiore sarà il suo rischio di sviluppare malattie cardiovascolari, ma non solo. L'ipotesi di Barker, infatti, ha posto le basi per lo sviluppo di teorie che hanno dimostrato un legame

Internazionale dell'Istituto degli Innocenti dell'UNICEF ha pubblicato una proposta di valutazione del benessere dei bambini nel contesto dello sviluppo sostenibile nei 41 paesi dell'Unione Europea (UE) e dell'OCSE-OCDE²¹, che va ben oltre gli indicatori negativi di mortalità qui trattati.

In particolare rileva l'Obiettivo di Sviluppo del Millennio n.1, sullo stato di nutrizione della donna durante la gravidanza e quello del bambino. Non è sempre questione di reddito: le false credenze possono influenzare la salute del bambino, come quella abbastanza diffusa nel Bangladesh, secondo la quale la madre dovrebbe mangiare di meno durante la gravidanza. In altri Paesi si ritiene che il sovrappeso e l'obesità dei bambini sia una condizione favorevole per la loro salute.

La malnutrizione

Nel maggio del 2018 UNICEF, OMS e World Bank Group hanno pubblicato un report sulla malnutrizione al 2017²² dove si ritrova anche la prevalenza dell'obesità per reddito del Paese; l'obesità si ritrova in molti Paesi e dipende molto dal livello di istruzione dei genitori: <https://data.unicef.org/resources/jme/>

Nel 2017 si stima che i bambini sotto i 5 anni siano malnutriti in enorme quantità, pari a 240 milioni. La malnutrizione viene divisa per categorie: 151 milioni Stunted (minore crescita rispetto alle aspettative, staturale e spesso anche mentale). Questa situazione può portare a frequenti disabilità perduranti nel corso di tutta la vita. Wasted, denutriti, che sono stimati in 50,5 milioni, di cui 16,4 severamente denutriti, per i quali occorre un trattamento urgente per evitare il rischio di morte. Overweight, sovrappeso, 38,3 milioni, che hanno avuto un andamento in crescita dal 2000, quando erano 38 milioni, provocato da sbilanci fra consumi energetici e nutrienti, spesso favorevoli l'obesità.

DIA 23 mette a confronto le cause di morte neonatale e quelle fra 0 e 5 anni

Le patologie causa di morte neonatale esigono un'organizzazione generale dei servizi sanitari di assistenza al parto: prima causa è il parto pretermine e complicanze (35%), seguita da eventi collegati al parto (24%), setticemia o meningite (15%), anomalie congenite (11%). Sempre fra le cause infettive si ritrovano: polmonite (6%), tetano (1%), diarrea (1%).

La mortalità fra 1 e 59 mesi è provocata soprattutto da polmonite, diarrea e malaria, patologie per le quali sarebbe sufficiente la disponibilità di farmaci e la reidratazione. Le malattie infettive e le complicazioni neonatali sono le prime cause di morte di tutti i bambini al di sotto dei 5 anni e sono molto spesso le malattie dei poveri, costituendo un indicatore di disegualianza, particolarmente elevato nell'Africa Sub-Sahariana e nell'Asia del Sud. Circa la metà di tutti i bambini morti al di

²¹ Costruire il futuro. I bambini e gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile nei paesi ricchi. UNICEF Innocenti Report Card 14 I bambini nei paesi industrializzati. Cfr. https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/RC14_It.pdf

Disponibile in altre lingue: UNICEF Bilan Innocenti 14. Enfants dans le Pays développés. Construire l'avenir. Les enfants et les objectifs de développement durable dans les Pays riches (giugno 2017). Cfr. https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/RC14_Fr.pdf

²² UNICEF: <https://data.unicef.org/resources/jme>, WHO: www.who.int/nutgrowthdb/estimates, World Bank Group:

<data.worldbank.org/child-malnutrition>. **Levels and trends in child malnutrition, cfr.** <https://data.unicef.org/resources/jme/>

sotto dei 5 anni sono attribuibili a denutrizione.

Cfr. La figura 3 di cui a p.8 di Levels & Trends in Child Mortality: Report 2017

Le disuguaglianze nello stato di salute dipendono da numerosi fattori correlati e sovrapposti. Esiste una distinzione importante tra le disuguaglianze intrinseche allo stato di salute (ad esempio genetiche) e quelle causate da sistemi e strutture sociali, privilegi e potere, potenzialmente evitabili (note come *iniquità* di salute).

Lo stile di vita della madre soprattutto all'inizio della gravidanza. L'alimentazione, il fumo e il consumo di alcol sono associati al basso peso alla nascita e comportano una serie di pericoli per il feto: dai bassi punteggi nelle curve di sviluppo al rischio di soffrire in futuro di malattie come epilessia, malattie cardiovascolari e diabete 37, 38, 39²³ (cfr. Barker, citato).

La mortalità dei bambini sotto i cinque anni diminuisce linearmente con l'aumentare del livello di scolarità delle donne, indipendentemente dal fatto che la frequenza scolastica sia già ad alti livelli (da dieci a undici anni) o a livelli più bassi (da due a tre anni). A livello globale, l'istruzione incide per il 51% sul declino della mortalità. Le donne più istruite tendono ad avere famiglie meno numerose, in parte grazie a migliori opportunità lavorative e a una migliore conoscenza dei metodi contraccettivi. Un minor numero di figli aumenta le opportunità di sopravvivenza infantile, mentre un livello di istruzione superiore fa sì che le donne dispongano di più conoscenze e di un maggior potere decisionale sulle cure prenatali, l'igiene, l'alimentazione e le vaccinazioni 40^{24,25}

Nei Paesi ad alto reddito una misura importante è l'integrazione degli interventi delle diverse agenzie pubbliche e private che influiscono direttamente o indirettamente sulla mortalità e sulla salute. Esempio 7: Far fronte alle sfide: promuovere comportamenti sani attraverso la collaborazione tra settore pubblico e privato (Danimarca, Canada, Cina, Italia, Messico, Stati Uniti, Sud Africa).

Dal confronto internazionale emerge che i sistemi a copertura universale riescono ad ottenere risultati migliori a costi inferiori. Tuttavia non si può dire vinta la lotta contro le disuguaglianze di salute alla nascita neppure con l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale di tipo universalistico,

²³ nota 37 del testo Deloitte The impact of maternal smoking during pregnancy on depressive and anxiety behaviors in children: the Norwegian Mother and Child Cohort Study, BMC Medicine, 2015. See also: <https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-014-0257-4>

nota 38 Social Inequalities in the Leading Causes of Early Death: A Life Course Approach (Commissioned by the Department of Health), UCL Institute of Health Equity, 2015. See also: <http://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/social-inequalities-in-the-leading-causes-of-early-death-a-life-course-approach/social-inequalities-in-the-leading-causes-of-early-death-a-life-course-approach.pdf>

Nota 39 Familial risk of premature cardiovascular mortality and the impact of intergenerational occupational class mobility, Social Science and Medicine, 2012.

²⁴ Increased educational attainment and its effect on child mortality in 175 countries between 1970 and 2009: a systematic analysis, The Lancet, 2010

²⁵ Enrico Valletta (2015) Le donne, i bambini e il futuro dei giovani, Quaderni acp, p 296-298

come quello della Gran Bretagna e dell'Italia.

Le tabelle **DIA 8**, **DIA 9** presentano rispettivamente i dieci Paesi con i maggiori tassi per mille nati di mortalità neonatale e quelli minori, mettendo a confronto la frequenza di personale sanitario qualificato per 10.000 abitanti. Anche se vi sono degli scostamenti importanti, come per il Pakistan, unico che supera la decina di professionisti accoppiando il tasso maggiore di mortalità, resta sempre vero che molti fra i Paesi più virtuosi presentano una frequenza di personale che supera i 100.

I tassi di mortalità non vengono determinati strettamente e unicamente dal reddito²⁶

La tabella **DIA 10** mostra il numero assoluto delle morti neonatali, che si concentrano in India, che totalizza un quarto del totale del mondo, seguita da Pakistan, Nigeria, Congo.

All'interno di ogni Paese grandi sono le differenze fra mortalità neonatale per ricchezza, istruzione e residenza della famiglia in area urbana o cittadina.

DIA 11 Figura 1.5. Paesi selezionati: mortalità dei bambini al di sotto dei 5 anni per livello di **ricchezza della famiglia, di istruzione e di residenza urbana o rurale** (per 1.000 nati vivi)

Le 4 tabelle seguenti classificano i Paesi in 4 livelli di reddito: basso, medio-basso, medio-alto, alto. I valori dei tassi di mortalità neonatale riservano delle sorprese.

DIA 12, 13, 14, 15

Il grafico mostra inoltre che tra i Paesi a reddito più basso, a parità di reddito pro capite, vi sono sostanziali differenze nello stato di salute della popolazione. Ciò significa che nel determinare lo stato di salute di una nazione entrano in gioco, oltre il reddito, altri fattori quali: il livello di istruzione, in particolare della popolazione femminile, e l'accesso ai servizi sanitari di base 38; l'equità nella distribuzione del reddito e il livello di coesione sociale 39.

Le disuguaglianze si stanno facendo sempre più evidenti anche all'interno dei Paesi, come abbiamo visto nel grafico in **DIA 2**, a proposito delle sei nazioni dell'Europa occidentale. Il Rapporto evidenzia come le disuguaglianze all'interno degli Stati siano diffuse ovunque, come mostra la figura **DIA 16**, relativa alla mortalità dei bambini al di sotto dei 5 anni in paesi come India, Marocco, Perù, Turkmenistan e Uganda. Avendo suddiviso la popolazione in cinque quintili per livello di reddito, i bambini appartenenti a quello più povero hanno una probabilità di morire progressivamente maggiore rispetto ai bambini dei quintili meno poveri e più ricchi, seguendo il principio del "gradiente sociale".

Il Rapporto enuncia tre fondamentali raccomandazioni: migliorare le condizioni della vita quotidiana, migliorare il benessere delle ragazze e delle donne e le condizioni di vita in cui nascono i loro bambini.

²⁶ *Il problema del controllo costante della mortalità infantile non è solo una questione che riguarda i paesi poveri; anche in UK alcuni segnali lasciano intendere che anche i paesi più ricchi si sono mossi in diversa maniera e con risultati non sempre brillantissimi. Le disuguaglianze sembrano avere un peso e l'accesso universale ai servizi sanitari di base e alle cure specialistiche non è una conquista che si può dare per scontata ovunque e in qualsiasi tempo. Qui si può tentare una riflessione sulla necessità di manutenzione dei percorsi destinati a donne e bambini, al valore delle politiche per l'infanzia e alla opportunità di non abbassare la guardia, pena il retrocedere dai risultati acquisiti. Anche l'aumentata disponibilità del cibo a basso prezzo a fronte di un diminuito dispendio calorico aumenta l'obesità nei bambini delle classi meno acculturate.*

In Africa la mancanza di acqua, igiene etc è aggravata dal fatto che non vi sono strutture sanitarie adeguate. Ma se si offre viaggio gratuito e incentivi alla gravida si può aumentare l'adesione ai programmi di salute. Anche le immigrate in Francia ricevono come incentivi alle visite programmate durante la gravidanza un completino per il bimbo, che viene consegnato un pezzo per volta, per ognuna delle visite programmate. In Brasile si danno incentivi in denaro allo stesso scopo di fidelizzare le donne al servizio materno infantile.

La DIA 17 evidenzia per ogni grande area del mondo il tasso di mortalità sotto i 5 anni rilevato nel 1990, quello nel 2016 e la riga tratteggiata gialla rappresenta l'Obiettivo SDG per il 2030. Sulla destra viene data la stessa informazione con riferimento alla geografia

La DIA 18

Mostra il planisfero con i tassi di mortalità sotto i 5 anni, che visivamente evidenzia le aree più ad alto rischio per i bambini con un colore più cupo. Sulla destra la media mondiale.

La DIA 19 rappresenta la percentuale di riduzione della mortalità neonatale (in azzurro) e quella sotto i 5 anni (blu), che evidenzia come sia più difficile ridurre la mortalità neonatale.

La DIA 20 rappresenta la grande dispersione esistente del tasso di mortalità neonatale nei Paesi che si trovano all'interno di ogni grande regione del mondo. La linea tratteggiata rappresenta l'Obiettivo degli SDG.

La DIA 21 mostra il declino del tasso di mortalità neonatale per ogni quinquennio, dal 1990 al 2016.

La DIA 22 mostra i valori assoluti delle morti neonatali, in migliaia, e la proporzione delle morti neonatali sul quelle occorse sotto i 5 anni, normalmente crescente per le ragioni spiegate.

La DIA 23 mette a fronte nella "torta" circolare le cause della mortalità neonatale e quelle della mortalità da uno a 59 mesi.

DIA 24 Cislaghi e Heise (2018) hanno recentemente offerto un contributo teorico alla discussione su come i determinanti della salute (e, per estensione, i fattori che influenzano l'accesso al servizio sanitario) non agiscano in isolamento e debbano essere studiati nella loro interazione. Nel loro articolo, Cislaghi e Heise hanno identificato quattro aree di influenza sulle decisioni degli individui relative alla loro e altrui salute: 1. istituzionale, 2. individuale, 3. materiale e 4. sociale. Per esempio, usando il loro approccio si potrebbe pensare che, nelle zone rurali dei Paesi a basso reddito, per aumentare l'accesso al servizio sanitario delle donne in periodo perinatale non sia sufficiente aumentare la disponibilità dei servizi e ridurre il costo economico. Bisognerebbe anche studiare e comprendere le norme sociali che esistono e che possono limitare l'accesso ai servizi di quelle donne.
