



La società, la salute e le diseguaglianze

di Mons. Renzo Pegoraro, Cancelliere della Pontificia Accademia per la Vita



Globalizzati e diseguali

Il mondo non è mai stato così ricco, eppure non ci sono mai stati così tanti poveri, e mai le disuguaglianze si sono ampliate al punto da superare il limite oltre il quale si manifesta uno squilibrio ingestibile. Se l'1% della popolazione mondiale possiede il 46% delle risorse disponibili, se il 10% possiede l'80% e se il 50% – metà della popolazione mondiale – non possiede nulla, è necessario riflettere su una pericolosa “produzione spontanea” di diseguaglianze, che, nel lungo periodo, può risultare destabilizzante per la convivenza sociale. La pace non è forse in pericolo se 70 milioni di persone hanno nelle loro mani la stessa ricchezza che possiedono gli altri otto miliardi?

Il miliardo di persone che vivono in condizioni di “povertà assoluta” – nei paesi economicamente più arretrati, di cui circa la metà si trova nell'Asia meridionale, un terzo nell'Africa subsahariana e una parte significativa in America Latina – cercherà qualcuno che ne rappresenti la voce. Tra le cause di questi squilibri vi è la politica delle grandi potenze che favorisce l'attuazione di strategie complesse in cui si sovrappongono concorrenza mercantilistica tra i Paesi, regionalismo economico e protezionismo settoriale. Nei Paesi ricchi, il processo di globalizzazione ha minato le strutture dello Stato sociale, favorendo lo sviluppo di oligarchie elitarie e avvantaggiate.

Non vi è ormai dubbio, dati alla mano, che un mercato più libero e globalizzato abbia guidato il pianeta verso una crescita economica diffusa, i cui risvolti quotidiani e concreti sono facilmente riconoscibili e ampiamente studiati. È il noto teorema della “marea” che cresce e che, in automatico, porta tutti verso l’alto. Tuttavia, come ben sappiamo, non tutti crescono nella stessa misura: qualcuno viene risucchiato dalla stessa marea e rigettato sul fondo. Il processo di globalizzazione, pur con i suoi indubbi benefici, aggrava ulteriormente gli squilibri sociali lasciati irrisolti dallo Stato sociale. Infatti, la concorrenza globale impone la competizione soprattutto nei settori produttivi più deboli, a cominciare dalla forza lavoro. Il lavoro dipendente è sempre più scarso, precario, frammentato e mal retribuito.

La tradizione dei “determinanti sociali della salute” attribuisce gran parte delle variazioni di salute alle condizioni di vita quotidiana: reddito, istruzione, occupazione, alloggio, ambiente, reti sociali e fiducia nelle istituzioni. Marmot, nel suo lavoro *The status syndrome: How social standing affects our health and life expectancy*,¹ evidenzia come la posizione sociale modelli i rischi di malattia e le aspettative di vita. La Commission on Social Determinants of Health ² propone azioni su condizioni di contesto, condizioni di vita e risposta sanitario-dimostrativa. Questi studi mostrano come la salute non sia funzione esclusiva di geni o comportamenti individuali, ma il risultato di una trama relazionale di opportunità ed esposizioni.

Altri studiosi, nella stessa direzione, hanno teorizzato una nuova disciplina, l’“economia politica della salute”. Possiamo citare Stiglitz³ e Navarro⁴, che invitano a guardare oltre i singoli comportamenti, ponendo l’attenzione sui sistemi economici e istituzionali che distribuiscono risorse sanitarie. La salute diventa così il prodotto di scelte politiche, di potere economico e di modelli che possono favorire o ostacolare l’accesso universale a cure, prevenzione e protezione sociale. Questa prospettiva è decisiva, in quanto invita a interrogarsi non solo su ciò che viene fatto, ma anche su chi decide cosa fare e per chi.

Una terza fondamentale visione è quella che collega vulnerabilità e “intersezionalità”. Krieger⁵ e Crenshaw,⁶ ad esempio, suggeriscono che gli esiti di salute emergano dall’intersezione di molteplici stratificazioni – classe, genere, razza/etnia, età, disabilità e migrazione – che si combinano in esperienze di sicurezza, stress e accesso alle risorse. Un approccio basato su vulnerabilità e resilienza riconosce che risorse protettive (reti sociali, alfabetizzazione sanitaria, capitale culturale)

possono modulare l'effetto delle esposizioni dannose, ma evidenzia anche come tali risorse siano distribuite in modo diseguale.

L'eliminazione della povertà: un cammino a ostacoli

Le Nazioni Unite, che hanno fissato l'eliminazione della povertà come uno degli obiettivi del Millennio, sono state purtroppo smentite dai fatti: non solo l'obiettivo non è stato raggiunto, ma il divario di disuguaglianze si è ulteriormente ampliato. Non è sufficiente constatare che la ricchezza totale sia cresciuta, se le aree di emarginazione ed esclusione – all'interno dei singoli Paesi e tra le diverse regioni del mondo - aumentano drasticamente.

Diventa allora necessario sperare e lavorare affinché un mondo diverso sia possibile, anche attraverso una ridefinizione del concetto di "bene comune". I cambiamenti che hanno interessato le società occidentali hanno stimolato una riflessione più profonda sui compiti della medicina e sul modo di affrontare la malattia e promuovere la salute. L'aumento vertiginoso delle conoscenze scientifiche e delle tecnologie mediche ha comportato un crescente impatto economico dei trattamenti e delle strutture sanitarie, rendendo urgente una riflessione etica e una elaborazione politica di criteri capaci di garantire un'equa distribuzione degli oneri e dei benefici connessi alle legittime attese di cura.

Il contributo delle scienze sociali ha permesso di comprendere meglio che salute e malattia non sono solo fenomeni naturali, ma anche costruzioni sociali. Ci siamo, così, resi conto di come le condizioni di vita, che sono a loro volta frutto di scelte di politiche sociali e ambientali, producano un impatto sulla salute e sulla vita degli esseri umani, e degli altri organismi viventi con cui siamo interconnessi. Se esaminiamo, in diversi Paesi e in diversi gruppi sociali, la speranza di vita – e della vita in buona salute – scopriamo forti disuguaglianze. Esse dipendono da variabili come il livello di retribuzione, il titolo di studio, il quartiere di residenza (anche all'interno della stessa città, per cui si dice che l'indicatore più affidabile dell'attesa di vita, life expectancy, di una persona, sia il suo codice postale...).

Diventa quindi necessario approfondire queste problematiche non solo dal punto di vista della pratica clinica individuale, ma anche in una prospettiva di salute pubblica. Solo così è possibile riconoscere le responsabilità collettive e orientare l'azione verso una maggiore giustizia, in coerenza con i principi della Dottrina sociale della Chiesa, che pone al centro la persona umana, la sua dignità e relazioni fondate sulla solidarietà.

Le disuguaglianze in medicina si articolano su piani differenti, politici e clinici. Sul piano politico è necessario trovare un giusto equilibrio tra educazione sanitaria attenta alla prevenzione, medicina territoriale e

strutture ospedaliere, favorendo la continuità e l'integrazione delle cure. Sul piano clinico, nel rapporto medico-paziente, un approccio personalista può contribuire a ridurre sprechi e inappropriatezze, promuovendo una responsabilità condivisa verso la salute propria e altrui. La fiducia, elemento essenziale di questa relazione, verrebbe meno se le decisioni cliniche fossero guidate esclusivamente da criteri economici, soprattutto in presenza di possibili conflitti di interesse.

La Chiesa ha sempre mostrato attenzione alla giustizia e ai diritti umani. Questo patrimonio tradizionale trova espressione anche nel principio di sussidiarietà, il quale a sua volta si fonda sul principio di solidarietà sociale e sulla visione personalistica e solidaristica dell'economia e della società. Come sappiamo, la sussidiarietà implica una profonda interazione tra lo Stato, le società intermedie e le singole persone, al fine di garantire la libera ed efficace espressione dei talenti e delle competenze di tutti. Il principio di sussidiarietà interviene come criterio etico di fronte al problema del diritto dei pazienti – e del relativo dovere della società – alla tutela della salute, anche quando il bisogno scaturisse da stili di vita a rischio, volontariamente scelti. È appunto tale principio che deve trovare spazio in una qualsiasi elaborazione teorica e applicazione pratica che siano veramente giuste e conformi ai diritti umani.

Diseguaglianza o iniquità? La sfida di un mondo più giusto

Il titolo scelto per la Risoluzione con la quale l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite ha adottato il 25 settembre del 2015 l'Agenda 2030 per lo Sviluppo sostenibile – Trasformare il nostro mondo – è particolarmente significativo. Sono stati fissati 17 goals e 169 targets, perché quello che si era affacciato al nuovo millennio (l'Agenda eredita il compito assunto con i Millennium goals del 2000) non appariva evidentemente un mondo "sostenibile" dal punto di vista economico, ambientale e sociale, un mondo nel quale – questo è l'indicatore riassuntivo di giustizia scelto nell'Introduzione – «nessuno verrà lasciato indietro». Il goal n. 3, dedicato a salute e benessere per tutti e a tutte le età, stabilisce soglie precise: la riduzione del tasso di mortalità materna globale a meno di 70 per ogni 100.000 bambini nati vivi; la riduzione, in tutti i paesi, della mortalità neonatale (entro le prime quattro settimane) a non più di 12 per ogni 1.000 bambini nati vivi e della mortalità dei bambini sotto i 5 anni di età a non più di 25. Seguono la vittoria definitiva sulle epidemie di AIDS, tubercolosi, malaria e malattie tropicali trascurate e l'impegno a ridurre di un terzo la mortalità prematura.

I dati disponibili all'inizio del 2025 sul sito dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) illustrano una situazione che resta per molti ancora

ben lontana dalle soglie indicate. Per la mortalità materna (il dato si riferisce al 2020) siamo ancora a 531 donne morte per ogni 100.000 nati vivi nella regione africana, mentre quella europea è a 13 (il tasso globale, che è in questo caso quello considerato come target nell'Agenda, è ancora a 223). I dati dell'Italia sono fra i migliori, ben al di sotto della stessa media europea.⁷

Dobbiamo riconoscere che, per quanto riguarda i bambini, l'OMS sottolinea come, assumendo come riferimento il 1990, ci sia stato un «sostanziale progresso globale», con una diminuzione del 59% della mortalità sotto i 5 anni, anche se con maggiore lentezza per la mortalità neonatale, che contribuisce ancora al 47% del totale (circa 6.300 bambini ogni giorno). Va anche aggiunto, nella stessa prospettiva, che in tutto il Sud del Mondo la scolarizzazione primaria ha fatto enormi passi in avanti, seppure forti criticità permangano non appena le statistiche si spostano sulle cifre dell'educazione superiore. Ma già si prevede, come è facile concludere partendo dai dati che ho ricordato, che molti paesi non raggiungeranno i targets previsti e che molte giovani vite continueranno ad essere perdute se non verranno rapidamente intraprese azioni per il miglioramento dei servizi sanitari e della qualità delle cure: «i bambini continuano ad avere opportunità di sopravvivenza tragicamente diverse a seconda del luogo nel quale sono nati» e «un bambino nato nell'Africa sub-sahariana ha una probabilità di morire nel primo mese di vita 11 volte superiore rispetto a un bambino nato nella regione dell'Australia e della Nuova Zelanda».⁸

Concludo queste considerazioni con le parole coraggiose e profetiche che Leone XIV ha pronunciato durante un'Udienza di quest'anno Giubilare: «Gesù è venuto a portare il fuoco: il fuoco dell'amore di Dio sulla terra e il fuoco del desiderio nei nostri cuori. In un certo modo, Gesù ci toglie la pace, se pensiamo la pace come una calma inerte. Questa, però, non è la vera pace. A volte vorremmo essere "lasciati in pace": che nessuno ci disturbi, che gli altri non esistano più. Non è la pace di Dio. La pace che Gesù porta è come un fuoco e ci chiede molto. Ci chiede, soprattutto, di prendere posizione. Davanti alle ingiustizie, alle diseguaglianze, dove la dignità umana è calpestata, dove ai fragili è tolta la parola: prendere posizione. Sperare è prendere posizione. Sperare è capire nel cuore e mostrare nei fatti che le cose non devono continuare come prima. Anche questo è il fuoco buono del Vangelo».⁹

1. Marmot M. The status syndrome. How social standing affects our health and life expectancy. New York: Times Books; 2005.

2. Organizzazione Mondiale della Sanità. Commissione sui Determinanti Sociali della Salute. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Ginevra: OMS; 2008.
3. Stiglitz JE. Globalization and its discontents. New York: W.W. Norton & Company; 2002.
4. Navarro V. The political economy of social inequalities in health: exploring the perspectives of globalization and structural adjustment. American Journal of Public Health. 2009;99(9):1557–1564.
5. Krieger N. Embodying inequality: a review of concepts, measures and methods for studying health consequences of discrimination. International Journal of Health Services. 2005;35(3):491–518.
6. Crenshaw K. Demarginalizing the intersection of race and sex: a Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. University of Chicago Legal Forum. 1989;1989(1):139–167.
7. Organizzazione Mondiale della Sanità. Global Health Observatory (GHO) – dati. Disponibile su: <https://www.who.int/data/gho/whs-annex/>
8. Organizzazione Mondiale della Sanità. Global Health Observatory. Target SDG 3.2: porre fine alle morti prevenibili di neonati e bambini sotto i 5 anni. Disponibile su: https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/sdg-target-3_2-newborn-and-child-mortality
9. Leone XIV. Udienza giubilare del 22 novembre 2025.