



Salute senza confini. Le epidemie al tempo della globalizzazione *Presentazione del libro di Paolo Vineis*

Perugia, 14 novembre 2014

Paolo VINEIS*

Parlerò di un argomento specifico del libro, del cambiamento climatico. I rapporti tra cambiamento climatico e salute sono un tema relativamente nuovo, si è cominciato a parlarne negli ultimi 10-15 anni, da parte di un pioniere, che purtroppo è deceduto qualche settimana fa, *Tony McMichael*, grande epidemiologo, che per primo ha lanciato questo tema dell'impatto del cambiamento climatico sulla salute. Affronto questo tema riferendomi alle ricerche che produciamo come Imperial College in Bangladesh, poi mi riferirò agli altri temi all'ordine del giorno, per quanto riguarda i rapporti tra globalizzazione e salute.

La globalizzazione sta avendo impatti importanti sulla vita quotidiana di tutti. Alcuni sono positivi, altri negativi. Lo scopo del mio libro è analizzare i primi segnali che stiamo raccogliendo sull'impatto della globalizzazione. Si parla spesso di malattie infettive, ma in realtà la globalizzazione comporta molto altro e ha un impatto anche sulle malattie cronico degenerative. Come dicevo, la mia presentazione è relativa al cambiamen-

to climatico, in particolare in Bangladesh. L'Imperial College sta conducendo ricerche in quel paese, perché il Bangladesh è una sorta di laboratorio per quanto riguarda il cambiamento climatico, uno dei paesi più afflitti dal cambiamento climatico, per motivi in parte geografici, è un paese sul livello del mare, in cui c'è moltissima acqua, per via dei tre grandi fiumi che sfociano nel golfo del Bengala partendo dall'Himalaya. Questa suscettibilità del Bangladesh e di altre aree costiere al cambiamento climatico dà origine a un problema etico, perché i paesi più suscettibili all'azione del cambiamento climatico sono quelli che meno contribuiscono al cambiamento climatico. I paesi che più contribuiscono all'immissione di CO₂ nell'atmosfera sono Stati Uniti, USA, Cina, diversi Paesi europei, mentre all'estremo opposto della scala troviamo i paesi poveri, che sono in molti casi le principali vittime. In termini assoluti oggi il Paese che contribuisce di più è la Cina. Per quanto riguarda le emissioni pro capite, in testa ci sono gli USA.

Se guardiamo la mortalità attribuibile al

cambiamento climatico - sono stime dell'Oms di alcuni anni fa - il cartogramma che ne origina è assolutamente distorto, cioè è l'Africa, e lo sarà ancor di più in futuro, la vittima del cambiamento climatico e anche Asia, India e Bangladesh contribuiscono considerevolmente. C'è una enorme sproporzione tra i paesi produttori di CO₂ e quelli che ne subiscono le conseguenze.

Perché studiamo il Bangladesh? Lo studio è nato per caso: una studentessa del Bangladesh ha portato all'attenzione il fatto che in Bangladesh l'acqua da bere è infiltrata da sale proveniente dal mare. In Bangladesh, e nel mondo, c'è un incremento del livello del mare - tra 4 e 8 mm all'anno - : poco, ma probabilmente aumenterà e sul lungo periodo può portare a danni notevoli. Anche in Inghilterra si comincia ad assistere agli effetti dell'aumento del livello del mare. Ma in Bangladesh l'impatto è molto maggiore, perché il Bangladesh è al livello del mare. È una grande pianura alluvionale. L'innalzamento del livello del mare, insieme ad altri problemi, provoca l'intrusione di acqua salata nelle sorgenti di acqua da bere e da cucinare,

* Imperial College, London, UK

compresi i fiumi. Nell'area costiera del Bangladesh non esistono acquedotti, quindi le persone utilizzano le sorgenti più disparate. Il Bangladesh è una pianura alluvionale. Oltre a questo, il Bangladesh è afflitto da fenomeni atmosferici accentuati dal cambiamento climatico, per esempio i cicloni. Il Bangladesh è affetto dai cicli del Nino, ci sono cicloni la cui natura, gravità e frequenza stanno cambiando a causa del cambiamento climatico. I cicloni hanno provocato danni enormi in passato. Ci sono state ben 300.000 vittime stimate nel 1970. C'è stata una progressiva riduzione del numero di vittime dovute agli allagamenti o ai cicloni, grazie agli interventi negli anni più recenti dei governi, che hanno istituito dei ricoveri per le persone afflitte da inondazioni e cicloni, ci sono molti ricoveri lungo le coste.

Il problema che abbiamo identificato è quello della salinizzazione dell'acqua da bere. Già nel 2005 c'erano 6 milioni di persone nella zona costiera esposte ad alti livelli di cloruro di sodio nell'acqua da bere, e la salinità sta aumentando, per quelle forze di cui parlavamo prima: l'aumento del livello del mare, il minore afflusso di acqua dolce per lo scioglimento dei ghiacciai dell'Himalaya, e per un problema specifico a livello costiero che è l'allevamento di gamberetti, che trattiene acqua salata, o salmastra, all'interno della costa, sostituendo la coltura del riso, che invece è basata su acqua dolce.

Questi sono i fenomeni a cui mi riferivo, ci sono anche cambiamenti nella frequenza e nella qualità delle piogge nella stagione monsonica, l'aumento del livello del mare, lo scioglimento dei ghiacciai. Tutto questo, insieme alla coltivazione dei gamberetti, porta a una salinizzazione degli stagni, perché sono essenzialmente gli stagni che vengono utilizzati come sorgenti d'acqua, e quindi a effetti sulla salute. Questo si riferisce alla coltura del gamberetto. I gamberetti

vi vengono esportati, almeno quelli di buona qualità, quelli di cattiva qualità vengono invece consumati localmente. Per cattiva qualità si intende il fatto che o sono affetti da malattie o contengono un tasso troppo alto di antibiotici e quindi non sono adatti all'esportazione, ma sono considerati adatti, in modo più o meno illegale, per il consumo locale.

Abbiamo condotto una ricerca, misurando i livelli di cloruro di sodio in varie fonti di approvvigionamento di acqua da bere e abbiamo trovato degli strani dati. Abbiamo quindi condotto una ricerca prima sulle donne gravide, perché un'ipotesi formulata all'inizio era che ci fosse una sorta di piccola epidemia di eclampsia o di ipertensione in gravidanza, legata alla presenza di sale nell'acqua da bere. In effetti, la mia studentessa di Master aveva portato dati relativi a questa epidemia di eclampsia e da lì è nata una serie di ricerche successive, che adesso consistono nello studio dell'ipertensione nella popolazione generale e nell'attuare interventi sperimentali per desalinizzare l'acqua. Abbiamo trovato

livelli molto alti in quest'area costiera, abbiamo misurato il sodio nelle urine delle 24 ore di queste donne. C'è una relazione molto chiara con il tipo di fonte utilizzata per approvvigionarsi di acqua. Questo problema della salinizzazione dell'acqua da bere riguarda parecchi milioni di persone solo in Bangladesh. Ha un impatto sulla salute, perché il cloruro di sodio è un fattore di rischio per l'ipertensione. Ha inoltre un impatto più generale, al di là dell'aspetto specifico della salinizzazione dell'acqua in Bangladesh e in molti paesi poveri. Gli abitanti del Bangladesh sono abituati da decenni alle alluvioni, che sono drammatiche. A causa di questi fenomeni sono stati messi in atto interventi di adattamento. C'è questa terminologia, mitigazione e adattamento. Per mitigazione si intende il fatto di agire alla fonte cioè abbattendo la CO₂. Per adattamento si intende invece una serie di misure atte a impedire gli effetti finali del cambiamento climatico. La forma di adattamento tradizionale è approvvigionarsi di acqua fresca in vari modi, ma



dalla Collezione Manifesti del CeSPES

soprattutto con l'acqua piovana. Questo è un metodo rudimentale, assolutamente insufficiente a evitare l'impatto della salinizzazione, per cui stiamo studiando quattro metodi diversi e stiamo cercando di capire quale tra questi ha maggiore efficacia in relazione ai costi, tra cui la desalinizzazione, basata su uno strumento che utilizza la luce del sole (solar-desalination) e il metodo degli acquiferi artificiali, che consiste nel pompare acqua piovana sottoterra, per conservarla in condizioni relativamente pulite. Confrontiamo questi diversi metodi e cerchiamo di capire quali sono i più efficaci a parità di costi.

Abbiamo cominciato a studiare l'impatto sulla salute del cambiamento climatico 15 anni fa. Quando si parla di cambiamento climatico si parla soprattutto di ondate di calore (heat waves) – nel 2003 sono morte migliaia di persone in Europa a causa delle ondate di calore – o della diffusione di malattie infettive o parassitarie, come la malaria, che sono problemi importanti, ma non sono gli unici legati al cambiamento climatico. La globalizzazione comporta altri effetti sulla salute. Il cambiamento climatico è quasi paradigmatico della globalizzazione, perché significa trasferire a grande distanza effetti sulla salute che sono generati nei paesi ricchi: la CO₂ è prodotta nei paesi ricchi, ma l'effetto si sente soprattutto in quelli poveri. Ci sono molti altri effetti della globalizzazione.

Non parlo delle malattie infettive emergenti, le zoonosi come Ebola, problema importante ma circoscritto. C'è spesso una sproporzione tra l'attenzione posta a problemi come l'Ebola, che sono circoscritti, e quella minore per problemi che sono già globali.

Il cambiamento climatico ha un impatto sull'agricoltura, per esempio a causa dell'erosione dei terreni o della siccità. Ancora una volta il Bangladesh è un Paese piuttosto sfortunato: oltre all'eccesso d'acqua delle alluvioni soffre nel-

la sua parte Nord di siccità, che viene esacerbata dal cambiamento climatico. C'è il problema dei mercati, l'aumento dei prezzi dei cibi nei paesi poveri, anche a causa della speculazione. E' un fenomeno globale, quello delle epidemie di obesità e diabete e di altre malattie croniche non trasmissibili, per esempio il cancro sta crescendo in modo esponenziale in Africa, in parte a causa dell'invecchiamento della popolazione, ma non soltanto. In generale le malattie non comunicabili aumentano nei paesi poveri, evito l'espressione "in via di sviluppo". In ogni caso la globalizzazione comporta in molti paesi poveri l'adesione a stili di vita occidentali, quindi una riduzione dell'attività fisica, un aumento dell'assunzione di cibi industriali, un aumento del consumo di sigarette. La Cina contiene oggi il maggior numero di fumatori mai esistito in un singolo paese del mondo. Assistiamo a queste epidemie di obesità, diabete e altre malattie croniche che si possono ascrivere alla globalizzazione, perché essa consiste nell'esportazione di stili di vita alimentari e non alimentari, per esempio il consumo di sigarette nei paesi poveri. Ci sarebbe molto da dire sull'alimentazione. Non capiamo esattamente cosa

ci sia alla base dell'epidemie di obesità e diabete, che non sembrano spiegate interamente dalla riduzione dell'attività fisica, dall'aumento dell'assunzione calorica e dai cambiamenti degli stili di vita in senso occidentale, aumento di grassi, di zuccheri e così via. Apparentemente c'è altro, o una forte interazione tra questi elementi, oppure alcune caratteristiche dell'alimentazione industrializzata che ancora conosciamo poco. Sta di fatto che l'epidemia c'è e si sta globalizzando. Un altro problema è legato alle migrazioni, ad esempio le malattie mentali tra i migranti, che spesso viene sottovalutato. Tutto questo sembra delineare un quadro molto negativo, ma ci sono anche aspetti positivi, ad esempio il notevole aumento nel mondo dell'aspettativa di vita, che è passata da circa 50 anni nel 1960 a 67 anni oggi. E' utile ricordare questo successo, ottenuto grazie al prestigio di cui godevano le istituzioni internazionali, in particolare l'OMS, e grazie alla collaborazione tra le istituzioni internazionali e i governi. L'eradicazione del vaiolo e i successi nella lotta alla poliomielite sono stati possibili perché tutti hanno collaborato. La polarizzazione tra Unione Sovietica e Stati Uniti dal punto di vista della sa-



dalla Collezione Manifesti del CeSPES

lute è superata e c'è una forte collaborazione con l'Oms. Oggi la situazione sta cambiando: l'Oms si è indebolita, ha una crisi finanziaria, di numerosità del personale, e le conseguenze si vedono, ad esempio il successo nei confronti della poliomielite ha subito un rallentamento, le nuove zoonosi che stanno emergendo non hanno avuto quella risposta tempestiva da parte dell'Oms o di altre istituzioni che sarebbe stata necessaria. Lo stesso piano delle Nazioni Unite e dell'Oms per combattere le malattie croniche degenerative sembra molto debole. Sono stati scritti articoli critici sulla strategia 25x25, vale a dire ridurre del 25% la mortalità delle principali malattie croniche entro il 2025. Abbiamo pubblicato, insieme a McKee, Pearce e altri, due articoli di critica a questa strategia, perché sembra ritagliata sugli stili di vita occidentali e, soprattutto, sulle modalità di approccio al problema tipiche dell'Occidente, cioè una promozione della salute essenzialmente individualizzata. Invece, il successo nei confronti delle malattie croniche degenerative è possibile, in particolare nei paesi in via di sviluppo, se c'è uno sforzo societario, non se ci si rivolge ai singoli individui.

Alcune battaglie non sono affatto vinte, anzi c'è un rallentamento, penso alla poliomielite. La scommessa delle malattie croniche degenerative è tutta aperta e sembra che le Nazioni Unite e l'Oms adottino delle armi spuntate, se non pensano a dei programmi più ampi di tipo strutturale, a interventi strutturali, e non soltanto di promozione individuale della salute. Assistiamo nei paesi poveri a dei paradossi. Uno ben noto è quel del *double burden* per quanto riguarda l'obesità e la malnutrizione, che convivono in molti paesi. Per la prima volta il numero di persone sovrappeso o obese supera quello delle persone denutrite o malnutrite e di per sé è un buon segnale, ma in molti paesi le due cose convivono. Un paradosso simile si verifica in

Bangladesh per quanto riguarda l'acqua. La disponibilità di acqua sarà uno degli enormi problemi dei prossimi decenni. Il Bangladesh da un lato ha troppa acqua, perché ci sono periodiche alluvioni, dall'altro c'è troppa poca acqua di buona qualità, al punto che le donne devono percorrere parecchi km per andare alla pompa da cui prelevano acqua relativamente pulita, e comunque non proveniente dai fiumi o dalle alluvioni. Questi sono i paradossi dei Paesi poveri in questo momento: troppo e troppo poco, quantità contro qualità.

La scarsità d'acqua è crescente. Nel 2025 più di metà della popolazione avrà un problema di grave scarsità. La qualità stessa sta declinando. Ho citato i milioni di persone esposte ad acqua salinizzata in Bangladesh, ma anche in Vietnam e in altre aree costiere. Il 70% di tutta l'acqua dolce è usata per l'irrigazione, si sono perse molte zone umide nel mondo, e tra l'altro - di tutte le infrastrutture - l'acqua è quella con il più basso tasso di recupero, cioè di costituzione delle riserve. Non è facile sostituire l'acqua che va perduta.

Citavo il problema dell'obesità come problema globale, che si sta diffondendo dai paesi ricchi a quelli poveri. Questa è la proiezione al 2015, quindi molto vicino, il cambiamento dal 2005 al 2015 nel numero di miliardi di persone sovrappeso o obese, problema drammatico, in larga parte per gli effetti sulla salute dell'obesità.

Vorrei citare, per finire, un aspetto sul quale non viene posta molta enfasi, ed è quello dei conflitti di interesse. Se ne è discusso in passato con riferimento all'industria del tabacco, cioè il fatto che questa corrompeva i ricercatori. C'è una enorme produzione scientifica su questo, un'enorme letteratura, c'è addirittura un sito destinato a raccogliere tutta la documentazione sulla corruzione dei ricercatori da parte dell'industria del tabacco. Adesso vediamo lo stesso problema per quanto riguarda il cambiamento

climatico, cioè l'industria del petrolio che cerca di corrompere i ricercatori o, più spesso, mette insieme informazioni tendenziose per dare la sensazione che ci troviamo di fronte a una situazione di par condicio, cioè gli uni sostengono che c'è il cambiamento climatico, gli altri che non c'è. Lo slogan è: gli scienziati sono divisi. Cosa assolutamente falsa, anzi sul cambiamento climatico c'è un consenso preoccupante, nel senso che è difficile trovare dissenzienti che non siano in qualche modo legati agli interessi dell'industria. Senza entrare nei dettagli, credo sia importante avere chiaro cos'è il conflitto di interessi e saperlo identificare in tutte le circostanze, perché è un problema crescente, a mio avviso, ed è crescente nella misura in cui c'è una sensibilità più fiavole nei confronti del conflitto di interessi, che consiste nel fatto che la stessa persona o istituzione lavora per obiettivi che sono in contrasto tra loro. Normalmente si dice che c'è un obiettivo primario e uno secondario. Il primo, per chi lavora in sanità pubblica, è occuparsi della salute della popolazione, così come l'obiettivo primario del medico è curare i pazienti. Obiettivo secondario può essere il profitto, la carriera, e così via. E' importante sapere che esiste il conflitto e che ci sono i modi per affrontarlo e risolverlo. Prima di tutto, bisogna essere consapevoli che il conflitto esiste, per esempio se un ricercatore viene pagato da un'industria, poniamo alimentare, per fare studi sugli effetti sulla salute di quel determinato alimento, deve chiarire qual è il suo obiettivo primario. Se questo è la salute dei cittadini, può confliggere con l'obiettivo secondario dei profitti dell'industria. Sembra banale, ma spesso questi problemi non sono del tutto chiari: conosco molti ricercatori che non li hanno affatto chiari. Un esempio recente è l'ex direttore dell'Agenzia internazionale della ricerca sul cancro, Peter Boyle - è stato direttore fino a pochi anni fa - che ha appena pubblicato un artico-

lo che dice “nessun conflitto di interesse” e subito sotto “questo articolo è stato finanziato dalla Coca Cola”. C’è da dire che l’articolo è sugli effetti sulla salute delle bevande gassate. C’è da chiedersi allora cosa intenda per conflitto di interesse, se questo non è un conflitto di interesse. Mi fermo qui. Il libro lo avete visto e tratta di questi argomenti, dal cambiamento climatico ai vari effetti sulla salute della globalizzazione, e c’è anche un capitolo sul conflitto di interesse.

Liliana MINELLI*

Questo libro è molto denso e interessante. Vorrei invitare Lamberto Briziarelli - per molto tempo direttore del Centro Sperimentale - a fare le sue osservazioni

Lamberto BRIZIARELLI*

Grazie Paolo per questo contributo. Grazie per essere qui a Perugia a presentare gli ultimi lavori di ricerca, l’interesse socio politico di un ricercatore, come dovrebbe essere per tutti i ricercatori, non portatori di conflitti di interesse. Non c’è niente da aggiungere a questa presentazione così precisa e puntuale, che lega i tre momenti fondamentali della vita della popolazione: l’ambiente in cui vive, i servizi che gestiscono la sua promozione della salute e, terzo momento, la politica globale. Leggendo i libri di Paolo, non trovo un segno né di ideologismo né di estremismo. Si affronta il grande conflitto tra l’aumento del Pil e non necessariamente l’aumento della salute, gli effetti negativi, ma anche quegli elementi che nella globalizzazione possono determinare una visione positiva. Non c’è dubbio che l’aumento della vita media, di questi tempi, sia legato sicuramente a quello

che si chiama progresso, nei diversi momenti, che progresso non sempre è.

Vorrei aggiungere solo due annotazioni ed esempi esplicativi. Se ci trasferiamo per un momento dal Bangladesh in Italia, dovremmo iniziare a interrogarci più attentamente su quello che, ad esempio, è successo nel nostro settore. Citerò solo due o tre elementi di fondo. In Emilia Romagna già da diversi anni, mettemmo in evidenza che l’aumento della erosione dei suoli, per l’irrigazione e altri usi, aveva elevato la salinità delle acque. Voi sapete che l’acqua dolce galleggia su quella salata, ebbene le falde freatiche erano ridotte a un sottilissimo strato, quindi emungimenti leggermente più profondi di questo sottile strato ricavano dai pozzi acqua salata, insieme alla quale c’era un elevato tasso di nitrati, che venivano dalle colture. Diversi anni fa, ho seguito una tesi di Master e trovammo ben sette kg di ammendanti - chiamiamoli così, complessivamente intesi - in agricoltura per ettaro. Si tratta di materiali che dovrebbero essere dati per milligrammi, invece c’erano ben sette kg per ogni ettaro di coltura. E poi aggiungiamo l’atrazina, l’arsenico nel Lazio, aggiungiamo il carbone, il mercurio nella zona dell’Orvietano.

La seconda considerazione è che dovremmo con maggiore attenzione studia-

re questi fenomeni, portarli all’attenzione della popolazione, perché in generale alcuni tecnici lo sanno e stanno zitti, e poi indurre Comuni e Regioni e lavorare insieme su queste ricerche. Il Bangladesh è molto più vicino a noi di quello che pensiamo. Pensiamo alle nostre zone costiere, a quello che succederà con l’elevazione del livello del mare. Tutti i pozzi periferici non daranno più acqua, siamo certi che questo avverrà, e non in un futuro lontano, si parla del 2025.

L’ultima questione, a Terni - una piccola provincia - studiamo i rapporti tra salute e ambiente. Terni è la seconda provincia per vita media in Italia e quindi anche nel mondo, ma questi numeri medi non dicono niente, perché non siamo in grado oggi - con i nostri servizi di epidemiologia - di stabilire le differenze tra il minimo e il massimo di vita media in questa provincia. Non abbiamo i numeri per sapere chi è morto cosa faceva prima di morire, se aveva esercitato la professione del professore universitario oppure il lavoratore nelle miniere. Non siamo in grado di dire che differenze ci sono nei diversi strati della nostra popolazione. Volevo evidenziare quello che dovremo cominciare a fare, partendo da questo discorso globale, riportandolo alla nostra realtà di tutti i giorni.



* Centro Sperimentale per la Promozione della Salute e l’Educazione Sanitaria, Università degli Studi di Perugia

Angelo STEFANINI*

Mi sono chiesto, e chiedo a Vineis, perché l'autore non ha utilizzato il termine salute globale nel titolo.

Ciò che rende il libro unico è l'approfondimento che fa dell'aspetto ambientale, fisico, della globalizzazione. La definizione stessa di salute globale non è completamente condivisa. Questo termine è stato utilizzato con significati diversi e contraddittori. Nella maggior parte dei casi col termine salute globale viene inteso quello che in precedenza veniva chiamata salute internazionale, cioè la salute degli altri, dei poveri, del terzo mondo, che noi andiamo ad aiutare, che in altri contesti viene chiamata medicina tropicale. Se andate a vedere il sito di una organizzazione che fa capo a Bill Gates vedrete che la salute globale è quel movimento che si organizza per aiutare i Paesi poveri a risolvere i propri problemi di salute. Ultimamente, in Italia questa interpretazione del termine salute globale è stata criticata, perché nella Rete di cui noi facciamo parte, che si chiama "Rete italiana per l'insegnamento della salute globale", di cui parte anche Perugia, sta emergendo una lettura dei processi di salute e di malattia fortemente orientata al sociale, nel segno della complessità. È quello che ha denunciato per la sanità il Rapporto dell'OMS del 2008, che si intitola "Closing the gap" cioè chiudere il divario in termini di disuguaglianze di salute. Il modo in cui stiamo organizzando la società, il modo in cui la globalizzazione economica è avanzata negli ultimi decenni, è alla base delle cause delle malattie e di come le malattie si stanno distribuendo nella popolazione in modo estremamente diseguale. È sempre più evidente che le classi sociali più povere sono quelle che pagano lo scotto maggiore in termini di mortalità e di morbosità. Quindi

salute globale viene intesa in senso molto orientato al sociale.

L'aspetto ambientalista messo in risalto da Paolo Vineis è importante a chiudere il cerchio, perché mette in evidenza gli effetti ambientali della globalizzazione. Non ho preparato una presentazione articolata, ma vorrei trarre alcuni spunti del libro, che ho trovato molto stimolanti, come il concetto di riserva biologica. Il libro descrive come esista nell'individuo una riserva biologica, che gli consente di fare fronte ai danni dell'ambiente, cioè il corpo dal punto di vista biologico ha in sé la capacità di reagire agli stimoli patogeni dell'ambiente esterno, ma a un certo punto questa riserva si esaurisce e c'è la patologia. Appunto perché c'è un'interpretazione più sociale, in questo contesto, mi è venuto in mente quello che negli studi di questi ultimi decenni viene conosciuto come coesione sociale, come capitale sociale. Chiedo a Paolo se è legittima questa analogia, se da una parte c'è la riserva biologica del corpo umano, esiste anche una riserva sociale nella società, data dal cosiddetto capitale sociale, che rappresenta un fattore protettivo per la salute, tanto è vero che gli studi epidemiologici dimostrano che maggiore è il capitale sociale di una comunità e maggiore è in generale il livello di salute.

E' così, Paolo?

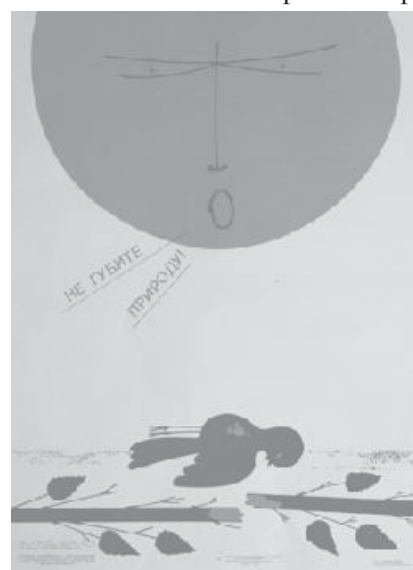
Liliana MINELLI

Vorrei sollecitare qualche altra osservazione, invito la dottoressa Giaimo.

Mariadonata GIAIMO

Ricordo che alcuni anni fa Vineis ci parlò del Bangladesh. Ricordo benissimo che allora la storia dei gamberetti del Bangladesh e della salinizzazione

dell'acqua mi sembrava molto lontana e fuori contesto, rispetto a dove eravamo noi. In realtà, le cose che ci ha raccontato sono diventate attualissime, ma attualissime non è l'espressione giusta, sono diventate molto pesanti nelle riflessioni sui sistemi sanitari, in questo momento. In Conferenza Stato Regioni ieri è passato il nuovo Piano per la prevenzione per i prossimi 5 anni, che per la prima volta si dà dieci macro obiettivi, due dei quali hanno molto a vedere con quello che lei raccontava, la lotta alle patologie cronico degenerative e il rapporto tra salute e ambiente. Sembra strano, ma ci siamo arrivati come Paese, e accumuliamo ritardo, la crisi economica sta aumentando le disuguaglianze in modo molto pesante. E' sotto gli occhi di tutti che più si è poveri, più si è in condizioni economiche difficili, con meno facilità – anche nei paesi civili – si ha accesso alle cure e con meno facilità si guarisce. Se si guarda su scala mondiale, in questo momento siamo attaccati da informazioni contrastanti: da una parte ci occupiamo di Ebola come fosse il principale dei problemi di salute in questo momento – ma ci siamo dimenticati di occuparci di Ebola quando poteva essere fermato come un qualunque altro virus – e non ci occupiamo di epi-



dalla Collezione Manifesti del CeSPES

* Centro Salute Internazionale (CSI), Bologna

demie come l'obesità, o ce ne occupiamo a proposito di conflitto di interesse, solo puntando sulla scelta individuale. Tutto questo dimostra che la salute è un problema complesso. Le cose che ha richiamato oggi dovrebbero essere affrontate nelle scuole di medicina, dovrebbero diventare oggetto di riflessione per tutti i medici a prescindere dal mestiere che fanno, non solo per i medici che, come me, si occupano di programmazione o di sanità pubblica. Bisogna mettere in campo uno sforzo, sotto il profilo culturale, di rendere consapevoli i professionisti della salute del fatto che è necessario allargare lo sguardo e sapere che esiste l'uomo del Bangladesh che può diventare un buon paradigma per il mondo.

Liliana MINELLI

Il professor Vineis insegna Global Health all'Imperial College di Londra. Angelo Stefanini a Bologna fa la stessa cosa. Esiste una rete italiana che si chiama Rete italiana di insegnamento della salute globale, di cui fa parte anche Stefanini, e il CeSPES attraverso i corsi che curo assieme a Riccardo Casadei e Giancarlo Pocetta.

Paolo VINEIS

Ringrazio Angelo e la dottoressa Giamo per gli interventi, che condivido. Comincio con la domanda di Angelo: perché non ho chiamato il libro salute globale: è stata una scelta dell'editore. "Salute globale" suona un pò strano in italiano, mentre nei paesi anglosassoni il termine "global health" è molto diffuso. Sono state create anche molte cattedre di insegnamento, ma non c'è una definizione univoca e c'è la tendenza a riciclare in qualche modo la salute internazionale, che è qualcosa di molto

diverso: la salute globale include la salute internazionale ma non la esaurisce. Il problema che sollevi, relativamente alla coesione sociale e al capitale sociale, è fondamentale. Non ho la competenza per affrontarlo e pertanto non lo ho affrontato nel libro, ma sono certo che è uno degli aspetti cruciali. Cominciamo a percepire l'impatto del cambiamento climatico sulla salute e percepiamo in modo molto più chiaro e consapevole l'impatto dell'economia e della crisi economica e delle disuguaglianze sociali sulla salute, non c'è molta ricerca empirica, invece sulla coesione sociale e sull'importanza del capitale sociale. C'è tutto il lavoro di Michael Marmot sullo stress psicosociale, incentrato in particolare sulle differenze sociali. C'è una teorizzazione sul capitale sociale e sulla coesione e sul loro impatto sulla salute, ma poca ricerca empirica.

Il tuo è un suggerimento prezioso, perché si può stimolare più ricerca empirica – penso a tesi di dottorandi, ecc. – che può essere condotta su questo argomento. Quello che sta intervenendo, anche da parte dei critici della strategia 25x25, è la consapevolezza del fatto che il vecchio paradigma basato sulla personalizzazione assolutamente non funziona. E' stata l'ideologia degli ultimi 10-20 anni, quella della personalizzazione della medicina e anche della prevenzione. In realtà, è un paradigma sbagliato, non nel senso che non si debbano adattare gli strumenti anche a livello individuale, o che non si debbano raggiungere i singoli individui. Ma, per vincere le sfide che abbiamo di fronte è necessario un approccio strutturale, di società, basato anche sulla coesione sociale. L'attuale società assolutamente atomizzata, in cui l'individuo è isolato sul piano culturale e psicologico, rende difficile quel presunto approccio personalizzato, perché

non si riesce a raggiungere l'individuo, non c'è una koinè culturale nell'ambito della quale i messaggi possono essere portati.

Il tuo suggerimento è molto importante, hai ragione che nel libro ho affrontato soprattutto gli aspetti fisico ambientali. Qualcuno dovrebbe cogliere questo suggerimento, aumentare la ricerca empirica sulla coesione sociale e sul suo impatto sulla salute e coglierne gli aspetti culturali e ideologici.

Liliana MINELLI

Vedo tra il pubblico gli antropologi. Tocca a Massimiliano Minelli.

Massimiliano MINELLI*

Ascoltando Stefanini mi veniva da riflettere sul fatto che, se si guarda per un certo periodo la ricerca epidemiologica, la ricerca che si è occupata di coesione sociale e capitale sociale ha avuto una sorta di andamento quasi parallelo a quella sui determinanti strutturali e sulle disuguaglianze. Sappiamo che questo corrisponde a scelte di indirizzo politico, un percorso su cui ha inciso molto la cosiddetta terza via. L'idea che a un certo punto, all'arretramento di politiche che avessero un impatto sulle disuguaglianze in modo strutturale e investissero direttamente sui determinanti economici, corrispondesse invece la possibilità di potenziare quelle reti comunitarie esistenti. Il rischio qual'è? Il basso impatto che queste ricerche hanno avuto dipende dal fatto che il capitale sociale è fortemente contestuale, storico, strettamente connesso a specifiche modalità e connessioni di relazione sociale. In questo senso, c'entra molto il lavoro che gli antropologi fanno con ricerche mirate, ma che non hanno una

* Dipartimento di Filosofia, Scienze Sociali, Umane e della Formazione, Università degli Studi di Perugia

ricaduta in grandi progetti di ricerca con evidenza epidemiologica significativa. In questo senso, penso che il lavoro congiunto sia fondamentale. Sappiamo che ci sono esperienze avanzate, penso ai lavori di Paul Farmer, che è un antropologo che lavora sia sulla salute globale che sui determinanti strutturali, che ad Haiti ha fatto un lunghissimo lavoro etnografico, sono lavori preziosi per capire in quale direzione muoversi. Si tratta di riflessioni importanti su ricerca e indirizzo della ricerca e dei modi in cui si può fare ricerca in una prospettiva interdisciplinare avanzata. Dal punto di vista antropologico, una domanda per il prof. Vineis, mi interessa capire quali sono le modalità specifiche con cui, nel Bangladesh, soggetti della società civile e gruppi che si mobilitano nei contesti locali riescono a dare letture specifiche del fenomeno o comunque interagire con ricerche sull'andamento complessivo. Ho l'impressione che, quando si andrà a lavorare nei contesti, la conoscenza specifica e le pratiche specifiche delle popolazioni faranno la differenza, quindi nessun approccio top down riuscirà ad affrontare questo tipo di contraddizione, una contraddizione che richiede una forte mobilitazione dal basso e quindi un modo molto avanzato di tenere la partecipazione e il confronto sulle scelte strategiche.

Lamberto BRIZIARELLI

Mi ha sollecitato Stefanini sul perché il libro non si titoli *salute globale*. Sono d'accordissimo sul titolo dato, perché vuol dire una cosa diversa: senza confini, oltre i confini fisici, il confine non dovrebbe esistere nella collettività degli umani. Peraltro, il termine salute globale a me piace molto, ma lo uso assai poco. Mi piace moltissimo, ma vorrei fuggire dagli slogan facili. Che vuol dire salute globale? Come riusciremo noi a fare una salute globale, quando le differenze sono così grosse? La stessa defi-

nizione di bene comune, su cui ha scritto un libro assai interessante Ugo Mattei, non dice niente. Che vuol dire bene comune se non siamo riusciti a includere nell'articolo 9 della nostra Costituzione l'ambiente come bene comune, e non solo come soggetto di proprietà privata? Ho paura dei facili slogan. *Health for all*, vi ricordate? che vuol dire? come si può pensare di garantire la salute a tutti entro il 2000? ci vorranno altri 2000 anni. Questa società produce più disuguaglianze e diversità che umanizzazione.

Stiamo pubblicando nella nostra rivista "Sistema salute. La rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute" un articolo di Stefanini, che fa proprio questo discorso, cioè come riuscire a introdurre tutti gli elementi di partecipazione che ricordava Massimiliano Minelli, come fare in questo momento molto difficile del nostro Paese, in cui tutti sono contro tutti, e non sappiamo più con quali strumenti potremo promuovere la partecipazione.

Paolo VINEIS - CONCLUSIONI

Ringrazio tutti per gli stimoli e i suggerimenti che sono venuti, che non sono in grado di raccogliere da solo, ovviamente. Riferendomi all'intervento dell'antropologo e specificatamente al caso del Bangladesh, la mia riflessione è che talvolta in questi Paesi c'è più coesione sociale di quanta ce ne sia da noi. In Bangladesh il nostro lavoro è stato portato all'attenzione della popolazione attraverso assemblee, sono state organizzate molte assemblee con la popolazione anche per preparare la prossima fase di sperimentazione di diverse modalità di fornitura di acqua dolce. Mi viene da dire che la partecipazione è facilitata dalla relativa maggiore coesione sociale, che c'è in questi Paesi. Relativa, perché a causa della globalizzazione il mondo cambia molto rapidamente. In Bangladesh adesso c'è il fenomeno, pri-

ma ignoto, dell'islamismo estremista, importato in Bangladesh, ci sono cambiamenti culturali, strutturali, e lo stesso concetto di coesione sta mutando. Sta di fatto che non abbiamo avuto difficoltà a organizzare assemblee con la popolazione e coinvolgere la popolazione. Vedremo le prossime fasi come andranno.

Sono assolutamente d'accordo sul fatto che è necessaria ricerca intervento. Purtroppo, molto spesso noi epidemiologi abbiamo una concezione molto semplificata, rudimentale della relazione causa effetto, abbiamo spesso l'idea del virus o della sostanza chimica, mentre, per affrontare le sfide del futuro - anche solo l'obesità e gli stili alimentari - si deve andare ben al di là di questo. Ciò comporta un lavoro con antropologi, esperti di società e di condizionamento della società. Questi stimoli venuti nella discussione sono molto importanti. Direi che uno stimolo che può riguardarmi non è tanto la promozione culturale quanto il fatto, ad esempio, di stimolare la ricerca empirica all'Imperial College, affidando tesi o lavori su questi temi, come la coesione sociale e i rapporti tra antropologia, epidemiologia e salute pubblica.



dalla Collezione Manifesti del CeSPES