

2. Di chi è la responsabilità?

*Dost thou think, because thou art virtuous,
there shall be no more cakes and ale?*

William Shakespeare,
Twelfth night (Act II, Scene iii)*

Ecco dieci regole d'oro per star bene in salute. La lista fu pubblicata nel 1999 dal Chief Medical Officer d'Inghilterra, ma differisce poco da un certo tipo di consigli che si potrebbero ricevere da una qualsiasi agenzia di sanità pubblica in una nazione a elevato reddito.

1. Non fumare. Se puoi, smetti. Se non ce la fai, riduci.
2. Segui un'alimentazione bilanciata ricca di frutta e verdura.
3. Mantieniti attivo fisicamente.
4. Controlla il tuo stress, ad esempio parlandone oppure tagliandoti del tempo per rilassarti.
5. Se bevi alcol, fallo con moderazione.
6. Copriti quando sei al sole e proteggi i bambini dalle scottature.
7. Adotta abitudini sessuali sicure.
8. Aderisci alle opportunità di screening oncologico.
9. Guida in maniera sicura, rispetta il Codice della Strada.
10. Impara le procedure essenziali del pronto soccorso: vie aeree, respiro, circolazione.

* "E perché sei virtuoso tu, sperti che spariscano pizze e birra?" [Trad. it.: Melchiori G, ed. La dodicesima notte. In: Teatro completo di William Shakespeare. Vol. II. Milano: Arnoldo Mondadori Editore, 1982.]

Due domande: trovate questa lista utile? Ritenere possibile che cambi il vostro comportamento o quello di altri?

Tenendo a mente ciò, ecco dieci regole d'oro alternative per star bene in salute compilate da David Gordon e colleghi della University of Bristol.

1. Non essere povero. Se puoi, smetti. Se non ci riesci, cerca di non essere povero per molto tempo.
2. Non vivere in un'area deprivata. Se puoi trasferisciti altrove.
3. Non essere disabile o non avere un figlio disabile.
4. Non fare un lavoro manuale, malpagato e stressante.
5. Non vivere in una casa umida, di bassa qualità o non essere un senza-tetto.
6. Sii in grado di pagarti attività sociali e vacanze annuali.
7. Non essere un genitore solo.
8. Richiedi tutti i benefici cui hai diritto.
9. Sii in grado di possedere un'auto.
10. Sfrutta l'istruzione per migliorare la tua posizione socio-economica.

Difficile argomentare contro una lista di sanità pubblica che somigli alla prima; tutto è adeguato, caratterizzato da buone intenzioni, basato su una solida evidenza scientifica... Ma è anche improbabile che faccia la differenza. "Ero sul punto di bere e guidare e di avere un'esperienza sessuale non sicura e poi proprio in tempo mi sono ricordato del suggerimento del Chief Medical Officer." "Stavo per prendere le patatine fritte per i bambini, ma mi sono ricordato del suggerimento sulla frutta e la verdura, così ho preso dell'insalata e della frutta fresca." "Sono preoccupato di perdere il lavoro, che probabil-

mente significa perdere la mia casa, cosa piuttosto stressante, ma ho trovato il tempo per rilassarmi, e adesso va tutto bene.”

Il vero problema con la lista di sanità pubblica non è che è sbagliata, di fatto non lo è; tuttavia è improbabile che tramesettere semplicemente suggerimenti comporti cambiamenti in coloro che più hanno da guadagnare. Ecco tre possibili reazioni a quella lista:

“Conosco i suggerimenti. Mi impegno per essere informato e per prendermi cura di me stesso, e li sto già mettendo in pratica.”

“Fumare e troppo alcol non vanno bene per me? Pensa un po'! E chi lo sapeva? Questo cambia tutto!”

“Lo sapevo, e allora? Non cambio le cose che faccio. Ho altro di cui preoccuparmi.”

In relazione a queste possibilità, c'è buona evidenza che la gente in nazioni come gli Stati Uniti o il Regno Unito sappia perfettamente che il fumo nuoce alla salute,¹ e, in Inghilterra, la maggior parte delle persone obese sostiene di essere a dieta.² Le ragioni per cui la gente continua a fumare e l'obesità continua ad essere diffusa non derivano dall'ignoranza. In altre parole, i consigli sono utili, ma non è quanto la gente sa che può determinare un comportamento aderente ai suggerimenti.

E la seconda lista, quella di David Gordon? Anch'essa è basata su solide evidenze scientifiche. Ci sono buone prove per sostenere l'affermazione che ciascuna delle dieci regole della lista sia collegata alla salute, sebbene ciò sia meno ampiamente noto. La questione che la lista di Gordon mette in risalto così efficacemente è che, anche se la gente sa che certe cose sono dannose per la salute, si può fare poco per metterle in pratica.

Il tema che voglio esplorare in questo capitolo è: di chi è la responsabilità della salute? Quando abbiamo pubblicato il rapporto della Commission on Social Determinants of Health (Commissione sui determinanti sociali della salute - CSDH), *Closing the gap in a generation*, un politico navigato fece questa domanda: dove è la responsabilità personale in tutto questo? Un noto economista ed esperto di sanità pubblica basò la sua critica sul fatto che *Closing the gap* menzionasse il termine “so-

ciale” molte più volte che “individuale”. Era il report sui *determinanti sociali*, perché tanta sorpresa? La mia risposta fu, ed è, che la responsabilità personale dovrebbe essere giusto il centro di quello che cerchiamo di ottenere. Ma la capacità della gente di prendersi una responsabilità personale è modulata dalla propria situazione. La gente non può prendersi delle responsabilità se non è in grado di controllare quello che le accade.

La seconda lista delle dieci regole, ovviamente, contiene dei suggerimenti che sono al di fuori del controllo degli individui che dovrebbero seguirli, sebbene alcuni commentatori pensino che la disoccupazione sia una scelta di vita e sospettino che la povertà sia un risultato della pigrizia. Meno immediatamente riconosciuto è il fatto che anche la prima lista, in qualche misura, sia al di fuori del controllo individuale. Quanto meno, le scelte di comportamento individuale sono influenzate da dove la gente si ritrova a vivere. Fumo, dieta e alcol sono causa di malattia e contribuiscono al gradiente sociale di cattiva salute. Possiamo pensare ai determinanti di queste cause come alle “cause delle cause”.³

Cercare di influenzare il comportamento attaccando le cause delle cause evoca reazioni forti. In questo dibattito, da una parte gli attivisti della sanità pubblica dimostrano che i grandi interessi affaristici hanno troppa influenza sulle politiche per la salute, ad esempio, in relazione a tabacco, alcol e cibo; dall'altro lato si sostiene che ogni interferenza dei governi sia un'intollerabile erosione della libertà, che lasciare spazio agli interessi non sia lobbying contro le politiche dei governi, è semplicemente democrazia. I cittadini e le persone impegnate in sanità pubblica possono anch'essi dire la loro. C'è chi sostiene che il fatto che una compagnia da molti miliardi di dollari di fatturato possa avere un megafono più potente del cittadino sia irrilevante.

Uno scambio tra due commentatori sulle politiche per l'alcol è eloquente e tipico. Un giornalista, Jonathan Gornall, scrisse un articolo sul *British Medical Journal* sostenendo che il grande business era stato determinante nel cambiare la politica del governo su alcol e salute. Gornall rilevò che la coal-

zione di governo guidata dai conservatori aveva dichiarato di voler introdurre l'unità minima di prezzo per l'alcol. Dopo tutto, i dati dimostrano quello che gli economisti direbbero: aumenta il prezzo dell'alcol e il consumo diminuisce. Al tempo in cui la politica fu annunciata, elogiai pubblicamente il primo ministro conservatore, David Cameron, per un passaggio politico del quale avrebbe tratto beneficio la sanità pubblica. Il governo però ritrasse la proposta. Jonathan Gornall indicò nella pressione sul governo da parte dell'industria dell'alcol, il temuto grande business, la causa del ritiro della proposta politica.⁴

Una replica dell'Institute of Economic Affairs (IEA), un *think-tank* del libero mercato, fu fortemente critica nei confronti di Gornall e degli altri che spingevano per un'azione governativa a favore della sanità pubblica. L'autore, Christopher Snowdon, trovò difficile dubitare che alzare il prezzo avrebbe ridotto il consumo, ma disse che questa misura era malaccorta e basata su un'evidenza scientifica superficiale, perché l'introduzione di un prezzo minimo per l'alcol avrebbe potuto avere altri effetti indesiderati, la gente avrebbe potuto finire con il pagare di più l'alcol e non comprare da mangiare ai bambini.⁵ Accusò Gornall di "attacchi personali e insinuazioni spregevoli".

La risposta di Gornall fu vigorosa. La sua obiettività scientifica veniva criticata da un istituto la cui politica dichiarata era stata riassunta in queste parole dal suo direttore generale: "Attraverso ricerche dettagliate, cercheremo di dimostrare che i meccanismi del libero mercato producono esiti migliori che regolamentazioni statali autoritarie e restrittive".⁶ Se tu già sai, prima ancora di farla, che gli esiti della tua ricerca favoriranno il libero mercato, le pretese di oggettività sono ridicole. Inoltre, la pretesa che l'IEA sia una voce indipendente è screditata dal suo rifiuto a rendere note le sue fonti di finanziamento. Quando lo stesso istituto contrastò le iniziative per il controllo del tabacco, compreso il semplice confezionamento, una ricerca dettagliata nei documenti dell'industria del tabacco rivelò che questa aveva fornito fondi all'Institute of Economic Affairs.

Potrei riportare tanti di questi scambi. Essi chiariscono che le discussioni su come trattare le "cause delle cause" di comportamenti che riguardano la salute coinvolgono sia una visione politica del ruolo dello Stato sia interessi nascosti. La sovrapposizione di questi elementi determina un dibattito distorto.

Il fatto è che le condizioni di vita alle quali siamo esposti influenzano i comportamenti. Molti di noi apprezzano la nozione di libera scelta, ma le nostre scelte sono limitate dalle condizioni nelle quali siamo nati, cresciuti, viviamo, lavoriamo e invecchiamo. Il punto fino al quale accettiamo limitazioni sui comportamenti può variare.

Per quel che riguarda il fumo, ad esempio, la gran parte delle persone attualmente non trova particolarmente disturbanti le iniziative che una società può intraprendere per limitare il consumo di tabacco. La maggioranza delle persone accetta la restrizione del fumo nei luoghi pubblici, il bando della pubblicità e gli avvisi sulle etichette. Come risultato di queste misure, le percentuali di fumatori sono diminuite in molte nazioni, con conseguenti benefici per la salute. Tuttavia, anche con il fumo, una pratica tossica che, è provato, uccide fino a metà dei fumatori abituali, esiste un tenace gruppo di persone che sostiene che le norme dirette al controllo del tabacco siano un'erosione della loro libertà.⁷ Si sarebbe più inclini ad ascoltare il punto di vista di coloro che non sono finanziati dall'industria del tabacco.

Per quel che riguarda il fumo la quantità più salutare è zero. Per la dieta la questione è differente. Tutti noi mangiamo. Più della metà della popolazione mondiale vive in città e non produce direttamente il cibo che consuma. L'industria del cibo gioca un ruolo cruciale, così come i governi e altri soggetti, nel procurare il cibo per le persone. Se si è critici nei confronti dei mercati, come lo sono io stesso quando ci si riferisce all'assistenza sanitaria o all'istruzione, prendiamoci un momento per immaginare come un ministro per l'alimentazione sovietico a Mosca avrebbe potuto assicurare che dieci milioni di persone e il loro cibo si abbinassero ogni giorno,

senza l'aiuto dei mercati. Il mercato lavora in modo impressionante per far incontrare la gente e il cibo. Detto questo, in alcuni casi il mercato fallisce. Alcune persone hanno troppo poco cibo da mangiare, e altre troppo. Il tipo di cibo che mangiamo influenza l'insorgenza di obesità, cardiopatie e tumori. Come risultato ci sono state "guerre del cibo" - l'*Economist* ne etichettò una, nella quale mi sono trovato ad essere un combattente inconsapevole, la "Battaglia della pancia" - riguardanti la sana alimentazione. Queste guerre del cibo illustrano bene il tema di chi sia la responsabilità di una corretta alimentazione. Inoltre queste guerre sono fortemente collegate al tema delle disuguaglianze sociali perché la dieta può influenzare e determinare i livelli di malattie non trasmissibili, che a loro volta contribuiscono ad alimentare le disuguaglianze di salute.

Cibo e fascismo

È spiazzante trovarsi descritto nel *Daily Mail*, un giornale nazionale, come un "nazista della salute". Quando mi è accaduto, nel 2007, ho commentato con un amico giornalista che pensavo che un tipico "nazista della salute" fosse Joseph Mengele. Perché proprio io? Il mio amico mi disse di non prenderla troppo sul serio, lo scrivevo non voleva dire che facessi spaventosi esperimenti sugli esseri umani rinchiusi nei campi di concentramento. Semplicemente mi considerava un fascista della salute. Non mi pareva terribilmente rassicurante, specialmente perché il giornale in questione descriveva le mie affermazioni come "grottesche e sempre più irresponsabili". Un altro giornale nazionale, il *Telegraph*, mi attaccò dicendo che stavo guidando una scellerata alleanza di puritani, fascisti della salute e fanatici del controllo dello stato-bambinaia. Per completare l'opera, un altro quotidiano nazionale si unì con un "Grasse bugie dei fascisti del cibo". Uno o due dei titoli dei tabloid risultarono davvero arguti. *The Sun* titolava "Salvate il nostro bacon" e "Il maiale sconsigliato, costa vite".

Cosa può aver portato a tanta schiuma alla bocca? Qual era la banda di bugiardi fascisti che una stampa così percettiva aveva scoperto?

Il nostro mascheramento era davvero buono. Avevo presieduto un comitato convocato dal World Cancer Research Fund per revisionare l'evidenza scientifica su *Food, nutrition, physical activity and cancer*.⁸ Il comitato era composto da una ventina di ricercatori ben noti e stimati a livello internazionale. Fascisti ingegnosi, che coprono le tracce trascorrendo i giorni lavorativi come professori del Regno Unito, Stati Uniti, Giappone, Cina, India, Cile, Messico, Africa, Nuova Zelanda e Australia. La forza del nostro report era che le raccomandazioni risultavano basate non su uno studio ma su circa 7.000 articoli scientifici. Più di 200 ricercatori coinvolti nel processo durato cinque anni per mettere insieme un report di 400 pagine, e l'UNICEF e la World Health Organization erano tra gli osservatori: tutt'altro che un *Mein Kampf*.

La nostra conclusione, basata su tutta l'evidenza scientifica di qualità, fu che le persone in sovrappeso hanno un più alto rischio di tumore, così che è importante essere quanto più magri possibile all'interno del range di peso considerato normale. Riportammo che la carne trattata aumenta il rischio di tumore e dovrebbe essere evitata se le persone volessero ridurre il loro rischio; e che il consumo di carne rossa oltre i 500 grammi alla settimana aumenta il rischio di cancro.

Per rendere sinottiche le nostre conclusioni preparammo delle raccomandazioni. Furono queste conclusioni scientifiche, raggiunte dopo un tormentoso processo, ad essere etichettate come "grasse bugie di fascisti del cibo".

Ero già passato per una situazione simile una dozzina di anni prima: a quel tempo il tema era la prevenzione alimentare delle malattie cardiache.⁹ Allora le misurate riflessioni del mio comitato di ricercatori e professori fu descritto come "l'attacco più recente dei leninisti del cibo... Lo stato-bambinaia vuole indicarti cosa mangiare a colazione, pranzo e cena".¹⁰ Leninista o nazista? Il punto è che chi cerca di influenzare il comportamento individuale nell'interesse del pubblico è un totalitario.

crescente irresponsabilità. Ma se l'aumento di irresponsabilità spiega l'aumento dell'obesità, perché le quote di fumatori sono diminuite drammaticamente? Perché siamo responsabili quando si tratta di fumo e irresponsabili quando si tratta di mangiare? Anche se fosse vero che la gente valuta il consumo presente molto di più degli effetti futuri sulla salute, perché il bilancio è cambiato? Oppure, se il bilancio non è cambiato, e la gente valuta sempre il presente molto di più del futuro, perché è più facile che il bilancio causi obesità adesso piuttosto che in passato?

Tenendo a mente l'incremento dell'obesità ritorniamo alla questione di chi sia la responsabilità della salute. Una visione spassionata dell'evidenza certamente riconoscerebbe che l'aumento dell'obesità è stato il risultato di qualcosa di più di una scelta individuale: è stato il risultato del cambiamento delle condizioni. Perché allora dare per scontato che ogni tentativo di cambiare le condizioni sia fascismo e che debba essere lasciato all'individuo cambiare le cose per se stesso? Eppure, se le azioni sociali causano il problema, certamente deve essere legittimo discutere quali azioni sociali abbiamo intenzione di avviare per risolverlo.

Iniquità nella salute e "stile di vita": le cause delle cause

Più piccola la taglia del vestito più grande l'appartamento. Questo detto popolare newyorkese riassume bene il concetto: esiste un gradiente sociale dell'obesità. Particolarmente tra le donne nelle nazioni a medio e alto reddito, più basso lo stato sociale più alta la prevalenza di obesità. Ma perché?

Ciò che mi interessa sono le disuguaglianze nella salute all'interno delle nazioni e tra le nazioni, e il ruolo dei determinanti sociali. "Determinanti sociali" è un'espressione non familiare per molti epidemiologi e altri operatori sanitari che sono più preoccupati dei rischi individuali. Deprivazione relativa, relazioni sociali, condizioni che consentono una vita

dignitosa, *empowerment* e tutti i punti della lista di David Gordon non sono il pane e il burro, o anche le cinque porzioni al giorno, punti tipici delle tradizionali preoccupazioni relative alla salute. Dove sono, mi chiedo, fumo alcol, obesità? I determinanti sociali non escludono questi comportamenti legati alla salute. Quando si considerano le disuguaglianze per le malattie non trasmissibili, fumo, alcol e obesità sono proprio al cuore della questione. Un modo attraverso il quale l'ambiente sociale è causalmente legato alle iniquità di salute è rappresentato da questi comportamenti, di qui questo capitolo. Un'altra via è attraverso i percorsi dello stress che appariranno nei capitoli a venire.

Il mio convincimento è che la responsabilità degli individui e delle comunità sia centrale per migliorare la salute e il benessere delle persone. A prima vista, il linguaggio della responsabilità individuale sembrerebbe coerente con l'*empowerment*, con le persone che prendono il controllo sulle proprie vite e liberamente fanno le proprie scelte di salute. Certamente gli individui devono fare la scelta di fumare oppure no, come pure bere e mangiare. Ma quando ci imbattiamo in un pattern sociale regolare ci viene suggerito che ci sono cause più allargate, sociali.

Posso illustrare con dati lo sviluppo di questi comportamenti non salutari. Con i colleghi dello University College London (UCL) e con il National Center for Social Research, fui coinvolto nella Scottish Health Survey. Stavo prendendo l'aereo da Londra per Edimburgo per presentare i risultati e rivedevo sull'aereo la mia presentazione in power point. I dati mostrano che come le ragazze attraversavano la pubertà, le quote di fumatrici salivano drammaticamente. Era quasi come se il fumo fosse, insieme ai cambiamenti del corpo, un altro segno della pubertà. L'adesione all'esercizio fisico diminuiva appena le ragazze passavano attraverso gli anni della pubertà, e inoltre iniziavano a fare esperienza con l'alcol. Una donna del personale di bordo dando uno sguardo dalle mie spalle disse: "Ho fatto tutto ciò anch'io e anche di più". Le mostrai il gradiente sociale di questi comportamenti, che iniziano precocemente:

più basso lo stato sociale più insalubri i comportamenti. "Beh, è stato così anche per me", disse, "un background socialmente modesto come quello dei miei amici".

Tutti i giovani si sperimentano. Ma noi vediamo che i gradienti sociali dell'obesità e del fumo compaiono già nell'infanzia e nell'adolescenza. È una visione troppo ristretta quella che valuta questo fenomeno come se ognuno di questi giovani facesse singolarmente scelte individuali, ignorando le pressioni sociali che li spingono a comportarsi in una certa maniera.

Mi è stato chiesto da un preoccupato medico di sanità pubblica: i giovani disoccupati vanno in giro nelle città, fumando, bevendo troppo, usando droghe e mettendosi nei pasticci. Cosa suggerire? La mia risposta, non di grande aiuto, è che non comincerai da qui. Comincerai dallo sviluppo e dalla formazione precoce del bambino. Rafforziamo la conoscenza e la responsabilità dei giovani, aiutiamoli a sviluppare quelle qualità che daranno loro il controllo sulla vita e un interesse nel futuro, ed essi avranno più cose interessanti da fare che bighellonare agli angoli delle strade a fumare e a bere troppo.

Il passaggio verso la conoscenza precede quello verso la responsabilità. Come descritto in precedenza, nel Regno Unito tutta la popolazione comprende che fumare fa male alla salute, eppure esiste un gradiente sociale per il fumo. La povertà e la disuguaglianza rendono profondamente disarmati. La gente con poco controllo sulla propria vita non si sente capace di fare scelte salutari.

Cosa che può essere parte del motivo per il quale i suggerimenti sulla salute, anche quando efficaci, possono incrementare le disuguaglianze nei comportamenti non salutari. Così è stato per il fumo. Un'abitudine che non discriminava tra le posizioni socio-economiche è diventato sempre più distribuito lungo un gradiente sociale. Ora nel Regno Unito solo il 9% degli adulti nelle famiglie dei professionisti fuma, confrontato con il 31% delle famiglie dei lavoratori manuali.¹³ Fumare è una causa di malattie e di morte. Dobbiamo affrontare le cause delle cause.

Obesità e sovrappeso: geni o istruzione?

Obesità e sovrappeso illustrano bene l'interazione tra i determinanti individuali e sociali. Gli individui fanno scelte su cosa e quanto mangiare, quale e quanto esercizio fisico fare, ma queste scelte sono influenzate dall'ambiente nel quale essi stessi si trovano. Una parte della propensione individuale all'obesità sarà genetica. Gli studi sui gemelli forniscono un modo per individuare il contributo della genetica e dell'ambiente per qualsiasi condizione. I gemelli monozigoti sono geneticamente identici, ma condividono anche gli ambienti di vita. I gemelli eterozigoti condividono la metà dei geni, in media, ma anche gli ambienti. Gli studi sui gemelli suggeriscono che l'obesità è ereditabile tra il 50 e il 90%: una forte componente genetica.¹⁴ Ma va notato che gli studi sui gemelli sono in generale condotti in un range ristretto di ambienti. L'assunto che i gemelli eterozigoti condividano gli ambienti nella stessa misura dei gemelli monozigoti potrebbe essere messa in discussione. Ma non è tanto questo il punto più rilevante che sottolineo qui. Il punto è: come conciliamo i risultati degli studi sui gemelli con quelli che derivano da altri tipi di studio?

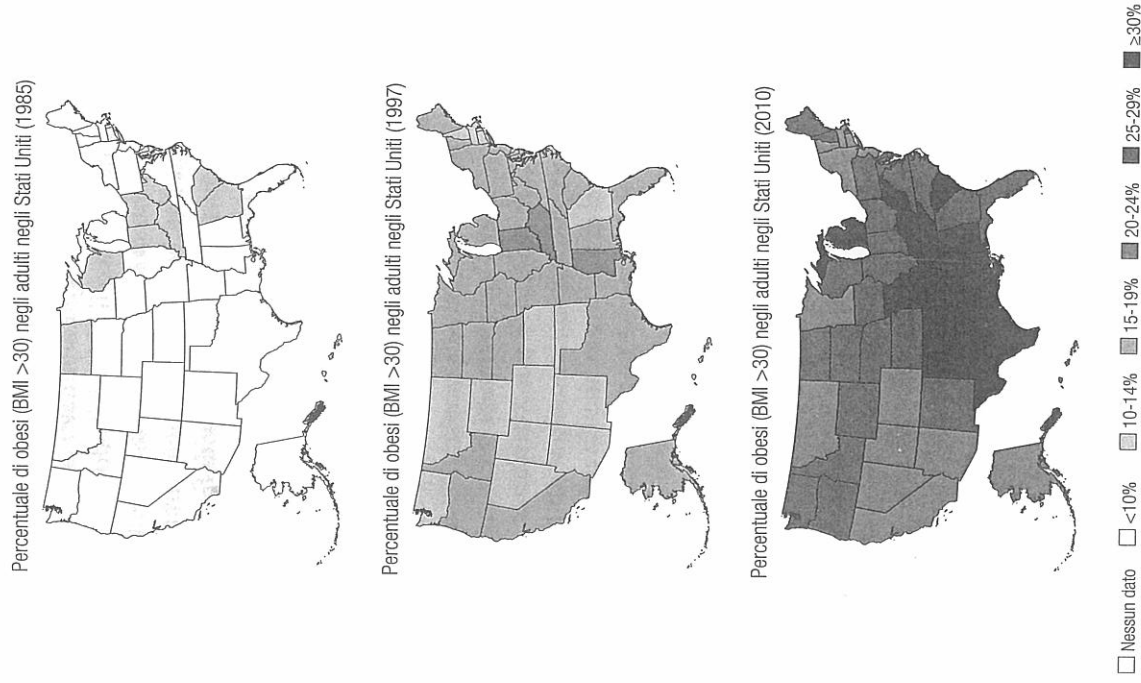
Mi sono interessato alla salute dei migranti che arrivano dal subcontinente indiano al Regno Unito. Uno studio nella West London di uomini di origine sud-asiatica ha mostrato un indice di massa corporea (Body Mass Index - BMI) medio di 28. Il BMI è molto usato come misura; abbina in una formula peso e altezza (peso in kg/altezza in m²). Considerato che il BMI desiderabile è tra 20 e 25, e che qualsiasi misura sopra 25 è da considerarsi sovrappeso e sopra 30 obesità, una media di 28 significa una grande presenza di individui in sovrappeso, per non dire obesi. Uno studio nel Punjab rurale, l'area dell'India da cui questi uomini erano originari, aveva mostrato un BMI medio di 18. La media era da sottopeso. Assumiamo un'altezza media di 1,72 metri in tutte e due le località. Una differenza in BMI di 10 corrisponde a una differenza media di peso di 29 kg. Una cosa enorme. A meno che gli uomini del Punjab con una predisposizione genetica a met-

tere su peso fossero anche più disponibili a diventare migranti, che sembra del tutto improbabile, gli uomini nel Punjab e quelli provenienti dal Punjab e viventi a Londra sono geneticamente simili. Questo significa che, in un caso come questo, il sovrappeso riconosce prevalentemente cause ambientali.

Uno stallo. Gli studi sui gemelli indicano che è predominante la genetica. Gli studi sui migranti indicano che è prevalente l'ambiente. I fautori dell'ambiente possono criticare gli studi sui gemelli perché sottovalutano la componente ambientale, così come ho fatto io; i fautori della genetica possono criticare gli studi sui migranti perché non viene controllata adeguatamente la componente genetica, e lo fanno. Il punto dovrebbe essere che se c'è un range ristretto di esposizione ambientale, *tutte* le variazioni saranno genetiche. Se ci fosse un equivalente ambientale di uno tsunami, le differenze nella suscettibilità, geneticamente determinata, sarebbero meno rilevanti e l'ambiente predominerebbe. Per spiegare il sottopeso in India e il sovrappeso a Londra dobbiamo appellarci alle spiegazioni ambientali. Per spiegare le differenze tra i gemelli mono ed eterozigoti esposti ad ambienti molto simili ci appelliamo alle differenze in suscettibilità genetica.

Nella figura 2.1 sono rappresentate le tre mappe dei Centers for Disease Control and Prevention (CDC) negli Stati Uniti sui livelli di obesità per stato considerando, per mostrare la progressione, gli anni 1985, 1997 e 2010. Le mappe mostrano ogni stato americano con diversa gradazione di colore in accordo alla prevalenza di obesità. Con il susseguirsi degli anni, il colore diventa sempre più scuro, come conseguenza dell'aumento della prevalenza di obesità. Quando presento questi grafici, la reazione del pubblico è simile alla mia quando li ho visti per la prima volta. Procurano uno shock da far spalancare la bocca. Come il colore cambia dal chiaro allo scuro, il pubblico ha un sussulto, all'unisono. È sorprendente come può cambiare rapidamente il genoma negli Stati Uniti! Lo dico con ironia. Quale che sia il contributo della genetica all'obesità, questo sarà stabile per almeno due-tre decenni. Certamente non si scatterà in una generazione. Aumenti di obe-

Figura 2.1 Uno, due, tre... aggiudicato!



Fonte: CDC. Obesity trends among US adults between 1985 and 2010. Centers for Disease Control and Prevention, 2010

sità come questi devono necessariamente essere classificati come "culturali", non "naturali".

Peraltro, non solo negli Stati Uniti. La "linea della vita" (intesa come circonferenza addominale) del pianeta si espande. In Egitto e nel Messico il 70% delle donne è in sovrappeso. Viene anche definita la *coca-colonizzazione*. Una scelta razionale, forse, ma l'aumento degli alimenti trattati e la diminuzione delle opportunità per fare attività fisica sono spiegazioni decisamente più forti.

Per alcune decadi nelle nazioni ad alto reddito, abbiamo visto che, particolarmente nelle donne, più basso era il livello di istruzione più grande la prevalenza di sovrappeso e obesità: un gradiente sociale.

I livelli di obesità nei bambini sono andati aumentando in maniera preoccupante. Con i bambini la discussione intorno alla responsabilità individuale è più complicata. Anche i genitori ideologicamente in opposizione allo stato-bambinaia non avranno rimorsi nel dire ai bambini: non mangiate cioccolata adesso, vi guasterà la cena; se non mangiate broccoli, non avrete il dessert. Probabilmente noi siamo biologicamente programmati al piacere delle cose dolci. È solamente attraverso un esercizio di volontà che non ci sosteniamo con una dieta a base di bevande zuccherate e gelati. L'aumento dell'obesità nei bambini dunque riflette le abitudini alimentari alle quali sono esposti, non la possibilità che i bambini abbiano cambiato il loro calcolo economico e cominciato a valutare i piaceri del consumo attuale molto di più della salute futura. In Inghilterra, adesso, l'aumento dell'obesità nei bambini si è di fatto fermato nelle famiglie di posizione sociale intermedia e alta, mentre l'aumento continua nei bambini che provengono da famiglie economicamente svantaggiate.¹⁵ In futuro, il gradiente sociale dell'obesità può diventare ancora più ripido di quanto non lo sia adesso.

In contrasto a ciò, nelle nazioni a basso reddito le donne con più istruzione più facilmente diventano obese rispetto a quelle meno istruite. Questo può riflettere due fenomeni col-

legati: le donne a bassa istruzione nelle nazioni a basso reddito sono semplicemente più vicine alla linea di povertà assoluta per assumere sufficienti calorie per diventare grasse. L'altra faccia della medaglia è che diventare grasse può dare un segnale pubblico che sei salita al di sopra del margine dell'indigenza.

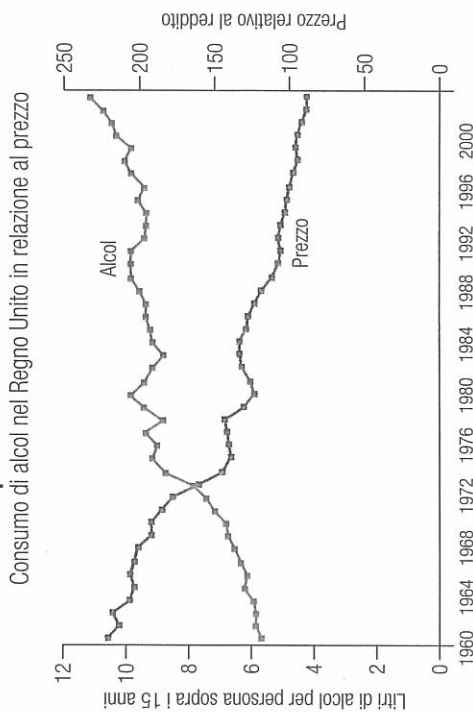
Via via che le nazioni si arricchiscono, il gradiente sociale virava verso il pattern familiare dei paesi ad alto reddito: maggiore istruzione, meno sovrappeso. Amina Aitsi-Selmi, lavorando insieme a me, ha esaminato questi trend in Egitto e in altre nazioni. Ha trovato che le donne più ricche erano più facilmente sovrappeso: un risultato preoccupante. Preoccupante perché non voglio essere come Geremia che dice che andare oltre il livello di povertà comporta una punizione sotto forma di obesità e delle sue complicanze come il diabete. Amina, comunque, ha rilevato inoltre che il legame tra benessere economico e obesità non è più presente nelle donne con maggiore istruzione. Ora vi rivelo i miei pregiudizi: mi piacciono questi risultati. Le donne con maggiore istruzione non sono punite con l'obesità per aver superato la soglia di povertà.¹⁶

La distribuzione sociale dell'obesità e del sovrappeso nelle singole nazioni e tra le nazioni dovrebbe far riflettere quelli che pensano alla salute solo in termini di responsabilità personale. Perché mai la responsabilità personale dovrebbe essere seguita dal gradiente sociale? La responsabilità personale è un appannaggio esclusivo di chi è più benestante? L'idea è assurda. Piuttosto, direi, si creino le condizioni affinché le persone abbiano il controllo delle proprie vite, diffondiamo il più possibile il vantaggio dell'istruzione, ad esempio, e donne e uomini avranno gli strumenti, e l'interesse, per fare qualcosa per il loro peso corporeo.

Alcol: solo responsabilità personale?

L'alcol è l'esempio ovvio di un comportamento che riguarda la salute influenzato dalle condizioni sociali. I tassi di mortalità degli uomini aumentarono drammaticamente in Russia dopo il

Figura 2.2 La teoria funziona: meno costose sono le bevande alcoliche più se ne bevono



Fonte: Tighe A, ed. *Statistical handbook*, 2003. London: Brewing Publications Limited, 2003

re la predisposizione genetica, la storia personale, la personalità e la sottocultura. Per i determinanti presenti a livello individuale possono essere necessari consigli e trattamento. I determinanti sociali richiedono azione sociale. Non aiuta dire che è semplicemente una questione che riguarda gli individui.

Di chi è la responsabilità?

Mentre tornavo a casa in bicicletta dopo una cena al Royal College of Physicians, ancora in giacca e papillon, la mia bicicletta devì bruscamente e si bloccò, lasciandomi a terra sofferente e incapace di spostarmi dalla strada. L'ambulanza sopraggiunse rapidamente. Uno del personale dell'ambulanza si accorse del mio vestire stravagante e disse: "Si è fatto qualche bicchiere?". Gli feci notare che avevo bevuto un solo bicchiere di vino tra le 19 e le 23, ma mi chiesi anche che importanza potesse avere. Davvero non si sarebbe preso cura di me se

avesse pensato che avevo bevuto, solo perché mi aveva ritenuto responsabile della mia caduta?

Fui assistito in maniera eccellente, incluso l'inserimento di un chiodo di titanio per mantenere integro e al suo posto il mio femore fratturato: ancora, per questo, grazie NHS. Ma rimuginavo ancora sulla frase "Si è fatto qualche bicchiere!", quando un membro conservatore del parlamento dichiarò che, secondo lui, le persone che soffrono di malattie dovute allo stile di vita non salutare dovrebbero pagare il costo dei loro trattamenti. Mi chiedo se, nel caso avessi bevuto tre bicchieri di vino e non uno solo, nella visione di questo parlamentare avrei dovuto essere obbligato a pagare il costo del trattamento per il mio femore fratturato. Stava forse suggerendo, questo politico, che ogni squattrinato che cada in stato confusionale, urti la testa da qualche parte dovrebbe essere lasciato giacere nei bassifondi cui appartiene, perché non in grado di affrontare le spese per essere curato? È questo il tipo di società che immaginiamo?

Sto drammatizzando. Il parlamentare probabilmente si riferiva al diabete associato all'obesità. Come ho descritto, più è comune l'obesità più bassa è la posizione nella gerarchia sociale. Come risultato, anche la prevalenza del diabete mostra un gradiente sociale: più elevato nei gruppi meno abbienti. La proposta, dunque, è che la gente povera dovrebbe essere obbligata a pagare i costi del trattamento del diabete. Tre potrebbero essere i motivi per cui la proposta è stata fatta:

1. *Disincentivare*. Obbligare le persone a pagare il costo del trattamento le incoraggerebbe ad adottare stili di vita più salutari, a non diventare obese, e pertanto a evitare il diabete.
2. *Punire*. Se la gente si comporta male dovrebbe sostenere un costo come penalizzazione per il cattivo comportamento.
3. *Risparmiare costi*. Abbassare i costi del servizio sanitario scaricandoli sulle persone irresponsabili.

L'evidenza a supporto del primo motivo, disincentivare, è del tutto assente. La gente diventa obesa nel corso della vita. L'idea che una fetta di torta al cioccolato andrebbe sacrificata all'età di 25 anni per evitare il peso di dover pagare per la cura del