

Transizione demografica e salute globale

Angelo Stefanini

**Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Università di Bologna
Osservatorio Italiano sulla Salute Globale**

La demografia è una scienza a corto di teoria ma ricca in quantificazioni. Essa ha tuttavia prodotto una delle generalizzazioni meglio documentate nella storia delle scienze sociali: la *Transizione Demografica* (TD). Per TD si intende quella teoria che vede le società progredire lungo un percorso che da una condizione pre-moderna di alta fertilità e alta mortalità passa a quella post-moderna di bassa fertilità e bassa mortalità passando per un periodo di bassa mortalità e alta fertilità che fa aumentare rapidamente la popolazione. La causa di questa transizione nel Nord del mondo è stata identificata nella riduzione dei tassi di mortalità dovuta al controllo delle malattie epidemiche e contagiose. Con la modernizzazione, i bambini sono diventati più costosi e, con i mutamenti culturali sopravvenuti, anche la loro importanza è andata gradualmente riducendosi. Inoltre, il crescente rafforzamento del potere delle donne nelle decisioni che riguardano la loro funzione riproduttiva ha condotto a famiglie sempre più piccole. Si è avuto così un mutamento di valori che ha visto attribuire maggiore importanza alla qualità dei bambini piuttosto che alla loro quantità. In breve, il modello della TD ha assunto dimensioni universali, comprendendo anche i cosiddetti paesi in via di sviluppo (PVS), e ogni nazione è stata posta lungo una scala gerarchica in base al progresso raggiunto. L'elaborazione della TD così prodotta suggerisce che la mortalità e la fertilità di una popolazione diminuiscano come conseguenza dello sviluppo sociale ed economico che in ultima analisi arriverebbe a portare ad una crescita della popolazione stabilmente bassa. Questo è ciò che effettivamente è successo ai paesi ora industrializzati.

Quando si è trattato di applicare il modello ai paesi poveri, tuttavia, qualcuno ha pensato bene di invertire completamente il rapporto tra sviluppo e transizione demografica. I paesi ricchi e le istituzioni globali da esse fondate e governate hanno sposato un altro modello: è la crescita troppo rapida della popolazione che mette a repentaglio la possibilità dei paesi sotto-sviluppati di industrializzarsi e modernizzarsi, e in ultima analisi dell'intero pianeta di sfamare tutti i suoi abitanti. E' quindi necessario innanzitutto ridurre la fertilità dei paesi poveri con ogni mezzo possibile per permettere il loro avanzamento economico. Sono state allora lanciate imponenti campagne di controllo delle nascite, a volte imposte dall'esterno compresa la sterilizzazione forzata, finché, attorno alla metà degli anni 70, anche molti appartenenti alle posizioni più estreme accettarono il principio che le politiche di controllo della popolazione non possono sostituirsi alle più vaste politiche di sviluppo.

Ciò che è stato visto è che la rapida crescita della popolazione deriva dalla povertà e dalla mancanza di potere, dal bisogno che una famiglia ha di braccia da lavoro, dalla alta mortalità infantile che rende necessario avere molti figli affinché qualcuno di essi sopravviva, dalla assenza di istruzione e di opportunità per le donne. La crescita della popolazione generalmente diminuisce soltanto a seguito di profondi cambiamenti della società. Questi cambiamenti possono essere di natura sia positiva, come i mutamenti economici e politici che riducono la mortalità infantile e migliorano le condizioni della gente tanto da convincerli a fare meno figli, che negativa, ossia quando i bambini diventano soltanto un peso economico a cui non fa riscontro un corrispondente aumento del benessere. E così non ci si può più permettere di fare figli (e ci si lascia anche convincere a farsi sterilizzare). Nel Kenya e in altri paesi africani, per esempio, la severa crisi economica degli anni 80 e 90 causata dalle politiche di "aggiustamento strutturale" imposte da Banca

Mondiale e Fondo Monetario Internazionale si è accompagnata ad una riduzione della fertilità.

Parallelamente alla TD, nei paesi industrializzati è avvenuta quella che viene chiamata una *Transizione Epidemiologica*: la diminuzione della mortalità da malattie infettive, grazie alle migliorate condizioni sociali ed igieniche (e, in parte minore, alle scoperte mediche) e l'invecchiamento della popolazione hanno fatto sì che le principali cause di malattie e di morte nel Nord del mondo siano ora di natura cronico degenerativa come tumori e malattie cardiovascolari. Nei paesi poveri, tuttavia, si osserva un duplice fenomeno: da una parte essi stanno attualmente attraversando la fase di transizione demografica ed epidemiologica come conseguenza di industrializzazione e urbanizzazione, e devono quindi confrontarsi con un carico crescente di malattie croniche, degenerative e neoplastiche. Dall'altra parte, tuttavia, oltre al persistere delle solite malattie infettive, essi sono anche attraversati da altre devastanti pandemie come l'HIV/AIDS, la dipendenza da sostanze come tabacco, alcol, e droghe. Molti PVS devono quindi fare fronte contemporaneamente a diverse tipologie di problemi sanitari, riassumibili in quello che viene chiamato il "doppio carico di malattia", il carico dovuto alla povertà e al sottosviluppo, da una parte, e quello derivante dalla industrializzazione e dalla urbanizzazione, dall'altra.

Le esperienze di alcuni paesi poveri dimostrano però che una componente notevole di questi carichi di malattie e di morte può essere prevenuta, curata o attenuata attraverso politiche intelligenti, e strategie e tecnologie sostenibili. Nonostante sia ben documentata la forte correlazione positiva tra ricchezza economica di una società e la salute della sua popolazione, alcuni paesi ad un livello relativamente basso di reddito medio sono stati in grado di raggiungere risultati inattesi, grazie a politiche improntate alla equità sociale e alla sostenibilità, all'impegno ad assicurare a tutti livelli minimi di istruzione, al rafforzamento dello status e delle opportunità per le donne, al rendere i servizi sanitari universalmente accessibili e ad una forte coscienza pubblica nei riguardi del diritto alla salute. E' il caso, per esempio, dello Sri Lanka, di Cuba (soprattutto fino alla crisi economica del 1989), del Costa Rica e dello stato del Kerala in India. In questo stato indiano undicimila negozi governativi a prezzi ridotti assicurano che il costo del riso e di altri beni essenziali come il kerosene sia alla portata delle famiglie più povere. La densità media della popolazione del Kerala è tre volte quella dell'India, eppure tutti gli indicatori più usati (come mortalità infantile, aspettativa di vita e altri tassi di mortalità) sono di molto inferiori a quelli della maggior parte dei paesi poveri e dell'India stessa. I livelli di istruzione sono superiori agli altri stati dell'India, soprattutto per le donne. Non sorprende quindi che il Kerala abbia ridotto rapidamente la propria fertilità e la crescita della sua popolazione in questi ultimi decenni. Nel 1991 il suo tasso di natalità era di un terzo rispetto a quello dell'intera India, la metà della media di tutti i paesi poveri e di poco superiore a quella degli USA. Un dato fra tutti fa spicco in questo panorama: nella maggior parte dei paesi che hanno raggiunto questi risultati in termini di salute la distribuzione delle ricchezze e dei redditi è più equa che negli altri paesi.

Ancora una volta tornano d'attualità le parole di Giulio Maccacaro: "...si vuol far credere che la povertà numerosa si guarisce intervenendo sulla numerosità dei poveri (l'effetto) anziché sulla povertà dei numerosi (la causa)."¹ Osservando quanto successo nel secolo appena trascorso si può concludere che la riduzione della fertilità in una nazione e quindi della crescita della sua popolazione in genere si è verificata per le sue ("giuste") ragioni: la riduzione della povertà e delle disuguaglianze.

¹ G.Maccacaro, "Siamo troppi?". Articolo apparso in "Sapere", aprile-maggio 1974, val.LXXV, 771, pp.3-9.