

CAPITALE SOCIALE E SALUTE DEL BAMBINO

"Il nostro futuro dipende da come viene affrontato il problema della coesione e coesistenza sociale, dallo sviluppo del capitale sociale" (Amartya Sen, 1999).

Lo sviluppo delle tecnologie biomediche viene oggi considerato capace di influire fortemente sulla salute dell'uomo ma anche, più ampiamente, sulla stessa condizione umana. Altre dimensioni ritenute decisive per la salute e la qualità della vita di domani sono quella demografica, quella ecologica e, naturalmente, quella economica, in rapporti di più o meno stretta interdipendenza. Recentemente l'attenzione si è rivolta a una dimensione meno ovvia e conosciuta, e cioè allo sviluppo del *capitale sociale*.

Che cos'è il capitale sociale? Si può definire come quell'insieme di leggi, consuetudini e culture che determina lo stato delle relazioni tra gli individui e tra i gruppi sociali, e che può fare di un popolo - o di una comunità, o di un gruppo familiare - qualcosa di più o meno ricco "socialmente", anche a parità di ricchezza materiale media (mentre, come vedremo, non è indifferente la distribuzione di questa ricchezza). Comprende, in altre parole, la quantità e qualità di socialità presente, quindi le relazioni tra gruppi sociali, tra generazioni, l'associazionismo, la partecipazione alla vita pubblica, e anche la dimensione religiosa, soprattutto per quanto di coesione sociale essa è capace di indurre.

Ora, l'aspetto per noi interessante del capitale sociale, o della "coesione sociale" che quasi è un suo sinonimo, è che ha non poco a che fare con la nostra salute; la funzione di questa relazione può essere semplificata in una retta: più capitale sociale, più salute. Questo è quello che si ricava dai rapporti ufficiali di agenzie internazionali, e dalla gran mole di studi effettuati in merito che mettono in relazione Paesi diversi, gruppi diversi, generazioni diverse, e dai quali emergono dati particolarmente significativi: il picco di mortalità nei Paesi dell'ex-URSS, dopo il crollo del regime e il sopravvenire di una grave crisi economica ma anche e soprattutto sociale, con l'affermarsi di modelli di relazione primitivi e spietati; il fatto che nel Regno Unito, nei vent'anni di tatcherismo, la mortalità infantile si sia ridotta a ritmo inferiore rispetto alla media dei Paesi dell'Europa occidentale, mentre la riduzione maggiore si è verificata in Spagna, uno dei Paesi che più hanno progredito in "sviluppo umano". E merita di essere citato anche un recente studio olandese che dimostra come l'ostilità, questo modo di essere a un tempo diffidenti e aggressivi nei confronti del prossimo, ben si correla con i comportamenti a rischio e quindi, inversamente, alla salute. L'ostilità, ci dicono gli olandesi, è più frequente nei meno istruiti e nei poveri, ma ha una sua capacità indipendente di determinare cattiva salute. E ricerche inglesi dicono che gli anziani più soli si ammalano di più e muoiono prima. E studi americani mostrano come gli adolescenti con coesione intrafamiliare e scolastica maggiore abbiano meno comportamenti a rischio (cosa tra l'altro confermata anche da una nostra ricerca effettuata qui a Trieste, dove la qualità della comunicazione intrafamiliare è risultata ben correlata ai comportamenti "healthy").

Dunque la coesione sociale a livello di grandi variabili, così come a livello più interpersonale, influenza la salute.

Quale sarà il futuro, sotto questo aspetto? Qualche dato su cui riflettere c'è. Ad esempio, nel recente *World Development Re-*

port delle Nazioni Unite vi sono chiare evidenze riguardo a un elemento che si è dimostrato un forte determinante della coesione sociale, cioè la distribuzione del reddito. Il rapporto tra il 20% più ricco e il 20% più povero della popolazione mondiale era 1:20 negli anni Sessanta, 1:60 negli anni Novanta, 1:74 nel '97. La disuguaglianza cresce sensibilmente anche all'interno dei Paesi (non tutti: l'Italia e pochi altri fanno eccezione). Più disuguaglianza = meno coesione, ci dicono i sociologi, e l'equazione è tanto più vera quanto più il divario è estremo. C'è d'altronde da sorprendersi? Ma evidenze indirette e preoccupanti vengono dai dati e dalle proiezioni riguardanti l'epidemiologia dei mali che ci affliggono. Secondo le proiezioni del *Global Burden of Disease* sono in aumento le patologie da conflitto, aperto e violento o sotterraneo che sia, quindi le patologie da non coesione: violenze, patologie psichiatriche, maltrattamenti, patologie da stress con il loro riflesso anche sulla mente e, fuor di metafora, anche sul cuore. E poi le dipendenze, l'HIV, gli incidenti - che sappiamo non essere casuali - e altro.

«Questo secolo si sta concludendo con un tracollo delle relazioni umane», afferma Nadine Gordimer, scrittrice sudafricana. Che succede? Succede che la globalizzazione, così come oggi governata (o meglio, non governata), conduce alla polarizzazione e frammentazione sociale inter e intra-nazionale; queste si associano alla polarizzazione culturale, etnica e religiosa; lo stress sociale chiama diffuse risposte di insicurezza e quindi di ostilità.

Saremo dunque in futuro più diseguali, meno coesi, più ostili, e staremo peggio anche perché, di questo e per questo, ci ammalaremo sempre di più. Scenario dunque drammatico, come si addice a una fine di millennio. Che fare? Non spetta a noi pediatri dirlo. Ci sono scenari macroeconomici e macropolitici che sono decisivi. Certo pare ovvio che ci voglia più consapevolezza e più governo. Nel campo sanitario, viene auspicato (Julio Frenk, OMS 1999) un ruolo più ampio delle agenzie internazionali e dei ministeri per la sanità come promotori di politiche atte a creare le condizioni per la salute. La comunità medica si muove, talvolta ufficialmente (*Acheson Report*, Regno Unito, 1998), per raccomandare politiche sociali ed educative con finalità di sanità pubblica. Ma può esserci anche un ruolo per il singolo medico nel promuovere micropolitiche di coesione (nella famiglia, nel gruppo)?

Tutto questo ha in parte a che fare con il tema affrontato da Franco Panizon e Alfredo Mendoza nell'articolo pubblicato su questo stesso numero (pag. 438), dove si discutono gli interventi possibili per ridurre la disuguaglianza negli esiti, sull'intelligenza, sul comportamento, sul successo ecc. Questi interventi sono soggetti ai limiti di ogni intervento selettivo: la fattibilità dell'intervento, la riconoscibilità e l'accessibilità della popolazione bersaglio su larga scala e non in situazioni sperimentali e, soprattutto, occorre tenere presente che si sta parlando di effetti di sistema, di interventi per loro natura pervasivi, multifattoriali. Possono i pochi essere recuperati se la "legge generale" resta la stessa? Può un intervento preventivo o riparativo essere stabilmente efficace, non effimero, se aumenta nel contesto la violenza, la disuguaglianza, la cultura dell'ostilità e l'immaturità emotiva? La domanda è evidentemente retorica. Il fatto stesso che molti di questi interventi siano stati tentati nelle società più diseguali è già, forse, una risposta. Negli Stati Uniti questi interventi sperimentali si sono fatti, alcuni sembrano riusciti, ma la non-coesione aumenta ovunque, e i ragazzi si sparano nelle scuole.

Alle *Giornate di Medico e Bambino*, dove queste considerazioni sono state presentate, non è mancata la discussione. Nessuno ha contestato l'opportunità di politiche economiche e sociali che riducano la disegualianza, né la necessità di interventi culturali ed educativi per promuovere la crescita emotiva e sociale e la capacità di creare coesione tra le nuove generazioni. Si è discusso, invece, e non per la prima volta, di quale debba e possa essere il ruolo del pediatra in tutto questo. Vi sono, in sintesi, tre posizioni: il pediatra deve occuparsi di questo, anzi questo si avvia a diventare il compito principale del pediatra di famiglia; il pediatra dovrebbe, ma non sa, dunque per il momento è meglio che non tenti ciò che non sa fare; il pediatra deve sostanzialmente far altro, pur non rinunciando all'empatia, alla relazione, all'umanizzazione delle cure: ma educare, formare, indurre comportamenti non è compito suo.

Lascio il lettore alle prese con queste posizioni, tutte pienamente legittime e motivate, senza peraltro rinunciare a esplicitare un'opinione, d'altronde non nuova: se la figura del pediatra deve avere un senso corrispondente ai tempi, questi, in particolare il pediatra di famiglia, non può rinunciare a un ruolo più ampio, che d'altronde gli viene attribuito da tempo da altri operatori, gli viene richiesto dai genitori, e viene riconosciuto invariabilmente come essenziale da quei pediatri che vi ci sono cimentati. Non si può mantenere con i genitori l'equivoco sull'origine dei mali e dei pericoli per la salute e il benessere futuro del loro bambino, che si giocano solo in parte, e oggi non più di ieri, sul piano biologico. Ma non potrà farlo certo da solo, il pediatra, questo lavoro: genitori e insegnanti devono rivalutare il proprio ruolo e i propri compiti in questa direzione. Il pediatra viene dopo, anche se può essere d'aiuto. Per esempio facilitando le occasioni di confronto e formazione per genitori, promuovendo tra essi la consapevolezza dell'importanza della crescita emotiva e sociale dei figli accanto a quella biologica e cognitiva, promuovendo pratiche che facilitano il contatto e la comunicazione tra genitori e figli fin dalla nascita. Il fatto è che probabilmente lo stato di salute delle nuove generazioni dipenderà dal modello di relazioni sociali e familiari che saremo in grado di costruire, più che dai frammenti di DNA che saremo capaci di modificare.

Giorgio Tamburini

PREVENZIONE DELL'ASMA

Un fantasma si aggira per l'Europa; il fantasma della prevenzione. Per un paradosso accade che questo fantasma alligni tanto meglio quanto meno c'è patologia. Il paradosso è tale solo fino a un certo punto. C'è dietro una spinta, più forte dell'uomo, quasi incoercibile, in grado di travolgere o deformare ogni calcolo di costo/beneficio, una spinta a occupare altri

spazi, a fare, a conoscere, a possedere (e, detto senza malizia, a sviluppare sempre nuove fonti di guadagno).

In questo numero (pag. 421 e 425), troverete due lavori che affrontano, sugli stessi dati, e con le stesse conclusioni formali, ma con punti di vista e accenti diversificati, la prevenzione dell'asma. L'ipotesi di una prevenzione farmacologica (l'uso della cetirizina, durante il secondo anno di vita, nei bambini che hanno avuto eczema nel primo) che costituisce la base dello studio collaborativo internazionale ETAC, è certamente interessante e anche affascinante. C'è, dietro, l'idea di interrompere la catena patogenetica flogosi>iperreattività>flogosi. La prima parte dell'esperimento è riuscita: i soggetti più a rischio (quelli che oltre ad aver avuto l'eczema si sono sensibilizzati a pneumoallergeni nel primo anno di vita) sono protetti dall'asma finché assumono la cetirizina. È un risultato non senza peso, anche concettuale. La seconda parte, e più ambiziosa, del progetto (questi soggetti saranno protetti anche in seguito?) ha ancora bisogno di dimostrazioni. Queste sono le conclusioni di entrambi gli articoli: le inevitabili raccomandazioni che derivano da una lettura oggettiva dei dati sono di attendere queste dimostrazioni, trascurando tentazioni interventiste intempestive.

In verità, all'ansia di intervento (preventivo) dei pediatri italiani ci sarebbero già delle risposte pronte, con alle spalle dei follow-up che vanno fino a 20 anni, che danno alcune sicurezze: l'allattamento materno, l'astensione dal fumo, la profilassi verso l'acaro nel primo anno di vita, costituiscono delle potenti misure per la prevenzione primaria dell'asma.

Negli anni Settanta un altro fantasma passeggiava per l'Italia, il sogno di prevenire l'atopia somministrando latte senza trofoallergeni bovini (che è cosa diversa rispetto a dare il latte di donna). Quel fantasma ha avuto largo seguito tra i pediatri italiani e ha prodotto un'altra ricerca collaborativa di grande respiro (ma fallita), con un'interessante anomala ricaduta sul mercato del latte (malaccortamente attribuita, da alcuno, gli studi oggettivi sul problema "ipersensibilità al latte vaccino").

Oggi sappiamo, o crediamo di sapere, che tutti i neonati hanno un profilo immunologico di tipo "atopico" (TH2); che questo profilo tende a virare nel corso del primo anno di vita (verso il TH1); che il contatto coi trofoallergeni è necessario per passare da una ipersensibilità transitoria (fenomeno comune) alla tolleranza immunologica (fenomeno quasi universale); che il latte materno sembra avere un ruolo di precettore immunologico, (forse banalmente mediato dalla flora intestinale, che fornisce i peptidi adatti a indurre tolleranza). Questo panorama conferma l'esistenza di una fase delicata, forse influenzabile "per sempre", nel primo anno di vita. Scegliere, per questo "imprinting", procedure "naturali", anche se (o tanto più se?) orientate a un ritorno al passato (seno, niente fumo, niente acari), ha ovviamente dalla sua delle carte vincenti.

M&B

XI CONGRESSO NAZIONALE DELL' ASSOCIAZIONE CULTURALE PEDIATRI

Assisi, 5-7 novembre 1999

Cittadella dell'Ospitalità Pro Civitate Christiana

**Formazione del pediatra - SIDS - Lattobacilli - Segnalazione di abuso - Malformazioni congenite -
Nutrizione speciale a domicilio - Cure al neonato - Counselling - Antibioticoterapia - Indicatori di salute -
Ruolo del piccolo ospedale - Assemblea dei soci - Forum dei gruppi locali**

Per iscrizioni: Quickline Congressi, Trieste Tel 040/773737 - 363586 Fax 040/7606590 e-mail: quick@trieste.com