



Jenny Trinitapoli

Jenny Trinitapoli è Professoressa di Sociologia all'Università di Chicago. In qualità di demografa sociale, il suo lavoro si concentra sulle cause e le conseguenze dei cambiamenti demografici in una prospettiva globale, con particolare attenzione all'Africa subsahariana contemporanea. Il suo libro del 2023 *An Epidemic of Uncertainty*

(University of Chicago Press) sfrutta dieci anni di dati raccolti dallo studio "Tsogolo La Thanzi" per fornire una nuova visione dell'epidemia di HIV. Ha completato la stesura del libro nel 2022, durante un periodo di ricerca presso l'Università Bocconi di Milano.

L'attesa come discriminazione: la disuguaglianza invisibile del tempo

L'analisi demografica non può prescindere dalla variabile "tempo", risorsa finita che definisce la qualità della vita e l'accesso ai diritti. Attraverso la storia di Mai a Fatsani in Malawi, l'articolo esplora il paradosso dei poveri del Sud del mondo: pur avendo spesso un'aspettativa di vita inferiore, sono costretti a "sprecare" il proprio tempo in attese estenuanti.

Una riflessione necessaria su come la disparità demografica si manifesti non solo nella sopravvivenza, ma anche nel valore differente attribuito al tempo umano.

"In gran parte dell'Africa urbana odierna, la maggior parte dei residenti sembra dedicarsi ai propri esercizi di attesa, aspettando che qualcosa cambi drasticamente o semplicemente che il tempo finisca".

AbdouMaliq Simone^[1]

In oltre vent'anni di ricerche sul campo nel Malawi meridionale, ho scritto di molte persone affascinanti. Un'interlocutrice che non dimenticherò mai è "Mai a Fatsani".^[2] Quando la mia giovane assistente di ricerca Gertrude mi presentò per la prima volta la sua vicina nel 2015, si riferì a lei come "una donna un po' anziana", e io mi offesi. Dopotutto, Mai a Fatsani ha la mia stessa età: abbiamo due figli ciascuna; siamo entrambe istruite; in segno di rispetto, i nostri amici e vicini ci chiamano con i nomi delle nostre figlie.

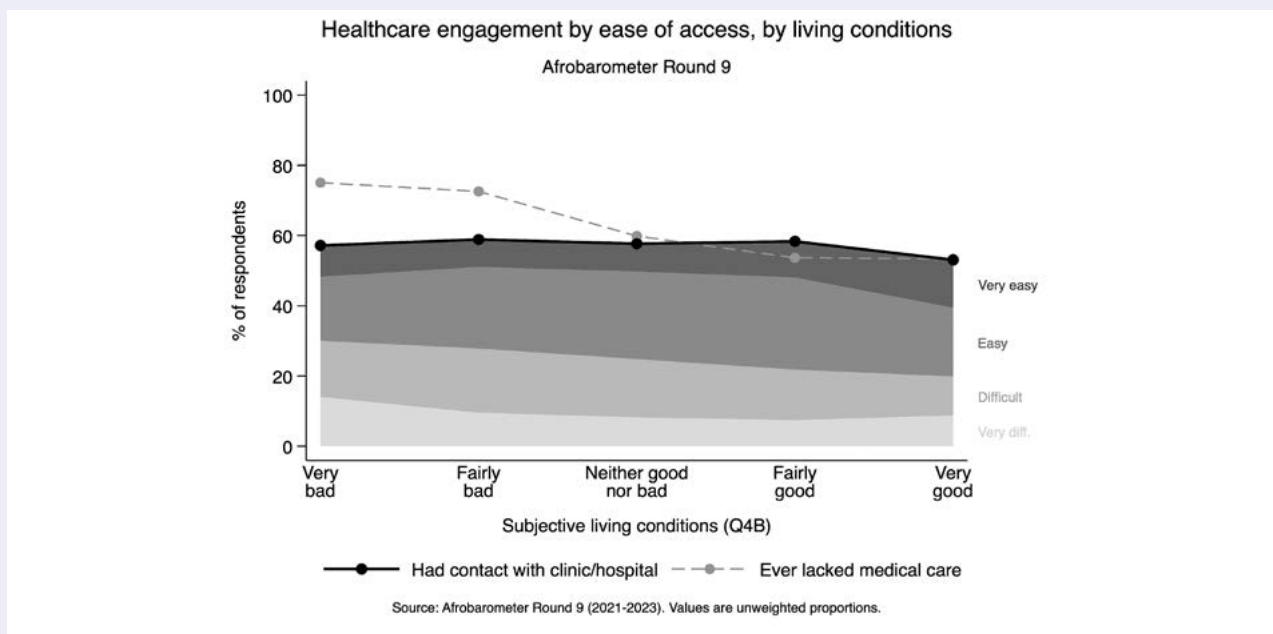
Come spesso accade in molti contesti africani, dove le case sono piccole, si cucina all'aperto su fornelli a carbone e la privacy è scarsa, le difficoltà di Mai a Fatsani erano visibili a tutti. Lei e suo marito litigavano e facevano pace, consapevoli del fatto che i vicini potessero sentire quasi tutto. Nel corso di diversi mesi, abbiamo notato fluttuazioni nella salute di Mai a Fatsani, nel suo umore, nel rapporto di coppia, nel cibo che mangiavano e in ciò che mancava. Mai a Fatsani discuteva spesso con il marito, un insegnante, per

questioni di soldi e soprattutto di cibo. Durante una settimana particolarmente difficile, in cui gli stipendi dei dipendenti pubblici erano stati ritardati e la loro famiglia aveva poco da mangiare, macellò l'ultimo pollo della famiglia e svuotò le ultime riserve di mais.

Debitata dalla fame e da malattie non diagnosticate, Mai a Fatsani non stava bene. Dopo un periodo di lancinanti mal di testa e febbre, si recò all'ospedale distrettuale nella speranza che una delle infermiere potesse aiutarla. Poiché l'ospedale era affollato, Mai a Fatsani dovette aspettare per essere visitata. Aspettò, poi iniziò a lamentarsi con le infermiere per l'attesa. Si lamentò con gli altri pazienti sia della malattia che del tempo perso.

Tre ore dopo, aveva semplicemente esaurito la pazienza. "Sono stanca di aspettare. Comprerò degli antidolorifici mentre torno a casa". Sebbene indebolita dalla febbre, Mai a Fatsani riuscì a percorrere il chilometro che la separava da casa senza aiuto. Si fermò in una farmacia, comprò quegli antidolorifici e giurò che non sarebbe mai più tornata in ospedale.

Sebbene si possa essere inclini a pensare che la mancanza di assistenza sanitaria sia semplicemente una questione di povertà e accesso, l'esperienza di Mai a Fatsani complica tale narrazione. Dopotutto,



[Fig.1] Healthcare engagement by ease of access, by living conditions - Afrobarometer Round 9

si tratta di una donna che ha rinunciato a cure sanitarie essenziali trovandosi già all'interno delle mura dell'ospedale, non a causa della povertà estrema, né delle distanze insormontabili dalle cliniche, né per ignoranza sulla malattia. Le piccole umiliazioni dell'attesa sono state un ostacolo reale per Mai a Fatsani, e la sua storia richiama la nostra attenzione su una serie di problemi trascurati in tutto il Sud del mondo: la considerazione del tempo, del rispetto e del trattamento nell'accesso all'assistenza sanitaria.

Secondo i dati di "Afrobarometer", un'indagine di riferimento per lo studio degli atteggiamenti, delle esperienze e delle aspirazioni degli africani, nel 2023 il 58% degli adulti ha avuto a che fare con il sistema sanitario.^[3] Dopo decenni di investimenti sostenuti nelle infrastrutture e nei sistemi sanitari di base, le differenze di accesso tra residenti rurali e urbani e tra i diversi livelli di status socioeconomico sono state notevolmente ridotte. Tuttavia, il fatto che il ricorso a cliniche e ospedali sia elevato non significa necessariamente che le esigenze sanitarie di base siano soddisfatte. In 39 paesi, il 66% degli intervistati da "Afrobarometer" riferisce anche di aver rinunciato alle cure

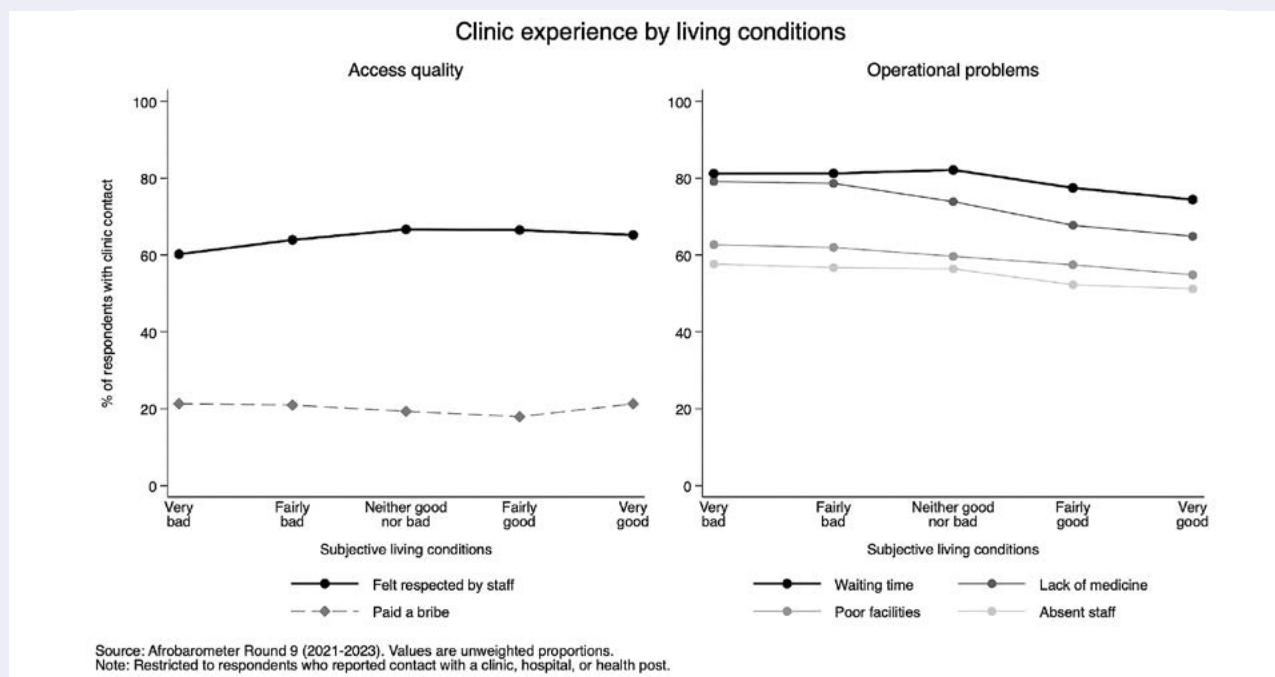
mediche almeno una volta nell'anno precedente.

Riflettere sulla situazione di Mai a Fatsani – l'insicurezza alimentare, lo stress finanziario e lo stress relazionale che caratterizzavano la sua famiglia – mi ha spinto a esaminare i dati in base alle condizioni di vita auto-dichiarate, piuttosto che secondo parametri tipici dello status socioeconomico, come il livello di istruzione o un indice del tenore di vita elaborato dagli economisti. Quando le persone giudicano le proprie condizioni di vita come "cattive", dovremmo credergli e considerare l'insieme delle difficoltà rappresentate in quella semplice affermazione. Nel contesto africano, cosa si nasconde dietro l'indicazione di condizioni di vita "decisamente cattive"? Tra gli altri problemi, il 75% di questo gruppo spesso non ha cibo a sufficienza, il 50% non ha acqua potabile e ben l'80% riferisce che le esigenze sanitarie delle proprie famiglie non sono soddisfatte. Come prevedibile, gli africani che vivono in condizioni di vita "cattive" sono sia i più esposti alla privazione sia i più propensi a riferire di avere difficoltà o grandi difficoltà ad accedere all'assistenza sanitaria. È importante sottolineare che queste difficoltà non possono essere attribuite a una mancanza di capitale umano; infatti,

[1] Abdou Maliq, S. (2018). Demonstrations at Work. Some Notes from Urban Africa. In Hutchison, R., Haynes, B. D. (eds). *The Ghetto*. Routledge.

[2] Trinitapoli, J. (2023). *An Epidemic of Uncertainty. Navigating HIV and Young Adulthood in Malawi*. The University of Chicago Press.

[3] Ossé, L., Krönke, M. (2024). *Health for Everyone, Everywhere? As service delivery falls short, Africans rank health as a top priority for government action*. (Policy Paper, 91). Afrobarometer.



[Fig.2] Clinic experience by living conditions - Afrobarometer Round 9

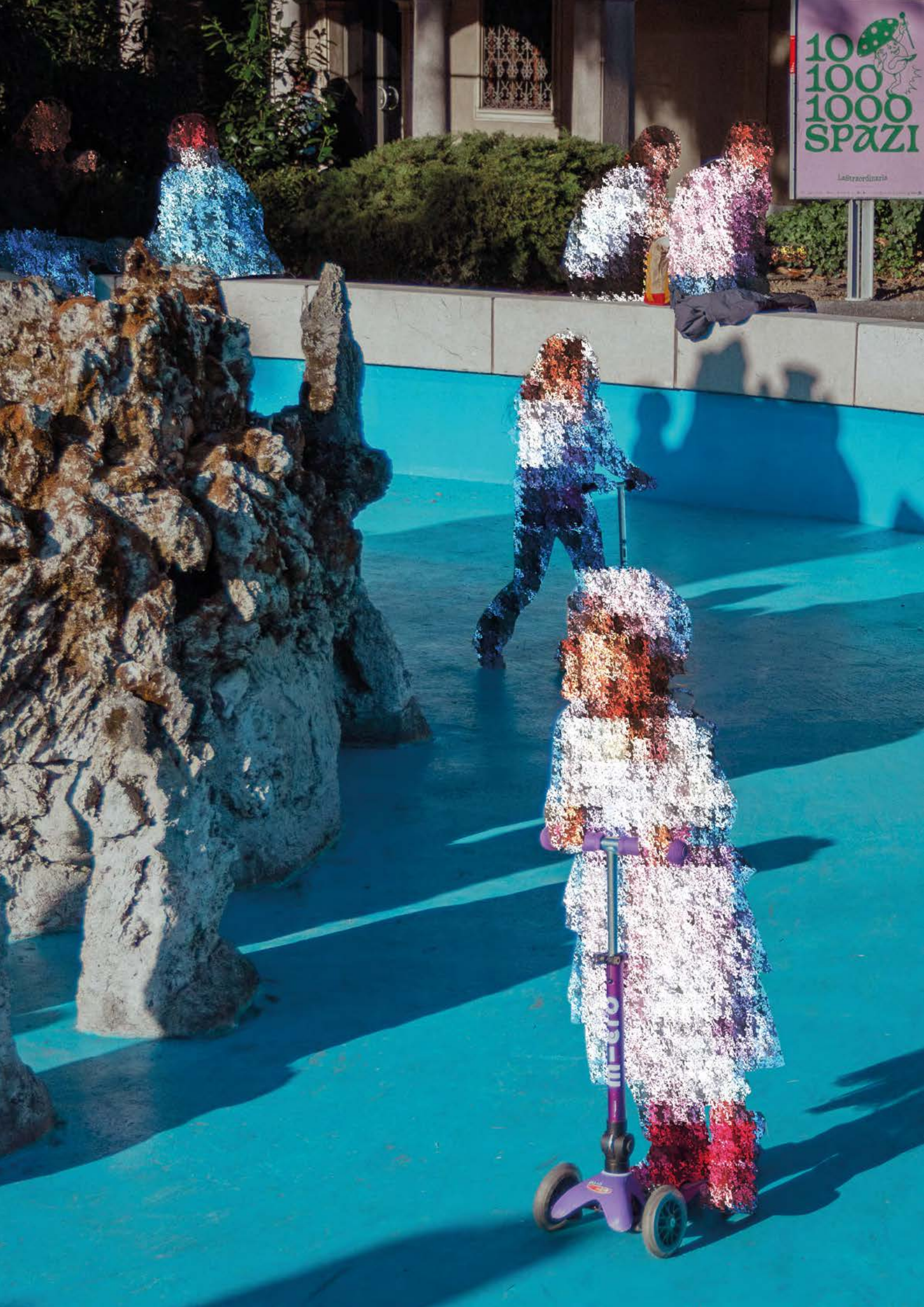
molti di questi residenti hanno completato la scuola secondaria o hanno raggiunto livelli di istruzione ancora più elevati.

Nessun sistema sanitario al mondo è perfetto, e la Figura 2 illustra i problemi che caratterizzano il contesto africano. Il 60% degli intervistati da "Afrobarometer" che ha avuto contatti con l'assistenza sanitaria nell'ultimo anno ha dichiarato di essersi sentito rispettato in clinica, mentre circa il 40% non ha avuto la stessa sensazione; inoltre, circa il 20% riferisce di aver subito pressioni o di essersi sentito obbligato a pagare una sorta di tangente per beneficiare delle cure. Nessuno di questi problemi segue un gradiente socioeconomico; in altre parole, sia i benestanti che i meno abbienti ne sono ugualmente gravati. Allo stesso modo, passando al grafico di destra, circa il 60% degli intervistati che ha visitato cliniche nell'ultimo anno ha frequentato strutture di scarsa qualità e ha notato la carenza di personale. Anche in questo caso, sia i ricchi che i poveri sono colpiti in modo pressoché uguale da questi due problemi operativi.^[4] Tuttavia, la penalizzazione dovuta alle condizioni di estrema difficoltà è evidente nelle esperienze sproporzionate di lunghi tempi di attesa e mancanza di medicinali rispetto

agli intervistati che vivono una situazione agiata. Per essere chiari, questi problemi riguardano la maggior parte degli intervistati che interagiscono con il sistema sanitario, ma il problema dell'attesa è più grave tra le persone veramente svantaggiate, che sono anche le più propense a lasciare la clinica senza ricevere i medicinali di cui hanno bisogno.

Ricordare Mai a Fatsani e scrivere delle sue difficoltà mi ha costretto a chiedermi se stessi raccontando le tribolazioni di una donna testarda che avrebbe potuto ricevere un buon trattamento se solo fosse stata un po' più paziente, o se stessi osservando qualcosa di molto più diffuso in Malawi. Collegando la storia unica di questa donna ai dati di alta qualità raccolti dal programma "Afrobarometer", la risposta è diventata chiara. I problemi di Mai a Fatsani non sono comuni solo in Malawi, ma diffusi in tutta la regione. Il tempo che le persone più povere del mondo devono dedicare a queste attività dovrebbe essere annoverato tra i costi silenziosi e non registrati della disuguaglianza globale. Dopotutto, i più poveri non possono permettersi di aspettare più di quanto possiamo fare noi.

[4] Adeolu Adewole, Simon-Oke, O. O. (2026). Poverty and Quality of Healthcare in Africa. *Journal of African Economies*, 35(2), ejafo10. <https://doi.org/10.1093/jae/ejaf010>



100
100
1000
SPAZI

L'Espresso