



4.

**la salute
dei torinesi
alla prova
della crisi**

La comunità torinese ha retto
relativamente bene all'impatto
della crisi senza rilevanti
ricadute sulla salute

IMPATTO DELLA CRISI A TORINO

Unici indizi sfavorevoli riguardano
alcuni indicatori di disturbo mentale

L'impatto delle misure di austerità
sulla spesa sanitaria e dell'impoverimento
della spesa sanitaria privata
potrebbero avere ridotto la copertura
dei livelli di assistenza

Crisi e salute: dove è approdata la salute dei torinesi dopo la crisi? *

Il libro si conclude con un aggiornamento finale del profilo di salute dei torinesi di oggi, utilizzando i dati più aggiornati e disponibili al momento della chiusura della redazione¹. Chiave di lettura del capitolo sarà quella della crisi: quale impatto la grave recessione economica che ci ha colpito a partire dal 2008 con le successive difficoltà di ripresa sta avendo sul benessere fisico e mentale della popolazione.

La letteratura scientifica insegna che nel passato le grandi recessioni economiche, produttive e occupazionali hanno lasciato segni ambivalenti, alcuni positivi legati alle conseguenze ambientali e comportamentali della diminuita pressione produttiva, alcuni negativi dovuti invece alle condizioni stressanti dell'impoverimento e della disoccupazione. Inoltre, di segno più incerto per la salute sarebbero le conseguenze delle misure di austerità sulla spesa pubblica, soprattutto su quella sanitaria (Costa et al. 2012).

La crisi rappresenta un grande esperimento naturale in cui la popolazione viene segnata da una transizione temporalmente circoscritta e che può essere studiato con i metodi dei confronti temporali che comparano gli indicatori di salute prima e dopo la transizione a quelli dei fattori socio-economici più influenzati dalla crisi, per osservare con gli opportuni tempi di latenza gli effetti sulla salute. Nei prossimi paragrafi si confronteranno i valori dei principali indicatori socio-economici e sanitari prima e dopo la crisi, usando come discrimine nella maggior parte dei casi il 2008, quando hanno incominciato a manifestarsi con drammaticità gli effetti della crisi globale e, se consentito dalla precisione statistica, il 2012 quando è precipitata sul mercato la sostenibilità del sistema Italia e sono iniziate le più severe manovre di austerità. I principali indicatori di salute meritevoli di attenzione sono quelli legati ai meccanismi di azione della crisi sulla salute:

¹ Per ragioni di comparabilità temporale o di disponibilità dei dati al momento dello studio spesso i capitoli del libro si sono fermati a esaminare solo i primi degli anni Duemiladieci.

- gli indicatori demografici;
- gli indicatori di povertà, disoccupazione e austerità nella spesa;
- i principali fattori di rischio ambientali e per la sicurezza stradale e del lavoro;
- i principali comportamenti individuali rilevanti per la salute;
- gli indicatori di salute mentale;
- gli indicatori di salute fisica, soprattutto quelli più sensibili ai fattori di *stress* della crisi, come la salute cardiovascolare;
- gli indicatori di accesso e rinuncia alle cure.

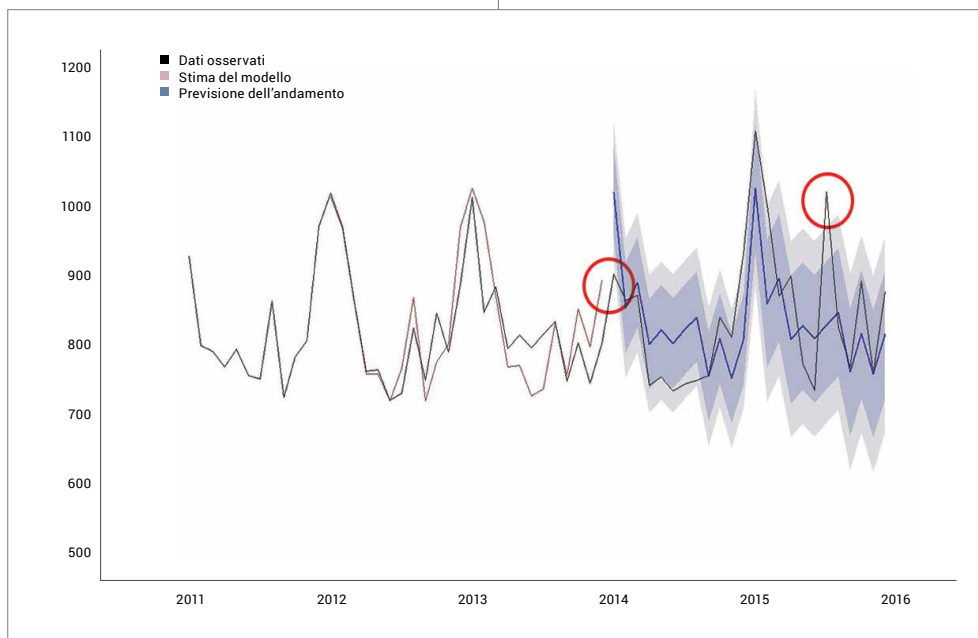
Più morti e meno figli, lo zampino della crisi?

Secondo i dati demografici Istat (2016), nel 2015 la speranza di vita in Italia ha cominciato a diminuire, seppure di pochi mesi. È attendibile questo dato? E se sì, che ruolo ha avuto la crisi? In effetti, i dati Istat di fine 2015 hanno indicato un imponente aumento del numero di decessi nei primi dieci mesi del 2015 rispetto a quanto atteso sulla base delle statistiche del 2014. A livello nazionale l'incremento osservato è stato di diverse decine di migliaia di morti e ha lasciato stupiti i demografi e studiosi non pronti a variazioni demografiche così grandi e improvvise. A Torino questo fenomeno ha significato un aumento di 833 morti nel 2015 rispetto al 2014, più del 10% di eccesso rispetto all'atteso. A sostegno della fondatezza del riscontro dei dati Istat, altre fonti informative indipendenti hanno confermato il fenomeno a livello regionale: *surplus* di mortalità di analoga intensità e direzione si sono osservati nelle anagrafi regionali degli assistiti, negli studi longitudinali metropolitani e nella mortalità in corso di ricovero. Queste fonti hanno permesso di identificare tra i responsabili di questo *surplus* le malattie respiratorie e quelle infettive, che sarebbero i principali bersagli delle due ipotesi eziologiche avanzate dagli esperti: l'epidemia influenzale e quella da ondata di calore (Costa et al. 2016).

In effetti, nel 2014 si sono osservate condizioni climatiche miti senza ondate di freddo nell'inverno né ondate di calore in estate e con un'epidemia influenzale moderata. Queste condizioni hanno risparmiato un numero notevole di anziani fragili che altrimenti sarebbero deceduti nel 2014 e che invece sono sopravvissuti alle soglie dell'inverno 2015. Nei primi mesi dell'inverno del 2015 si è verificata un'epidemia influenzale, in Italia così come in altri paesi europei, particolarmente virulenta, che ha causato un aumento dei decessi nelle popolazioni più fragili, specie per complicanze respiratorie. La ridotta copertura della vaccinazione anti-influenzale verificatasi nel 2015 ha probabilmente aggravato la situazione. Inoltre nel luglio 2015 si è osservata un'ondata di calore particolarmente intensa e prolungata che ha mietuto molte vittime. Di conseguenza anche a Torino i decessi nell'estate 2015 sono stati particolarmente elevati (più 370 casi rispetto all'analogo periodo nel 2014 negli ultrasessantacinquenni) (Arpa Piemonte 2015 e 2016). La Figura 1 permette di saggiare statisticamente la significatività delle variazioni temporali osservate, usando dei metodi predittivi². Se ci si basa sui dati osservati dal 2011 al 2013 per costruire il modello (linea più sottile), si può effettuare una predizione sull'andamento nel 2015 (linea più spessa) e confrontarla con i dati osservati. Le fasce in ombra evidenziano i limiti di confidenza del numero di morti predette dal modello. Questo modello evidenzia come variazioni osservate statisticamente significative rispetto all'atteso siano due (identificati in Figura 1 da due cerchi): l'anomalia di bassa mortalità di gennaio 2014 e il picco di decessi durante l'ondata di calore a luglio 2015, fatto che appare quindi come l'unico evento significativamente anomalo del 2015.

2. Si è considerata la serie temporale dei morti assistiti e residenti in Piemonte (fonte AURA) per mese a partire da gennaio 2011 e se ne è stimato l'andamento con il modello Holt-Winters (lisciamento esponenziale).

Figura 1. Modello previsionale di mortalità tra i residenti a Torino. Metodo di Holt-Winters.



Infine, questi stessi esercizi hanno permesso di mettere in evidenza un ulteriore rilevante fenomeno demografico finora sottovalutato. Fin dal 2010 hanno incominciato a fare il loro ingresso nelle fasce di età oltre i 90 anni le generazioni di nascita dei *baby boomer* del primo dopoguerra (i nati dopo il 1920), che seguivano la generazione molto meno numerosa dei nati nel periodo bellico caratterizzato da forte denatalità per la guerra e l'epidemia della influenza spagnola (Cislaghi et al. 2016). Questo ha fatto sì che, ad esempio, dal 2009 al 2015 la popolazione torinese di ultranovantenni sia cresciuta di più del 55% (passando da 7.414 a 11.507 persone) (Pista e BDDE Piemonte 2016); essendo questa una classe di età in cui il rischio di morte annuale è molto elevato, anche il numero assoluto di morti si è impennato nello stesso periodo. Per questa ragione negli anni successivi (2010-2015) osserviamo un progressivo aumento del numero di morti rispetto al quinquennio precedente. Inoltre, rispetto alla media del quinquennio 2010-2015 (che sarebbe il periodo di confronto più corretto), il 2015 presenta un *surplus* di morti meno pronunciato di quello che si ottiene quando si confronta il 2015 con i morti osservati nel 2014, anno in cui, come detto prima, gli anziani fragili sono stati risparmiati grazie a stagioni miti e bassa virulenza influenzale (Michelozzi et al. 2016). Questo fenomeno demografico è relativamente inedito e cambia anche l'epidemiologia dei grandi numeri. Finora il miglioramento della speranza di vita non aveva ancora allargato significativamente la platea dei grandi anziani, proprio perché aveva interessato la generazione poco numerosa che nel primo dopoguerra aveva bassa natalità e alta mortalità prematura. Ma non appena le generazioni di crescente natalità del primo dopoguerra sono entrate oltre la soglia dei 90 anni, questa platea di soggetti fragili è molto cresciuta ed è stata, e sarà nei prossimi anni, il bersaglio dei principali fattori di *stress* climatico e infettivo che si manifestano solitamente nelle emergenze stagionali. L'epidemiologia dei rischi specifici per età non cambia: tutti gli indicatori di mortalità specifici per classe di età migliorano grazie alle cure e al miglioramento delle condizioni di vita, salvo manifestare eccessi limitati a queste fasce di età fragili in occasione di emergenze stagionali.

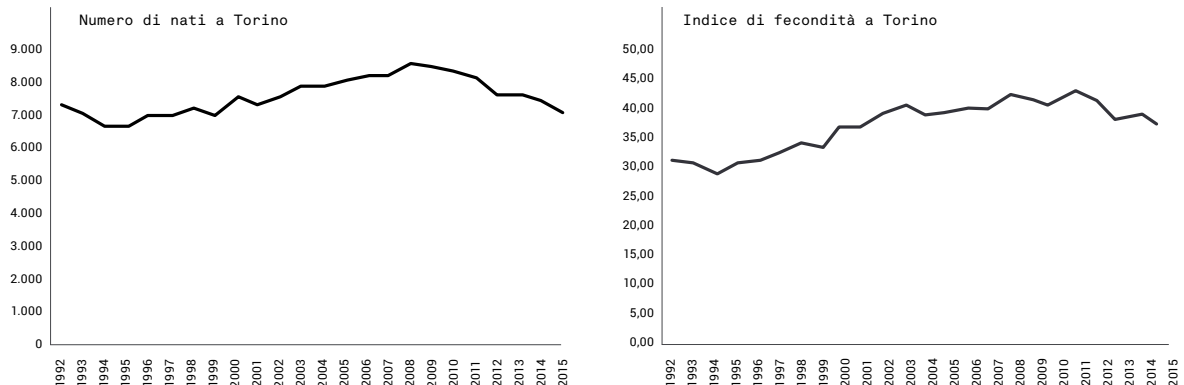
Invece, i numeri assoluti di decessi sono molto suscettibili di variazione, soprattutto nelle età fragili, a causa di questo allargamento della numerosità dei soggetti fragili esposti.

In questi casi la tentazione di curvare l'interpretazione dei dati per far dire loro quello che serve a una causa è irresistibile, infatti nell'inverno 2015-16 si è assistito alla rincorsa delle ipotesi più improbabili, da quella che attribuiva il *surplus* di mortalità dell'inverno 2015 all'aumento dell'inquinamento atmosferico nelle città (che aveva così preoccupato i cittadini nell'autunno asciutto del 2015), a quella che voleva ad ogni costo imputare la responsabilità del *surplus* agli effetti delle misure di austerità in sanità (Costa et al. 2016).

In particolare, la tesi che il fenomeno sia in qualche modo correlato alla crisi e alle misure di austerità è impossibile da argomentare. Infatti, sarebbe difficile dimostrare che la crisi e l'austerità, che avrebbero colpito le condizioni di vita degli italiani tra il 2012 e il 2014 più che in ogni altro periodo del dopoguerra, avrebbero contribuito a migliorare in modo significativo la mortalità nel 2014, anno di maggiore severità della crisi, per poi invertire nell'anno successivo la direzione e incominciare a peggiorare la salute fino a peggiorare anche il rischio di morte. Semmai il rapporto annuale dell'Osservatorio nazionale sulle emergenze climatiche del DEP Lazio (Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale Regione Lazio 2016) suggerisce il contrario: analizzando l'intensità dell'effetto sulla mortalità degli anziani fragili da parte dell'indice di *stress* termico dall'inizio degli anni 2000 in poi, il rapporto mostra che questa intensità è diminuita significativamente, incluso il caso dell'ondata di calore 2015; questo significa che nel tempo, ivi compreso il 2015, gli anziani fragili, le loro case e istituti di ricovero e il sistema di assistenza hanno imparato a difendersi dalle conseguenze sfavorevoli sulla salute dell'emergenza stagionale più che nel passato, senza che la crisi e l'austerità nel *welfare* ne peggiorassero la vulnerabilità (cfr. cap. 3.7.8).

Questa esperienza insegna che si potrebbero evitare questi falsi allarmi costruendo una catena di comunicazione integrata tra sistemi di sorveglianza (che devono essere tempestivi, accurati e accreditati nella produzione e interpretazione dei dati), autorità sanitarie (consapevoli del proprio ruolo di comunicazione e azione), mezzi di comunicazione (educati a leggere e usare le informazioni scientifiche) e portatori di interesse (educati all'uso delle conoscenze per informare le decisioni).

Figura 2. *Trend* del numero di nati a Torino per anno e indice di fecondità (numero di nati vivi per numero di donne residenti in età fertile, 15-49 anni, per 100) dal 1992 al 2015. Fonte: Pista e BDDE Piemonte.



Un secondo fenomeno demografico meritevole di attenzione riguarda la caduta della natalità e della fertilità. L'andamento del numero medio annuale di nati a Torino è crescente fino all'anno 2008 per poi decrescere significativamente negli anni successivi (Figura 2). Negli stessi anni scende anche l'indice di fecondità (numero di nati vivi per numero di donne residenti in età fertile, 15-49 anni, per 100) a dimostrazione che i fenomeni osservati riguardano i comportamenti dei cambiamenti riproduttivi delle donne, persino di quelle straniere immigrate che finora avevano sostenuto i tassi di natalità (Figura 2). Dunque la minore fiducia nel futuro, che di solito si accompagna ai momenti di recessione e che ha dei riflessi sui comportamenti riproduttivi, come dimostrato anche in altri paesi europei (Goldstein et al. 2013; Lanzieri 2013), potrebbe aver diminuito anche tra le donne torinesi la propensione a far figli.

Reddito e lavoro, le due vittime principali della crisi; l'austerità l'unica risposta; qualche effetto paradossale favorevole per la salute

L'Italia è stato uno dei paesi europei più colpiti dalla crisi e le aree metropolitane, a causa della maggiore presenza di infrastrutture produttive e terziarie, lo sono state ancora di più. Il PIL italiano, già in scarsa crescita per tutti gli anni 2000, e il livello molto alto del debito pubblico, secondo solo a quello della Grecia (Leahy et al. 2015), oltre alle debolezze strutturali dell'economia nazionale, hanno reso il paese ancor più vulnerabile al processo di recessione globale rispetto a molti altri. Il PIL, calcolato con i prezzi fissi al valore dell'anno 2010, è diminuito dell'1,0% e del 5,5% nel 2008 e 2009 e, dopo una tenue ripresa nei due anni successivi, ha poi subito ulteriori cali nel triennio successivo (rispettivamente -2,8%, -1,7% e -0,4% nel 2012, 2013 e 2014), quando la maggior parte dell'Europa aveva già cominciato invece un lento risveglio economico³. Il Piemonte ne ha pagato conseguenze severe, mostrando variazioni del PIL regionale ancora più consistenti, con due picchi del -8,4% nel 2009 e del -4,6% nel 2012. Il valore aggiunto medio per abitante piemontese è sceso di più della media italiana (-4,4% contro il -1,6%, media 2008-2013 sul 2007, calcolata a prezzi correnti), con un profilo medio meno svantaggiato nella provincia di Torino (-2,6%), che ha presentato un minore impatto nei primi anni e una maggiore difficoltà di ripresa negli ultimi.

A livello micro-economico, la crisi si è ripercossa in un aumento costante e graduale della disoccupazione, che dall' 8,1% rilevato a livello italiano nel 2008 è cresciuta progressivamente fino a raggiungere il livello del 12,9% nel 2014, per poi cominciare una prima timida discesa soltanto nel 2015, quando è calata di quasi un punto percentuale. Allarmanti sono anche l'aumento del numero di disoccupati sul lungo periodo (nel 2015 circa il 60% non trova un lavoro da almeno 12 mesi) e, soprattutto, il numero di giovani senza un lavoro, raddoppiato a causa delle conseguenze della recessione: il 40% della popolazione tra i 15 e i 24 e il 17,8% di quella tra i 25 e i 34 non trova un'occupazione pur cercandola (erano rispettivamente il 21,2% e il 7,8 nel 2008). A Torino è andata peggio anche della media del Nord-Ovest e del Piemonte: soprattutto nel triennio 2012-2014 la disoccupazione è triplicata rispetto al 2008; nel 2015 circa il 20% della forza lavoro femminile e oltre il 17% di quella maschile non ha un lavoro, con picchi che raggiungono il 50% nelle fasce più giovani.

Anche il numero delle persone inattive (ovverossia le persone che non hanno un lavoro e che non lo cercano) è cresciuto, specialmente negli strati più giovani della società; il relativo tasso di inattività è passato in Italia tra il 2008 e il 2015 dal 23,0% al 27% tra i cittadini tra i 25 e i 34 anni (e dal 14,4% al 17,8% nella provincia di Torino). Si tratta di coloro che l'Istat rileva nelle proprie indagini come scoraggiati, che cioè si dichiarano volontariamente dal mercato del lavoro in quanto convinti di non aver possibilità di trovare un'occupazione.

³ I dati presentati in questo paragrafo provengono da elaborazioni del Servizio di Epidemiologia dell'ASL T03 a partire da dati Istat.

La comunità torinese ha retto abbastanza bene all'impatto della crisi, senza rilevanti conseguenze sulla salute e con una significativa diminuzione delle disuguaglianze sociali di mortalità in entrambi i generi. Unici indizi sfavorevoli riguardano alcuni indicatori di disturbo mentale che mostrano di essere più sensibili ai tempi della crisi economica, con un altalenante aumento di ricoveri per psicosi e abuso di sostanze e un aumento del rischio suicidario, soprattutto tra gli uomini meno istruiti.

Parallelamente, le difficoltà economiche nelle famiglie sono aumentate drasticamente: la percentuale di popolazione a rischio di povertà o esclusione sociale è aumentata tra il 2008 e il 2012 dal 25,3% al 30,4%. Dal 2008 a oggi sono in crescita le famiglie che dichiarano di fare difficoltà ad arrivare a fine mese, che hanno problemi a coprire spese impreviste, che non riescono a risparmiare, che hanno tagliato le spese nella quantità o nella qualità del cibo, e che, più in generale, indicano sofferenza nella maggioranza degli indicatori di disagio economico utilizzati dall'Istat per monitorare il benessere economico degli italiani. Per quanto si tratti di un problema quantitativamente più prevalente nelle aree meridionali del paese, la crisi ha tuttavia colpito anche numerose famiglie nell'Italia settentrionale e nelle aree metropolitane, tra cui Torino

Le variazioni degli indicatori macro-economici hanno spinto i governi italiani che si sono succeduti a partire dal 2010, da un lato ad investire massicciamente nella cassa integrazione straordinaria, principale presidio di ammortizzazione della crisi occupazionale soprattutto nel lavoro dipendente, e dall'altro a controllare meglio la spesa pubblica con 'tagli' consistenti alla spesa sociale e al valore del fondo sanitario nazionale che la programmazione sanitaria aveva preventivato. A questo si è aggiunto un aumento della compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini (introduzione del *superticket*, un aumento di 10 euro sulle prestazioni introdotto a partire dal 2011) (The European House Ambrosetti 2013; Senato della Repubblica 2013).

Tra gli effetti della crisi che possono paradossalmente portare benefici alla salute ci sono i miglioramenti dei fattori di pressione ambientale: meno sviluppo e crescita significa meno produzione e meno consumi. Da questo fenomeno ci si aspettano meno infortuni sul lavoro, minore intensità del traffico e quindi migliore qualità dell'aria, minore produzione di rifiuti urbani e speciali (Agenzia Regionale di Sanità Toscana 2013).

Un altro effetto paradossale della crisi a favore della salute è la diminuzione di alcuni comportamenti insalubri a causa della minore sostenibilità dei loro costi in periodi di recessione. Nel Lazio è stata rilevata una diminuzione dei traumatismi da incidente stradale nella quarta settimana del mese, verosimile conseguenza di una contrazione dell'uso dell'auto per fini ricreativi per risparmiare sulle spese di carburante (Farchi et al. 2012).

In effetti, un fenomeno simile si ritrova a proposito del consumo di tabacco e alcool a cui verrà dedicato il paragrafo successivo, data la sua importanza per gli effetti attesi sulla salute.

Stili di vita insalubri in calo, ma quanto conta la crisi?

Per quanto riguarda gli stili di vita, la letteratura epidemiologica sull'impatto delle crisi suggerisce l'attivazione di meccanismi di segno ambivalente. Da una parte, l'impoverimento della popolazione e il conseguente aumento del costo relativo di molte abitudini dannose per la salute possono giustificare la diminuzione di alcuni comportamenti insalubri, come il consumo di alcool, tabacco o sostanze. Parallelamente la crescita della disoccupazione in alcuni contesti potrebbe aver portato a un aumento del tempo libero e dell'attività fisica, così come della percentuale dei pasti consumati a casa, lontano da *fast food* e dal *cibo-spazzatura*. Se poi si considera che le recessioni economiche tendono ad avere un impatto maggiore proprio sugli strati più svantaggiati della popolazione, tradizionalmente già più propensi ad adottare abitudini scorrette, ecco allora che questa tipologia di meccanismi potrebbero avere un ulteriore effetto di riduzione delle disuguaglianze sociali nell'esposizione a molti fattori di rischio comportamentali.

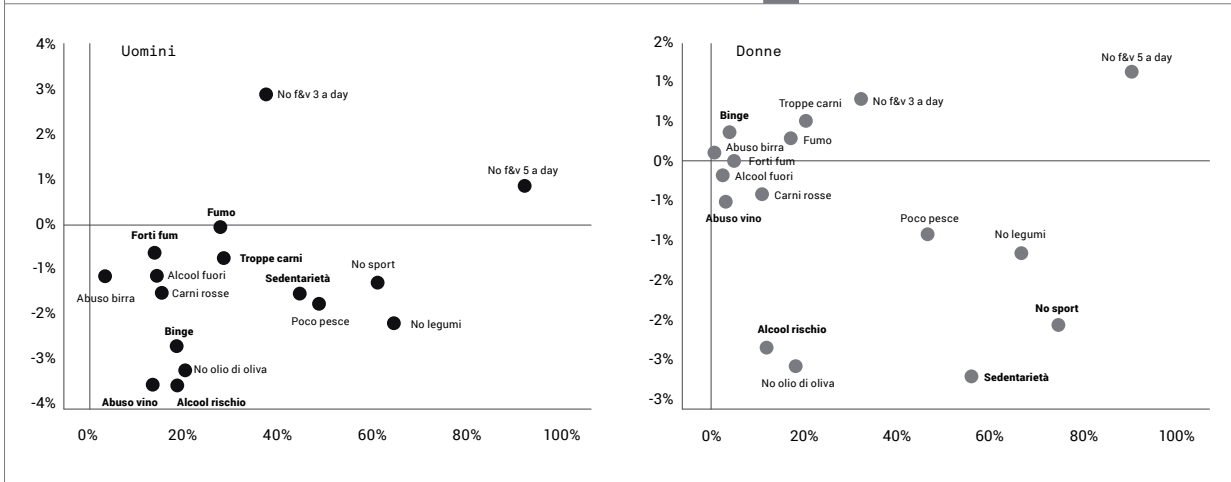
Dall'altra parte, invece, sempre la riduzione delle disponibilità economiche individuali o famigliari potrebbe spiegare l'abbandono o la riduzione di alcune abitudini salutogeniche, divenute improvvisamente meno sostenibili, come per esempio la pratica di attività fisica, per il costo associato all'accesso alle strutture sportive, o come una pratica sicura del sesso, per la spesa legata all'acquisto dei contraccettivi. La stessa ragione potrebbe anche causare la sostituzione di prodotti sani con beni succedanei più economici ma di minor qualità, come avviene ad esempio nel campo dell'alimentazione o del consumo di bevande alcoliche. In alcuni casi, sempre in campo alimentare, ad essere sacrificate potrebbero essere invero le quantità e le dosi dei pasti, mettendo così a repentaglio un corretto apporto nutrizionale. Infine, impoverimento e disoccupazione potrebbero aumentare la pressione stressante e indurre pertanto un aumento del grado di dipendenza a fumo, alcool e sostanze utilizzate come risorse palliative.

Come nello scenario precedente, anche in questa seconda ipotesi, è probabile che i fenomeni descritti non si ripartiscano uniformemente nella popolazione, ma che tendano a colpire maggiormente le fasce più vulnerabili alla crisi, producendo, in questo caso, un aumento delle disuguaglianze di salute.

Ma qual è stato l'effetto netto di queste dinamiche a Torino? Che impatto ha avuto la crisi sugli stili di vita in città? Purtroppo non sono disponibili dati statisticamente robusti sull'andamento temporale della frequenza di questi fattori di rischio a livello metropolitano. Un recente studio, tuttavia, condotto a partire dalle rilevazioni annuali delle indagini multiscopo Istat sugli aspetti di vita quotidiana, ha permesso di confrontare l'andamento temporale e la distribuzione sociale delle frequenze dei principali stili in Piemonte di vita prima e dopo la crisi e di evidenziare, inoltre, la differente vulnerabilità sociale agli effetti della recessione sui comportamenti individuali. I risultati di questa analisi potrebbero essere rappresentativi anche della realtà torinese; infatti, per quanto la prevalenza di comportamenti insalubri sia tendenzialmente più alta nei contesti urbani, è difficile tuttavia che l'andamento temporale rilevato a livello regionale differisca in misura significativa da quello in atto nella città di Torino.

La Figura 3 mostra, sull'asse delle ascisse, quanto frequentemente i piemontesi adottano i principali stili di vita negativi negli anni precedenti alla crisi, sull'asse delle ordinate viene invece rappresentata la variazione assoluta degli stessi indicatori negli anni successivi al 2008. Per entrambi i sessi si osserva una riduzione temporale di quasi tutte le abitudini insalubri: tra i maschi, a parte il consumo inadeguato di frutta e verdura, ciò avviene chiaramente per tutti i fattori di rischio presi in osservazione (e quindi per il consumo di alcool

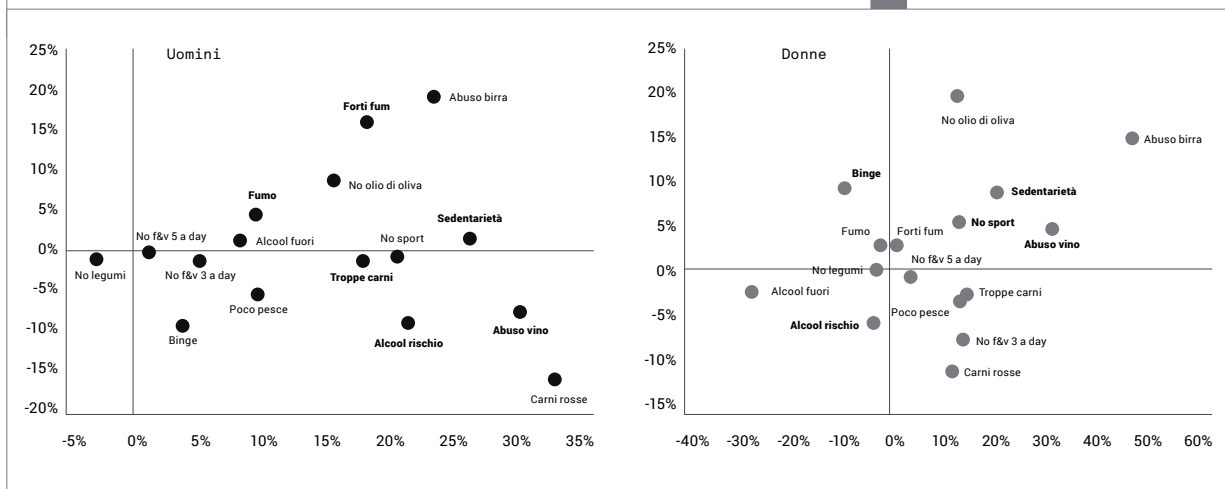
Figura 3. Prevalenze, stratificate per uomini e donne, dei principali stili di vita negativi rilevati in Piemonte negli anni precedenti alla crisi (sulle ascisse) e loro variazione assoluta dopo il 2008 (sulle ordinate).



eccessivo e per gli episodi di *binge drinking*, per il fumo, per la sedentarietà, per la non pratica dello sport e per una serie di comportamenti alimentari scorretti, quali il consumo eccessivo di carni o l'assunzione insufficiente di pesce e legumi). E anche tra le donne si osserva un *pattern* simile. Sembrerebbe dunque prevalere l'ipotesi relativa all'effetto impoverimento che, nel bene e nel male, avrebbe ridotto l'esposizione a molti stili di vita insalubri per far fronte alle ridotte disponibilità economiche familiari. In realtà, tuttavia, non è del tutto così: il ricorso alla tecnica statistica delle serie temporali ha infatti permesso di distinguere le variazioni negli andamenti effettivamente attribuibili alla crisi (indicate in grassetto nel grafico) dai restanti effetti delle tendenze di medio-lungo periodo che erano già in corso da prima del 2008. Operata questa distinzione, gli impatti benevoli della recessione sembrerebbero interessare unicamente il calo degli individui sedentari o degli esposti al consumo alcolico a rischio in entrambi i generi, gli 'eccessivamente carnivori' tra i maschi e la quantità di donne che non praticano attività sportiva, unici fattori per i quali potrebbe realmente parlarsi di sintomi di un effetto impoverimento da crisi. Infine, da segnalare vi sono invece gli indicatori sottolineati, per i quali si è rilevato, al contrario, un aumento significativo dell'esposizione ma unicamente nell'anno 2008, e quindi in concomitanza con l'inizio della crisi, un aumento rientrato poi negli anni successivi in linea con la *trend* precedente. Queste esposizioni potrebbero invero segnalare la presenza di una reazione di adattamento di fronte all'arrivo di un evento inatteso e perturbante come la recessione: si tratta del ricorso al tabacco e all'alcool tra gli uomini, e del *binge drinking* tra le donne.

Per quanto riguarda le disuguaglianze sociali nell'adozione di stili di vita scorretti, i grafici in Figura 4 mostrano sull'asse delle ascisse, per uomini e donne, le frazioni percentuali attribuibili all'istruzione in Piemonte delle esposizioni ai fattori di rischio comportamentali prima dell'avvento della crisi o, in altre parole, mostrano di quanto si sarebbe potuto ridurre fino al 2008 in termini percentuali il numero di esposti a un determinato fattore di rischio se tutta la popolazione fosse stata esposta così come lo era la fascia di quelli più istruiti.

Figura 4. Frazioni attribuibili all'istruzione (*Population Attributable Fraction, PAF*) delle esposizioni ai fattori di rischio comportamentali prima dell'avvento della crisi, stratificate per uomini e donne, e loro variazione assoluta dopo il 2008 (sulle ordinate).



Valori superiori allo 0 (e quindi nei riquadri a destra) rilevano dunque la presenza di comportamenti più diffusi tra i meno istruiti, valori inferiori (e quindi a sinistra) sono associati invece a comportamenti più frequenti nella popolazione con un alto titolo di studio. Come si può osservare, in entrambi i generi erano già presenti in Piemonte prima della crisi importanti disuguaglianze negli stili di vita: eccetto il basso consumo di legumi tra i maschi e il consumo eccessivo di alcoolici fuori di casa e gli episodi di *binge drinking* tra le donne, tutti gli altri fattori di rischio erano più prevalenti nelle fasce più svantaggiate della popolazione. Come è cambiata questa situazione con l'avvento della recessione? Gli stessi due grafici presentano sull'asse delle ordinate la variazione assoluta di questo indicatore dopo il 2008, misurando l'intensità delle disuguaglianze fino al 2012 e confrontandola con il periodo precedente. Nei due riquadri in alto vi stanno pertanto i fattori di rischio per i quali sono aumentate le disuguaglianze a carico dei meno istruiti e nei due in basso quelli che hanno invece ridotto il divario. L'unico andamento di contrasto alle disuguaglianze associato in maniera significativa con la crisi sembrerebbe riguardare l'alcool, il cui consumo eccessivo risulta essere stato abbandonato in misura più rapida in entrambi i generi dalla popolazione più svantaggiata. Per quanto riguarda la scarsa attività fisica femminile, invece, sembrerebbe individuarsi un effetto contrario, seppure di scarsa intensità.

Il quadro che ne emerge è complesso e risulta difficile dare un giudizio definitivo sull'impatto della crisi sugli stili di vita. Innanzitutto bisogna sottolineare che se da una parte vi sono variazioni temporali effettivamente associate alla recessione, dall'altra la loro entità non è così importante, se non per il consumo a rischio di alcoolici che è calato, in termini relativi, di circa il 20% tra uomini e donne. Dall'altra rimane tuttavia il limite di non essere riusciti con questa analisi a catturare il ricorso al cambio di qualità e quantità degli stili di vita, anche a parità di frequenza di consumo, che potrebbe essere uno degli effetti più importanti in atto e che potrebbe essere avvenuta in misura disomogenea tra strati sociali, distorcendo così in parte le stime sull'andamento delle disuguaglianze.

La salute mentale è la più vulnerabile alla crisi

La salute mentale è il bersaglio della crisi più studiato già nelle crisi del passato. La letteratura internazionale è ora concorde nel rilevare nei paesi più colpiti dall'ultima crisi come Spagna e Grecia un aumento dei disturbi mentali tra gli individui che sperimentavano disoccupazione o difficoltà economiche (Economou et al. 2013; Gili et al. 2013).

In Inghilterra, paese meno gravemente colpito dalla crisi, è stato segnalato un peggioramento della salute mentale, significativo tra gli uomini, ma non correlato alla condizione professionale e senza impatto sulle disuguaglianze di salute (Katikireddi et al. 2012). Analogo riscontro è quello italiano, dove i dati delle ultime indagini Istat sulla salute (2005 e 2013) documentano una significativa diminuzione dell'indice di salute mentale (SF36) soprattutto tra gli uomini adulti senza distinzione di categoria sociale (Odone et al. 2016). Con una scala di misurazione più specifica per la depressione, il sistema di sorveglianza Passi rileva un aumento della prevalenza dei sintomi depressivi nel 2012, soprattutto fra chi dichiara di avere molte difficoltà economiche (Quarchioni et al. 2014).

Il tipo di sofferenza mentale più sensibile alla crisi e tracciabile con i dati di uso dei servizi sanitari è il disturbo depressivo. Il consumo di farmaci antidepressivi, spesso usato per misurarne la frequenza, in Italia continua ad aumentare da molti anni senza una particolare correlazione con la crisi (AIFA 2016). In Toscana è stata studiata anche la correlazione con la depressione severa, misurata attraverso i ricoveri e il flusso informativo sulla salute mentale; ma non si osserva nessun aumento del carico assistenziale da patologie depressive, ipotizzando che, a fronte dello *stress* della crisi, la popolazione colpita attinga a risorse individuali che permettono di superare le criticità e moderare la sofferenza psichica (Agenzia Regionale di Sanità Toscana 2013).

A Torino l'andamento attraverso la crisi delle patologie depressive è stato studiato considerando il numero di prescrizioni di farmaci antidepressivi negli ultimi dodici anni e i ricoveri per cause che possono essere correlate a una manifestazione in acuto di una patologia psichiatrica (ricovero per abuso di alcool e sostanze e psicosi⁴) e si è analizzato il rischio di suicidio (sommando la mortalità per suicidio, ICD9 950-959, ai ricoveri per autolesioni), il tutto separatamente nei due sessi secondo lo stato socio-economico.

Più antidepressivi e più ricoveri per disturbi mentali

Già prima della crisi più torinesi avevano cominciato a consumare antidepressivi, maggiormente tra le donne e con una distribuzione sociale invertita: più consumatori tra gli uomini più istruiti e più consumatrici tra le donne meno istruite. In corrispondenza della crisi la propensione a iniziare a consumare aumenta leggermente tra gli uomini meno istruiti, mentre rimane invariata in tutti gli altri gruppi (Figura 5).

I ricoveri per abuso di alcool e sostanze (Figura 6) mostrano tra gli uomini di bassa istruzione delle oscillazioni significative: un forte aumento a partire dal 2008 fino al 2011 con un'importante ricaduta fino al 2012 e una possibile ripresa dell'aumento durante l'ultimo anno in studio, mentre per i più istruiti l'andamento rimane stabile. Il primo aumento potrebbe essere associato ai tempi della crisi, rimane da spiegare l'improvviso miglioramento nel 2012, anno di grandi sacrifici per il paese ancorché di ripresa di controllo della situazione italiana sui mercati.

Analogamente a quanto osservato per l'abuso di alcool e sostanze, anche i ricoveri per psicosi, soprattutto tra gli uomini di bassa istruzione, mostrano un andamento stabile fino al 2008, anno a partire dal quale si osserva un aumento più spiccato nei due anni successivi e una ripresa dal 2012 (Figura 7).

4 Sono stati considerati i primi ricoveri (di persone che non fossero già state ricoverate nell'anno precedente per le stesse cause) con diagnosi principale di:
 -abuso di alcool (ICD9CM: 291, 303) o di sostanze (ICD9CM: 292, 304, 3052-3059);
 -autolesioni (ICD9CM: 800-977 con codice trauma='5');
 -psicosi (ICD9CM: 293, 294, 295, 296, 297, 298, 3010, 3012);

Figura 5. Andamento delle prime prescrizioni di antidepressivi per livello di istruzione. Torino, periodo 2002-2013. Uomini e Donne 30-65 anni.

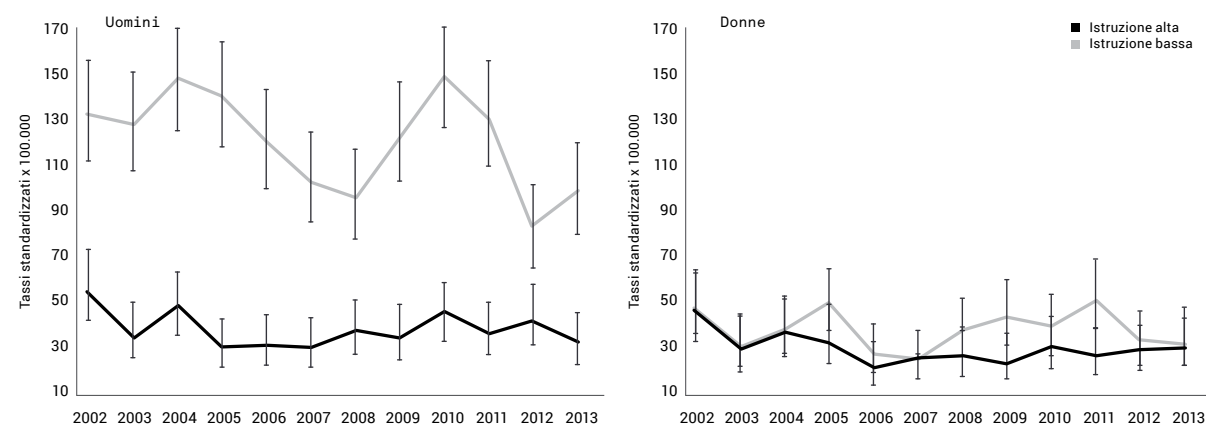
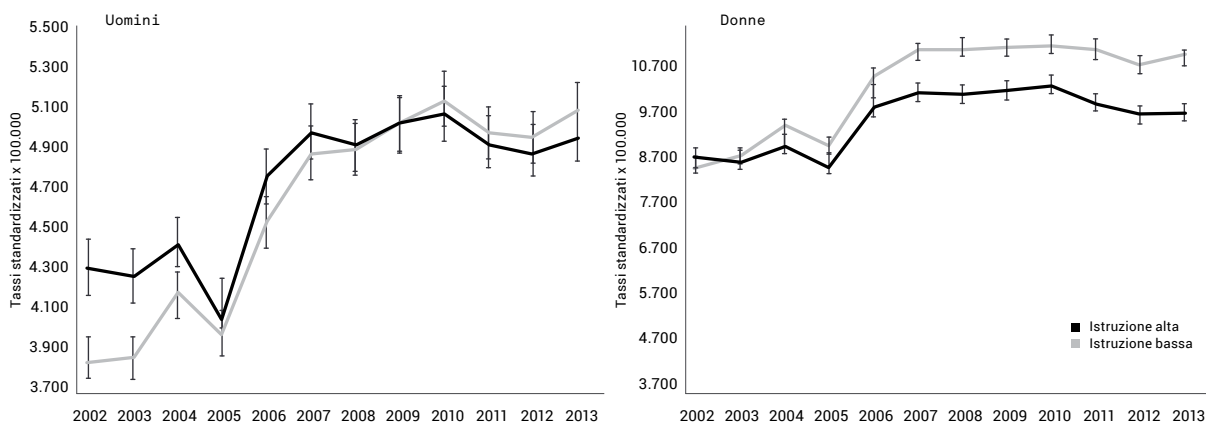


Figura 6. Andamento dei primi ricoveri per abuso di alcool e sostanze per livello di istruzione. Torino, periodo 2002-2013. Uomini e Donne 30-65 anni.

Ma nessun allarme particolare dai suicidi e dalle autolesioni

Il suicidio è uno dei rischi più temuti in corso di crisi, dato che gli studi confermano la correlazione fra il suicidio e i principali effetti economici della crisi, come l'impoverimento (Utela 2010; WHO 2011) e la disoccupazione (Milner et al. 2013). In effetti studi comparativi europei e americani mostrano tassi di suicidio crescenti dopo il 2008, soprattutto tra gli uomini e nei paesi con la più alta perdita di posti di lavoro (Stuckler et al. 2009; Chang et al. 2013). I dati italiani sono controversi. Secondo dati Istat, tra il 1997 e il 2007 la mortalità è diminuita significativamente, da 8,2 a 6,1 suicidi ogni centomila abitanti, per poi risalire lievemente, arrivando a 6,7 nel 2011 (Istat 2012a e 2012b).

In generale la popolazione italiana come nel resto del Sud Europa risulterebbe a basso rischio di suicidio, ma il numero di tentativi di suicidio registrati dalle forze dell'ordine e riferiti a ragioni economiche, in leggera crescita dal 2002, si impennerebbe appena prima della crisi e continuerebbe a salire, suggerendo un'associazione con la crisi economica (De Vogli et al. 2012; Mattei et al. 2014), ma l'affidabilità del flusso informativo sui tentati suicidi è stata messa in dubbio dallo stesso Istat.

A livello regionale italiano i dati non sono conclusivi. Uno studio in regione Emilia Romagna (Caranci 2012) ha rilevato nel periodo 2008-2011 una lieve e irregolare inversione dell'andamento temporale della mortalità per suicidio. Il rapporto toscano su crisi e salute (Agenzia Regionale di Sanità Toscana 2013) evidenzia un arresto dell'andamento in calo, essenzialmente nella popolazione anziana.

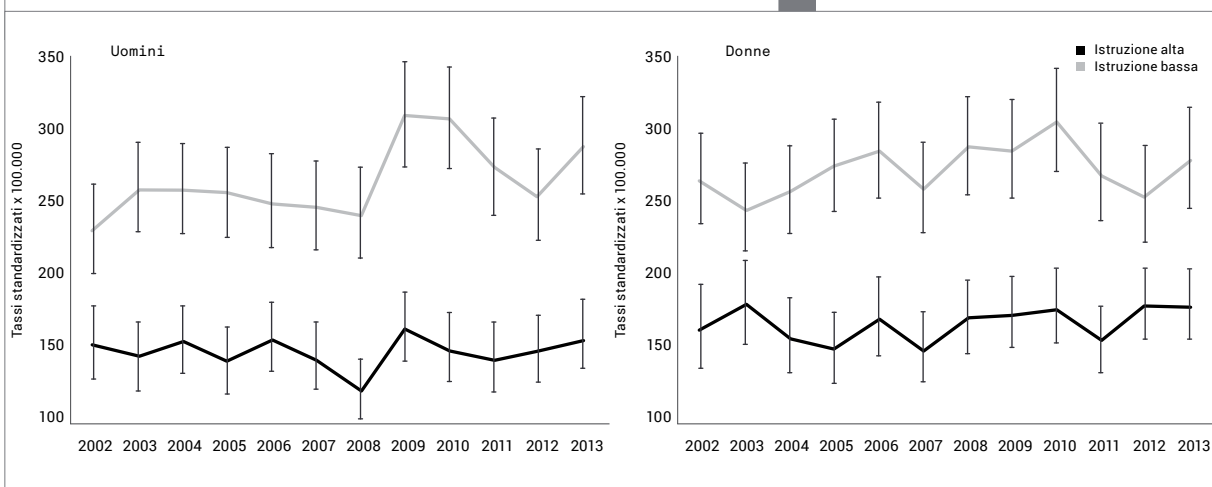
L'attenzione al problema del suicidio rimanda a quello delle autolesioni, fenomeni tra loro correlati (Cooper et al. 2005; Borschman et al. 2012), ed entrambi spesso conseguenti a problemi di salute mentale (Mitchell e Denis 2006), con alta prevalenza nelle fasce di età adolescenziali e giovanili (Hawton et al. 2007 e 2012).

Modelli previsionali basati sulla mortalità tra i torinesi e non torinesi presenti e morti a Torino osservano un unico significativo eccesso di suicidi nel 2011, che però ritorna a frequenze nella media negli anni successivi (2012-2013), prevedendo una sostanziale stabilità per il 2015 (Figura 8). Dunque l'andamento temporale di suicidi a Torino non sembra mostrare variazioni significative ad eccezione dell'esacerbazione osservata nel 2011 ed evidenziata da un cerchio rosso nella Figura 8.

Pur considerando che la mortalità per suicidio e i ricoveri per autolesioni considerati singolarmente sottostimano il rischio, il primo di tentativi anticonservativi e i secondi delle autolesioni non severe, abbiamo ritenuto di sommare insieme i due fenomeni, ipotizzando che questa sottostima non si modifichi nel tempo a causa della crisi.

In Figura 9 sono riportati i dati torinesi recenti sulla mortalità per suicidio e sui ricoveri per autolesioni sommati in uno stesso indicatore, stratificato per livelli d'istruzione, che mostrano come in effetti il rischio sembri aumentare in modo significativo tra gli uomini di bassa istruzione a partire dal 2011; un fenomeno simile si osserva anche tra le donne.

Figura 7. Andamento dei primi ricoveri per psicosi per livello di istruzione. Torino, periodo 2002-2013. Uomini e Donne 30-65 anni.



Meno uso dell'auto ma pari mortalità per incidenti?

Gli incidenti stradali, come già detto, potrebbero essere una causa di morte beneficiata dalla crisi come conseguenza di un minore utilizzo dell'auto, sia per la ridotta produttività, sia per il calo dei consumi (Stuckler et al. 2011). In effetti in Emilia Romagna (Caranci 2012) e in Toscana (Agenzia Regionale di Sanità Toscana 2013) si è osservato un calo nel tasso di mortalità per incidenti stradali a partire dal 2008, soprattutto negli uomini. Nella regione Lazio i dati di accesso al pronto soccorso per infortuni per incidenti stradali mostrano una marcata diminuzione degli accessi per incidente nel 2012 in concomitanza con l'aumento relativo del costo dei carburanti, dimostrato soprattutto dal calo del rischio di incidenti nell'ultima settimana del mese (Farchi et al. 2012).

Il dato sul consumo dei carburanti, come atteso, è in progressiva riduzione nella regione (Regione Piemonte 2013). I dati del sistema di sorveglianza sull'incidentalità stradale mostrano una progressiva riduzione della incidentalità a Torino a partire dal 2008 (CMRSS 2013). Ma, come già accennato nel capitolo sulla mortalità per incidentalità (cfr. cap. 2.5), a Torino, dopo un periodo di costante diminuzione, nel 2010 si è invece rilevato un aumento della mortalità da incidenti stradali seguito poi nel 2011 da una lieve riduzione del tasso di mortalità.

Dunque la diminuzione dei consumi di carburante è stata accompagnata da un miglioramento dei tassi di incidentalità, che però non si è ancora riflesso sull'andamento della mortalità per incidenti stradali che è rimasto sostanzialmente stabile negli ultimi anni.

Figura 8. Modello previsionale (metodo Holt-Winters) di mortalità per suicidi di residenti a Torino deceduti a Torino, 2001-2013.

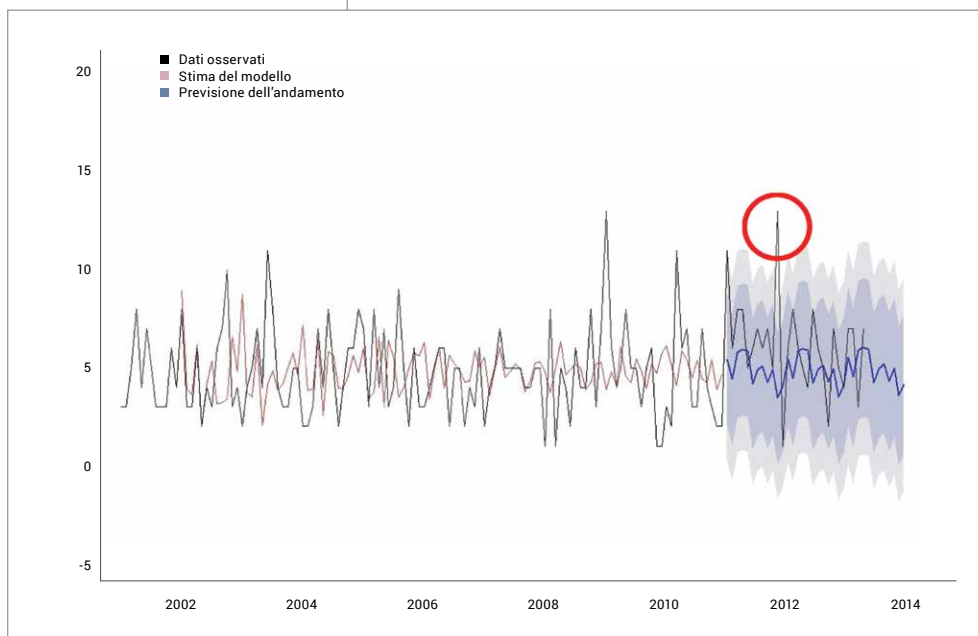


Figura 9. Andamento dei primi ricoveri per autolesioni e mortalità per suicidi per livello di istruzione. Torino, periodo 2002-2013. Uomini e Donne 30-65 anni.

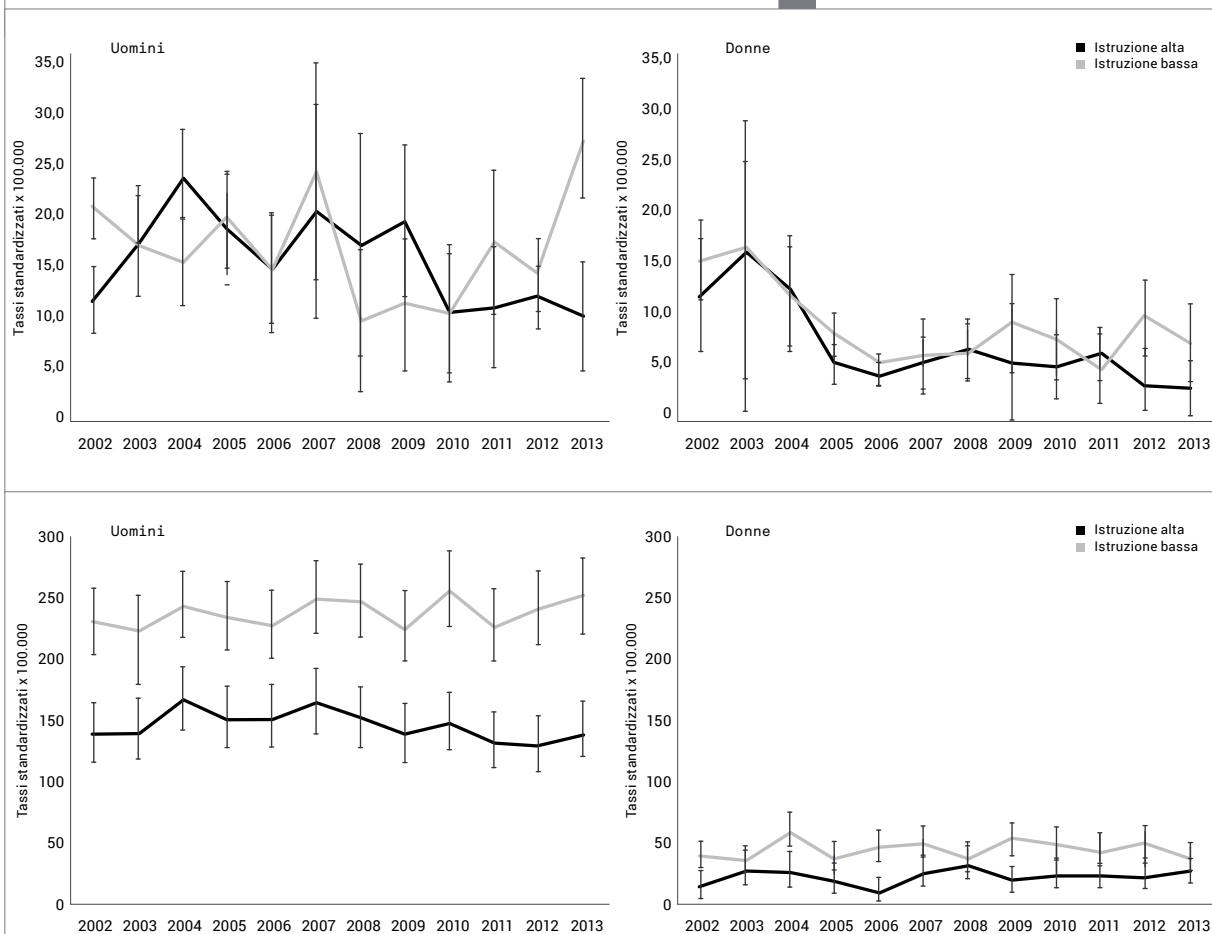


Figura 10. Andamento dei primi ricoveri per infarto miocardico acuto per livello di istruzione. Torino, periodo 2002-2013. Uomini e Donne 30-65 anni.

Il bersaglio del rischio cardiovascolare

Gli eventi circolatori acuti, soprattutto quelli cardiaci, potrebbero essere un bersaglio patologico sensibile a breve latenza all'effetto dei fattori stressanti dell'esperienza della crisi, soprattutto sulle persone più socialmente vulnerabili. In alcuni studi geografici su crisi e salute si è evidenziato un aumento nella mortalità cardiovascolare associato agli anni di recessione (Falagas et al. 2009; Stuckler et al. 2009), in altri no (Suhrcke et al 2012)

Per valutare l'effetto della crisi sull'andamento temporale delle patologie cardiocircolatorie acute si sono considerate le dimissioni ospedaliere (SDO) per i primi eventi di infarto

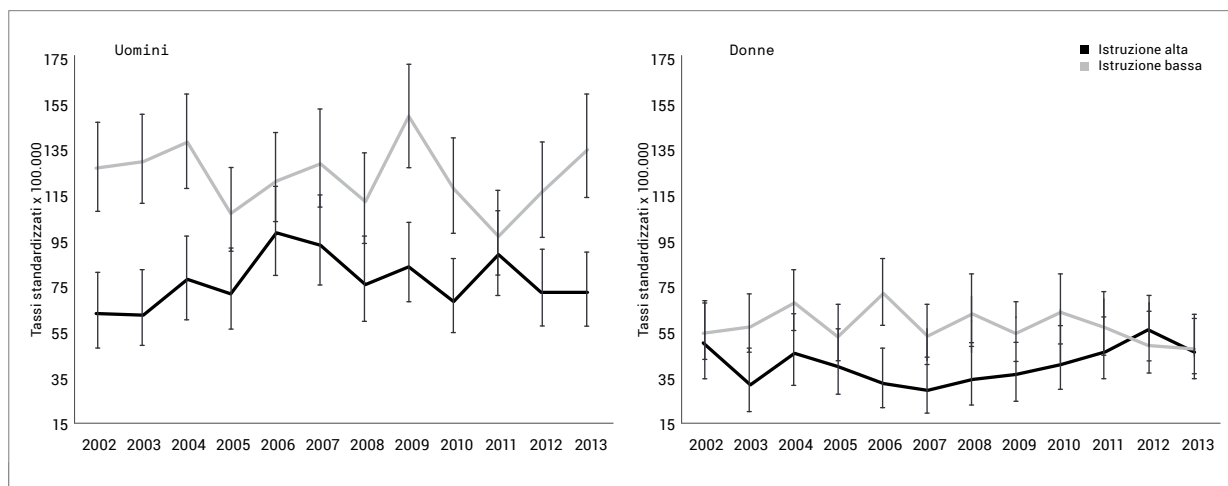


Figura 11. Andamento dei primi ricoveri per ictus per livello di istruzione. Torino, periodo 2002-2013. Uomini e Donne 30-65 anni.

miocardico acuto (IMA) e per i primi eventi di ictus nel periodo 2003-2013⁵ separatamente nei due sessi secondo lo stato socio-economico.

Per quanto riguarda l'incidenza dei nuovi infarti miocardici, non si osservano significative variazioni negli anni prima e durante la crisi in entrambi i sessi sia tra i meno che tra i più istruiti (Figura 10). Un profilo temporale simile presenta la mortalità per infarto miocardico (cfr. appendice *online*), con una riduzione significativa delle disuguaglianze sociali col tempo.

Analizzando l'andamento dei primi ricoveri per episodi cerebrovascolari acuti, si rileva una sostanziale stabilità nel tempo del rischio in entrambi i sessi e per livello di istruzione con oscillazioni che possono in parte essere dovute all'imprecisione statistica delle stime (Figura 11).

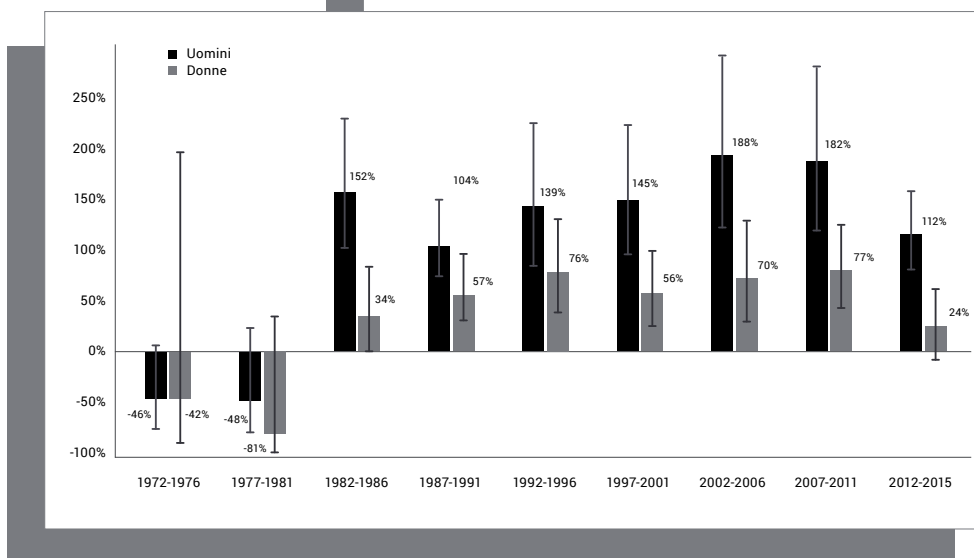
Nei tempi della crisi si osserva una divaricazione della forbice tra gli uomini più e meno istruiti ad eccezione del 2011. L'andamento temporale della mortalità per incidenti cerebrovascolari e delle loro disuguaglianze (cfr. appendice *online*) è simile a quello dell'ospedalizzazione dei primi ricoveri.

Meno disuguaglianze di mortalità negli anni della crisi

Finalmente a gennaio 2016 gli archivi dello Studio Longitudinale Torinese sono stati integrati con gli indicatori di posizione sociale rilevati in occasione del 15° Censimento della popolazione dell'anno 2011. Questa operazione ha permesso di prolungare di un quinquennio, fino al 31 agosto 2015 (data dell'ultimo aggiornamento anagrafico disponibile al momento di queste analisi), le analisi sulle disuguaglianze sociali nella mortalità che nel resto del libro si erano arrestate al 2011. I più recenti dati censuari a disposizione sono dunque serviti a esaminare i cambiamenti nel rischio di mortalità avvenuti negli anni successivi al periodo più profondo della crisi economica nella sola popolazione adulta tra i 30 e i 64 anni.

5 Sono stati considerati i primi ricoveri (di persone che non fossero già state ricoverate nell'anno precedente per le stesse cause) con diagnosi principale di:
-infarto miocardico acuto (IMA) (ICD9CM: 410)
-ictus (ICD9CM: 431, 434, 436)

Figura 12. Eccesso nella probabilità di morire (in percentuale) di soggetti tra i 30 e i 64 anni rispetto agli occupati per chi ha dichiarato di essere disoccupato in occasione di ciascun censimento (in corrispondenza del primo anno di ogni decennio osservato) nella città di Torino, 1972-2015.



Una particolare attenzione è stata dedicata ai gruppi sociali più vulnerabili: i disoccupati e le persone con basso livello di istruzione.

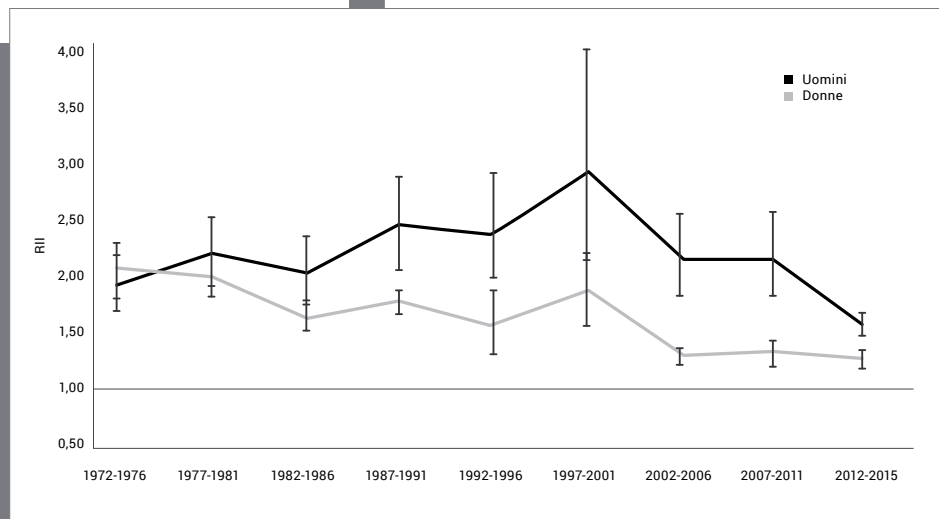
Per la condizione professionale i torinesi tra i 30 e i 64 anni sono stati classificati in base allo stato occupazionale dichiarato in ciascun censimento, e ne è stata seguita la mortalità nei due quinquenni successivi in relazione alla condizione professionale registrata del primo anno di ogni decennio osservato. In questa fascia di età coloro che sono in cerca di prima occupazione o che hanno perso il lavoro e sono in cerca di nuova occupazione sono cresciuti dal 3% del censimento del 1981 al 6% di quelli degli anni 2001 e 2011. Nella Figura 12, fatta a zero la probabilità di morire di chi ha dichiarato di avere un lavoro retribuito, le barre rappresentano l'eccesso nella probabilità di morire di chi ha dichiarato di non avere un lavoro, a parità di età. Tra gli uomini, gli eccessi più elevati si osservano durante gli anni subito prima e subito dopo l'esordio della crisi, i quinquenni 2002-2006 e 2007-2011, con eccessi di rischio di morte pari a più del 180% rispetto agli occupati. Gli eccessi di mortalità osservati tra le donne disoccupate, invece, risultano relativamente stabili nei periodi che vanno dal 1992 al 2011, con delle percentuali intorno al 70%. Per quel che riguarda il periodo addizionale 2012-2015, gli eccessi di mortalità dei disoccupati nei quattro anni successivi al censimento sembrano abbassarsi, e addirittura nelle donne perdono significatività statistica (ritratta questa dalle linee nere sopra le barre, che rappresentano la variabilità della stima; in poche parole se la linea interseca l'asse di riferimento, in questo caso lo zero, l'eccesso di rischio non è statisticamente significativo).

In termini assoluti il numero di morti tra i disoccupati rapportati al totale di disoccupati di questo ultimo mostra che i decessi sono diminuiti di circa 100 casi per 100.000 disoccupati in entrambi i generi. È poco verosimile che questo miglioramento della mortalità dei disoccupati sia dovuto alla più breve durata del periodo di osservazione.

È possibile che l'abbassamento sia correlato a una mobilità in uscita fuori dalla popolazione che cerca lavoro di quanti erano scoraggiati o hanno trovato forme di pensionamento precoce, e che contemporaneamente erano in peggiore stato di salute. È altrettanto verosimile che il grande sforzo di copertura assicurato da un uso estensivo della cassa integrazione straordinaria abbia garantito una buona protezione dal rischio di impoverimento da un lato, come pure che l'ampia diffusione dell'esperienza di instabilità occupazionale abbia reso meno emarginante e stigmatizzante l'esperienza di disoccupazione, tutti fattori di rischio per la salute ben conosciuti.

Per avere una visione complessiva su tutta la popolazione adulta del possibile impatto della crisi in termini di disuguaglianze di mortalità con i dati oggi disponibili, bisogna rivolgersi a un'altra misura relativa che aiuti a standardizzare le piccole differenze nella lunghezza dei periodi. L'indice di disuguaglianza relativa, o *Relative Index of Inequality* (RII), serve a tale scopo. Partendo da un indicatore di posizione sociale che presupponga una scala gerarchica (ad esempio il livello di istruzione) il RII esprime in maniera sintetica, cioè in un solo valore, l'intensità del differenziale sociale osservato tra i soggetti che occupano le diverse posizioni nella scala. Quindi, fatta a 1 la totale uguaglianza (linea orizzontale in Figura 13), quanto più il valore è al di sopra di questa, tanto più disuguale è il rapporto tra i due estremi della scala di istruzione a parità di età. Tra gli uomini i valori delle disuguaglianze di mortalità più elevati si osservano durante il periodo 1997-2001 per poi riprendere durante gli anni della crisi valori simili a quelli degli anni '80 e '90, e raggiungere nell'ultimo periodo i livelli più bassi, addirittura minori di quelli osservati durante gli anni '70. Tra le donne invece i livelli di disuguaglianze di istruzione nella mortalità sono relativamente stabili dai primi anni '70 fino agli anni 2000 per poi scendere a valori di 1,30 circa durante gli ultimi tre periodi in studio.

Figura 13. Indice di disuguaglianza relativa (RII) e rispettivi intervalli di confidenza al 95% di mortalità per titolo di studio in soggetti maggiori di 30 anni residenti a Torino durante il periodo 1972-2015.



Queste analisi confermano, dunque, la diminuzione dei livelli di disuguaglianze già commentati nel primo capitolo di questo volume, soprattutto per quanto riguarda quelli osservati tra le donne che durante il periodo aggiuntivo 2012-2015 mantengono i livelli di disuguaglianza raggiunti durante il primo decennio degli anni 2000. Tra gli uomini, nell'ultimo periodo la diminuzione è sorprendente e imprime un nuovo andamento rispetto a quanto osservato fino alla fine degli anni 2000.

Gli effetti delle misure di austerità

Dei vari strumenti che si sarebbero potuti utilizzare per fronteggiare i problemi di sostenibilità della spesa sanitaria in condizioni di austerità (WHO Europe 2014) in Italia:

1. il finanziamento è rimasto prevalentemente pubblico anche se progressivamente ridotto rispetto al fabbisogno;
2. la copertura è rimasta simile, non ci sono state nuove limitazioni per l'accesso degli immigrati irregolari, non si sono dati nuovi spazi per le assicurazioni private, piuttosto è aumentato il prelievo con il *ticket* delle prestazioni specialistiche e ambulatoriali;
3. la revisione della spesa ha cercato di migliorare efficienza e appropriatezza usando o le leve di manovra del congelamento dei salari e compensi, introducendo in qualche caso meccanismi di *pay for performance*, negoziando nuovi prezzi per farmaci e dispositivi, migliorando l'efficienza organizzativa con un trasferimento di livelli di assistenza dall'ospedale all'ambulatorio e con un rafforzamento dell'assistenza primaria e dei percorsi di cura, cercando di scegliere priorità più giustificate e migliorando la prevenzione e la sanità pubblica.

Le due manovre più consistenti per il cittadino sono state da un lato il trasferimento dei livelli di assistenza fuori dall'ospedale con una riduzione dei posti letto, delle durate di degenza e dei ricoveri ordinari e dall'altro l'aumento del *ticket* per l'assistenza specialistica e ambulatoriale. Ma di queste manovre non sono state valutate sistematicamente le ricadute sulla salute e sulle disuguaglianze di salute. Per quanto riguarda i fenomeni di deospedalizzazione, il calo dell'uso dei ricoveri ordinari in tutta la regione è stato di circa il 20%, con valori vicini al 50% per i ricoveri ad alto rischio di inappropriata organizzativa, risultato che premia i propositi della manovra. Tuttavia i dati delle indagini Istat sulla salute 2005 e 2013 mostrano che questa diminuzione dei ricoveri potrebbe essere avvenuta in modo più intenso tra le persone di più bassa posizione sociale e con un maggiore carico di morbosità cronica, fatto che suggerisce alle aziende sanitarie di presidiare con attenzione l'equità nelle ricadute di queste manovre.

Dall'altro lato, l'impoverimento della popolazione in conseguenza della crisi diminuisce la propensione alla spesa sanitaria privata degli italiani e dei torinesi tra di essi. Un primo effetto è il calo del ricorso all'assistenza per quei servizi non forniti dal sistema sanitario nazionale, come le cure dentistiche: secondo l'indagine Multiscopo 2013, il 12% degli italiani sopra i 14 anni ha rinunciato a trattamenti odontoiatrici (Istat 2015).

Su questa vulnerabilità si è inserito l'aumento della compartecipazione alla spesa a causa del *superticket* introdotto nel 2011. A Torino si è rilevato un calo dell'assistenza specialistica tra prima e dopo il *superticket* del 2011, soprattutto per quelle fasce di popolazione di posizione sociale medio-bassa ma non abbastanza per avere l'esenzione per reddito (Petrelli e Landriscina 2012).

Implicazioni per le politiche dal rapporto tra crisi e salute

Dunque, nel suo complesso la comunità torinese sembra finora aver retto bene all'impatto della crisi senza rilevanti conseguenze sulla salute. A causa della minore sostenibilità dei loro costi, alcuni comportamenti rilevanti per la salute come il consumo di alcool sono in miglioramento. A causa della minore pressione produttiva l'incidentalità stradale e sul lavoro è diminuita. La mortalità generale è aumentata nel 2015 ma per cause indipendenti dalla crisi. Ma soprattutto le disuguaglianze sociali di mortalità sono significativamente diminuite in entrambi i generi. Anche la fascia più socialmente vulnerabile alla crisi, quella dei disoccupati, ha visto diminuire il suo svantaggio nel rischio di morte durante la crisi. Il rischio di ammalarsi di malattie cardiovascolari e cerebrovascolari, le più sensibili tra le malattie naturali agli effetti stressanti di impoverimento e disoccupazione da crisi, è stabile. Gli unici indizi sfavorevoli riguardano alcuni indicatori di disturbo mentale a Torino che mostrano di essere più sensibili ai tempi della crisi economica, con un altalenante aumento di ricoveri per psicosi e abuso di sostanze, soprattutto tra gli uomini meno istruiti. Analogamente i dati suicidari torinesi presentano un lieve aumento tra gli uomini adulti di bassa istruzione negli ultimi anni della crisi. Gli uomini adulti di bassa posizione sociale, similmente a quanto già osservato negli indici di salute mentale a livello nazionale, sono il gruppo più colpito dalla crisi occupazionale, e rappresentano il bersaglio principale per le politiche di prevenzione della salute e di protezione sociale. L'impatto congiunto sulla salute delle manovre di austerità sulla spesa sanitaria (deospedalizzazione e *ticket*) e dell'impoverimento della capacità di spesa privata potrebbero aver ridotto la copertura di alcuni livelli di assistenza, come quella odontoiatrica, già prevalentemente affidata alla spesa privata, e quella delle visite specialistiche e degli esami strumentali fuori dall'ospedale. Per tutti questi indicatori i gruppi sociali più svantaggiati potrebbero essere quelli più vulnerabili, è il caso soprattutto dei disoccupati. Inoltre occorre ricordare che i sistemi di sorveglianza dello Studio Longitudinale Torinese potrebbero essere lacunosi soprattutto sull'effetto sulla salute dei livelli di assistenza per la non autosufficienza e la multimorbosità dell'anziano che sono i principali bersagli delle misure di austerità sul finanziamento integrato dell'assistenza socio-sanitaria da parte comunale e dell'azienda sanitaria.

Nonostante questo quadro relativamente rassicurante, stante il perdurante rallentamento dell'economia, la società torinese non deve abbassare la guardia, soprattutto dal punto di vista delle politiche intersettoriali. Ad esempio, la prevenzione dei fattori di rischio del suicidio (disturbi mentali, dipendenze, *distress* emotivo da eventi acuti tipo perdita del lavoro e separazione, violenze subite, nonché fattori culturali e socio-economici) è legata alla responsabilità congiunta di politiche di tipo sociale, economico e di sanità pubblica (WHO 2012). In particolare, dato che la perdita del lavoro e i problemi finanziari sono i principali bersagli della crisi, adeguati ammortizzatori sociali possono prevenirne il rischio (CDC 2014). Inoltre un'opportuna attenzione alle condizioni di fragilità manifestate attraverso manifestazioni autolesive in adulti potrebbe configurarsi come misura di prevenzione del suicidio (Kapur 2005). Essendovi poca evidenza di efficacia dei farmaci per la prevenzione delle autolesioni, acquistano rilievo gli interventi mirati al contesto familiare, scolastico, ai media (Hawton et al. 2012), insieme ad un'attenta sorveglianza per il riconoscimento e la gestione degli eventi autolesivi e delle situazioni di disagio mentale seguite in *setting* sanitari (McHale e Felton 2010). Isolamento sociale e abuso di sostanze costituiscono poi importanti fattori di rischio per autolesioni e suicidio (Greydanus e Shek 2009): fattori di rischio che possono essere contrastati tramite politiche sociali a livello locale. Il ruolo dei servizi per l'igiene mentale e la loro accessibilità può essere cruciale per questo scopo, è

quindi importante risparmiare questi livelli di assistenza dalle misure di austerità, tanto più che finora hanno mostrato una maggiore capacità di controllo delle disuguaglianze del rischio di mortalità per suicidio a Torino nei confronti con altre realtà europee.

I dati più recenti sull'incidenza di eventi acuti circolatori appaiono abbastanza rassicuranti. L'andamento degli studi di vita insalubri, seppur tranquillizzante, non deve far diminuire l'attenzione che la comunità torinese dovrebbe comunque avere per la promozione di stili di vita salutari: ad esempio sviluppare un contesto urbanistico che favorisca l'attività fisica, favorire il consumo di cibi sani, sfavorire l'abitudine al fumo. L'unico serio motivo di preoccupazione per i problemi cardiovascolari continua ad essere il rischio che deriva dalla esperienza della disoccupazione e dell'impoverimento; anche per questo rischio come per quello dei disturbi mentali le politiche attive del lavoro, gli ammortizzatori sociali per la disoccupazione da un lato e i modelli lavorativi organizzativi che riducano il peso dei fattori di rischio psico-sociali sono altrettante urgenze per le politiche locali.

Infine le misure di austerità sul funzionamento della sanità cittadina finora sembrano essere state assorbite senza macroscopiche ricadute sulla salute, ma è opinione comune che i meccanismi 'lineari' di contenimento della spesa attraverso la riduzione del *turnover* del personale e la limitazione dell'offerta anche attraverso la compartecipazione alla spesa e le liste di attesa potrebbero arrivare oltre la soglia minima di pericolosità per l'adeguatezza dell'offerta, la sicurezza dell'assistenza, e l'efficacia dell'assistenza, soprattutto per quelle fasce di popolazione che non potrebbero sostenere forme di assistenza alternative e integrative. Occorre uno sforzo da parte del *management*, dell'organizzazione e dei professionisti della sanità locale, oltre che dei rappresentanti dei pazienti, per scrutinare con attenzione ogni snodo del funzionamento dell'assistenza alla ricerca di possibili meccanismi di compromissione e iniquità nei risultati di salute.

BIBLIOGRAFIA

- Agenzia Regionale di Sanità Toscana (2013), *Crisi economica, stato di salute e ricorso ai servizi in Toscana*, Collana dei documenti ARS n. 73, Ottobre 2013.
- AIFA, Agenzia Italiana del Farmaco (2016), *Osservatorio Nazionale sull'impiego dei medicinali. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale 2015*, http://www.agenziafarmaco.gov.it/sites/default/files/Rapporto_OsMed_2015_AIFA-acc.pdf 16 novembre 2016.
- Arpa Piemonte (2015), Valutazione della mortalità estiva in relazione alle ondate di calore e del sistema previsionale Arpa per i capoluoghi di provincia della Regione Piemonte Estate 2014, <https://www.arpa.piemonte.gov.it/approfondimenti/temi-ambientali/ambiente-e-salute/prevenzione-e-previsione-dei-rischi-sanitari/monitoraggio-ondate-di-calore/RelazioneFinaletutteleProvince2014.pdf> 16 novembre 2016.
- Arpa Piemonte (2016), Valutazione della mortalità estiva in relazione alle ondate di calore e del sistema previsionale Arpa per i capoluoghi di provincia della Regione Piemonte Estate 2015, <https://www.arpa.piemonte.gov.it/approfondimenti/temi-ambientali/ambiente-e-salute/prevenzione-e-previsione-dei-rischi-sanitari/monitoraggio-ondate-di-calore/RelazioneFinaletutteleProvince2015.pdf> 16 novembre 2016.
- Borschmann R., Hogg J., Phillips R., Moran P. (2012), Measuring self-harm in adults: a systematic review, *Eur Psychiatry*, 27(3): 176-180.
- CDC, Atlanta, National Center for Injury prevention and Control (2014), *Preventing Suicide. Program activities guide*, <http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/preventingsuicide-a.pdf> 16 novembre 2016.
- Caranci N. (2012), Crisi economica e andamento di suicidi e incidenti stradali: Italia ed Emilia-Romagna nel contesto Europeo, *Epidemiol Prev*, 36(5): 25.
- Chang S.S., Stuckler D., Yip P., Gunnell D. (2013), Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries, *BMJ*, 347: f5239, doi: 10.1136/bmj.f5239.
- Cislaghi C., Costa G., Rosano A. (2016), A mass murder or mere statistical data? The 2015 surplus of deaths, *Epidemiol Prev*, 40(1): 9-11.
- CMRSS, Centro di Monitoraggio Regionale della Sicurezza Stradale (2013), L'incidentalità stradale in Piemonte al 2012. Rapporto 2013, IRES Piemonte, <http://www.ires.piemonte.it/poli-di-ricerca/88-sistemi-socio-tecnici-e-strategie-di-innovazione/cmrss> 30 agosto 2016.
- Cooper J., Kapur N., Webb R., Lawlor M., Guthrie E., Mackway-Jones K., Appleby L. (2005), Suicide after deliberate self-harm: a 4-year cohort study, *Am J Psychiatry*, 162(2): 297-303.
- Costa G., Marra M., Salmasso S., Gruppo AIE su crisi e salute (2012), Gli indicatori di salute ai tempi della crisi in Italia, *Epidemiol Prev*, 36(6): 337-366.
- Costa G., Migliardi A., Alesina M., Bianco S., Carnà P., Farina E., Gnani R., Stroschia M., Zengarini N. (2016), *L'eccesso di mortalità nel 2015: fatti e spiegazioni dai dati piemontesi*, <http://www.epicentro.iss.it/problemi/mortalita/pdf/EccessoMortalitaC3%A02015Piemonte.pdf> 16 novembre 2016.
- De Vogli R., Marmot M., Stuckler D. (2012), Excess suicides and attempted suicides in Italy attributable to the great recession, *J Epidemiol Community Health*, 67(4): 378-379.
- Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale Regione Lazio (2016), Ondate di calore ed effetti sulla salute estate 2015. Sintesi dei risultati, http://www.ccm-network.it/imgs/C_27_MAIN_page_1046_listaFile_List11_itemName_5_file.pdf 16 novembre 2016.
- Economou M., Madianos M., Peppou L.E., Patelakis A., Stefanis C.N. (2013), Major depression in the Era of economic crisis: A replication of a cross-sectional study across Greece, *Journal of Affective Disorders*, 145: 308-314.
- Falagas M.E., Vouloumanou E.K., Mavros M.N., Karageorgopoulos D.E. (2009), Economic crises and mortality: a review of the literature, *Int J Clin Pract*, 63(8): 1128-35.
- Farchi S., Pezzotti P., Chini F. (2012), Accessi al Pronto soccorso per incidente stradale e aumento del prezzo dei carburanti: un'analisi nella regione Lazio, anni 2007-2012, *Epidemiol Prev*, 36(5): 14.
- Gili M., Roca M., Basu S., McKee M., Stuckler D. (2012), The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010, *European Journal of Public Health*, 23(1): 103-108.
- Goldstein J.R., Kreyenfeld M., Jasilioniene A., Karaman Orsal D. et al. (2013), Fertility reactions to the "Great Recession" in Europe: Recent evidence from order-specific evidence, *Demographic Research*, 29: 85-104.
- Greydanus D.E. and Shek D. (2009), Deliberate Self-harm and Suicide in Adolescents, *Keio J Med*, 58(3): 144-151.
- Hawton K., Bergen H., Casey D., Simkin S., Palmer B., Cooper J. et al. (2007), Self-harm in England: a tale of three cities. Multicentre study of self-harm, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 42(7): 513-521.
- Hawton K., Saunders K.E., O'Connor R.C. (2012), Self-harm and suicide in adolescents, *Lancet*, 379(9834): 2373-2382.
- Kapur N. (2005), Management of self-harm in adults: which way now? *BJP*, 187: 497-499.
- Katikireddi S.V., Niedzwiedz C.L., Popham F. (2012), Trends in population mental health before and after the 2008 recession: a repeat cross-sectional analysis of the 1991-2010 Health Surveys of England, *BMJ*, 17:2(5).
- Istat (2012a), *Suicidi e tentativi di suicidio. Anno 2010*, Pubblicato 5 marzo 2012, <http://www.istat.it/it/archivio/55646> 16 novembre 2016.
- Istat (2012b), *I suicidi in Italia: tendenze e confronti, come usare le statistiche*, Pubblicato 8 agosto 2012, <http://www.istat.it/it/archivio/68812> 16 novembre 2016.
- Istat (2015), *Il ricorso alle cure odontoiatriche e la salute dei denti in Italia*, statistiche report, 6 luglio 2015, <http://www.istat.it/it/archivio/164054> 16 novembre 2016.

BIBLIOGRAFIA

- Istat (2016), comunicato stampa del <http://www.istat.it/it/archivio/180494> 16 novembre 2016.
- Lanzieri G. (2013), *Towards a 'baby recession' in Europe? Differential fertility trends during the economic crisis*, Statistics in Focus, Eurostat, n. 13, 2013.
- Leahy A., Healy S., Murphy M., (2015), *The european crisis and its human cost, crisis monitoring report 2014*, Caritas Europa.
- Mattei G., Ferrari S., Pingani L., Rigatelli M. (2014), Short-term effects of the 2008 Great Recession on the health of the Italian population: an ecological study, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 49(6): 851-858.
- McHale J. and Felton A. (2010), Self-harm: what's the problem? A literature review of the factors affecting attitudes towards self-harm, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17: 732-740.
- Michelozzi P., De' Donato F., Scortichini M., De Sario M., Asta F., Agabiti N., Guerra R., de Martino A., Davoli M. (2016), On the increase in mortality in Italy in 2015: analysis of seasonal mortality in the 32 municipalities included in the Surveillance system of daily mortality, *Epidemiol Prev*, 40(1): 22-28.
- Milner A., Page A., LaMontagne A.D. (2013), Long-term unemployment and suicide: a systematic review and meta-analysis, *PLoS One*, 8(1): e51333, doi: 10.1371/journal.pone.0051333.
- Mitchell A.J. and Dennis M. (2006), Self harm and attempted suicide in adults: 10 practical questions and answers for emergency department staff, *Emerg Med J*, 23(4): 251-255.
- Odone A., Landriscina T., Costa G. (2016), salute mentale e crisi economica: analisi sulla popolazione in Italia, in Costa G., Cialesi R., Migliardi A., Gargiulo L., Sebastiani G., Ruggeri P., Menniti Ippolito F. (a cura di): *Rapporti ISTISAN 16/26*, salute in Italia e livelli di tutela: approfondimenti dalle indagini Istat sulla salute, p.44.
- Petrelli A. e Landriscina T. (2012), Torino valuta le fasce di iniquità. Penalizzate le fasce fragili di popolazione, sole 24ore sanità, 24-30 aprile 2012.
- Pista e BDDE, Piemonte Statistica e Banca Dati Demografica Evolutiva, <http://www.ruparpiemonte.it/infostat/risultati.jsp> 16 novembre 2016.
- Quachioni E., Ferrante G. et al (2014), Forte associazione fra depressione e svantaggio socioeconomico negli italiani, *Epidemiol Prev*, 38(1): 62.
- Regione Piemonte (2013), Il punto sulla rete distributiva dei carburanti 2013, <http://www.regione.piemonte.it/commercio/dwd/carburanti/reteDistributivaCarburanti.pdf> 23 novembre 2016.
- Senato della Repubblica, *Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2014)*, <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato5961474.pdf> 16 novembre 2016.
- Suhrcke M. and Stuckler D. (2012), Will the Recession Be Bad for Our Health? It Depends, *Social Sci Med* 74 (5): 647-53. doi:10.1016/j.socscimed.2011.12.011.
- Stuckler D., Basu S., Suhrcke M., Coutts A., McKee M. (2009), The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis, *Lancet*, 374: 315-23.
- Stuckler D., Basu S., Suhrcke M., Coutts A., McKee M. (2011), Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data, *Lancet*, 9, 378 (9786): 124-125.
- The European House Ambrosetti (2013), *Meridiano Sanità, le coordinate della salute, Rapporto 2012*, <http://www.ambrosetti.eu/it/download/ricerche-e-presentazioni/2012/meridiano-sanita-le-coordinate-della-salute-rapporto-finale-2012> 16 novembre 2016.
- Utela A. (2010), Economic crisis and mental health, *Curr Opin Psychiatry*, 23(2): 127-130.
- World Health Organization (2011), *Impact of economic crises on mental health*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- World Health Organization (2012), *Public health action for the prevention of suicide: a framework*, World Health Organization, Geneva.
- World Health Organization Europe (2014), *Economic crisis, health systems and health in Europe: impact and implications for policy*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.