e&p anno 36 (6) novembre-dicembre 2012

WWW.EPIPREV.IT

Gli indicatori di salute ai tempi della crisi in Italia

Health indicators in the time of crisis in Italy

Giuseppe Costa,[1] Michele Marra,[2] Stefania Salmaso;[3] Gruppo AIE su crisi e salute*

[1] Dipartimento di scienze cliniche e biologiche, Università degli studi di Torino

[2] Servizio di epidemiologia ASL TO3, Piemonte

[3] Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (CNESPS), Istituto superiore di sanità, Roma

Corrispondenza
Michele Marra
michele.marra@epi.piemonte.it

Epidemiol Prev 2012; 36 (6): 337-366

INDICE

■ **COME CAMBIA LA SALUTE DEGLI ITALIANI A CONFRONTO CON LA CRISI?** **340**

■ **COSA SI IMPARA DALLE CRISI PRECEDENTI?** **340**

■ **MECCANISMI, RISPOSTE E INDICATORI PER LE VARIABILI DI CONTESTO** **342**

DETERMINANTI DISTALI, RISPOSTE E INDICATORI **342**
LO SVILUPPO E IL BENESSERE ECONOMICO 343
IL LAVORO 344
I LIVELLI DI ASSISTENZA 346
L'AMBIENTE 347

DETERMINANTI PROSSIMALI (O FATTORI DI RISCHIO), RISPOSTE E INDICATORI **348**
I FATTORI DI RISCHIO MATERIALI 348
I FATTORI DI RISCHIO PSICOSOCIALI 348
I FATTORI DI RISCHIO PROFESSIONALI 349
I FATTORI DI RISCHIO AMBIENTALI 350
I FATTORI DI RISCHIO COMPORTAMENTALI 350
IL FUMO 350
L'ALCOL 352
ALTRE DIPENDENZE 353
I COMPORTAMENTI SALUBRI CHE COSTANO UN PO' DI PIÙ 353

LIMITAZIONI NELL'ASSISTENZA SANITARIA **354**
ASSISTENZA SPECIALISTICA E FARMACI 354
EFFETTI INDESIDERATI DI RIDUZIONE DEI LIVELLI DI ASSISTENZA 355
QUALITÀ DELL'ASSISTENZA 356

EFFETTI SULLA SALUTE, RISPOSTE E INDICATORI **357**
SALUTE SOGGETTIVA E DEPRESSIONE 357
I SUICIDI 361
GLI INCIDENTI STRADALI E SUL LAVORO 362

CONSEGUENZE SOCIALI DELLA MALATTIA, RISPOSTE E INDICATORI **362**

EFFETTI A MEDIO-LUNGO TERMINE DELLA CRISI SULLA SALUTE **363**

■ **CONCLUSIONI SU EFFETTI ACCERTABILI DELLA CRISI SULLA SALUTE E LACUNE CONOSCITIVE** **364**

*Gruppo AIE su crisi e salute

Il gruppo AIE su crisi e salute ha lavorato nelle quattro settimane prima del Congresso di Bari 29-31 ottobre 2012 per rilevare informazioni e dati utili all'elaborazione di questo documento di valutazione.

Il gruppo è composto da:
Antonella Bena, Marco Dalmasso, Angelo d'Errico, Roberto Gnavi, Tania Landriscina, Maurizio Marino, Maurizio Motta, Alessandro Migliardi, Luisa Mondo, Teresa Spadea (Servizio di Epidemiologia ASL TO3 Piemonte); Moreno Demaria (ARPA Piemonte); Roberto Diecidue (OED Piemonte); Andrea Ranzi (ARPA Emilia Romagna); Nicola Caranci (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale Emilia Romagna); Lucia Bisceglia (Agenzia Regionale Sanitaria, Regione Puglia); Chiara Marinacci, Alessio Petrelli (Ministero Salute); Masocco Maria, Ferrante Gianluigi, Minardi Valentina (CNESP); Lidia Gargiulo, Laura Murianni, Gabriella Sebastiani (ISTAT); Alessandro Solipaca, Antonio G. de Belvis, Walter Ricciardi (Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane – Università Cattolica del Sacro Cuore); Roberto Di Monaco e Silvia Pilutti (Dipartimento Scienze Sociali Università Torino); Roberto Leombruni, Lia Pacelli (Dipartimento Economia, Università di Torino)

Ringraziamenti
L'articolo è stato realizzato all'interno del progetto CCM «Azione centrale del Piano nazionale di prevenzione» per elaborare una proposta di intesa su registri e sistemi di sorveglianza che sia giustificata su criteri di rilevanza.

e&p anno 36 (6) novembre-dicembre 2012

Gli indicatori di salute ai tempi della crisi in Italia

Health indicators in the time of crisis in Italy

Epidemiol Prev 2012; 36 (6): 337-366

OBIETTIVO: stimare le conseguenze dell'attuale crisi economica italiana sulla salute e sulle disuguaglianze sociali nella salute, valutandone l'impatto su una serie di determinanti distali (sviluppo e benessere economico, lavoro, ambiente) e prossimali (fattori di rischio materiali, psicosociali, professionali, ambientali e comportamentali), sull'assistenza sanitaria e su alcuni esiti di salute normalmente associati all'andamento della congiuntura economica, quali la salute soggettiva, la depressione, il numero di suicidi e gli incidenti stradali e sul lavoro.
L'analisi è dunque funzionale all'identificazione degli *entry point* più promettenti per l'elaborazione di politiche sanitarie e non sanitarie orientate a contrastare e ridurre gli effetti negativi della crisi sulla salute.

DISEGNO: utilizzando i principali riferimenti internazionali e nazionali sulla misura del benessere e sul ruolo dei determinanti sociali, l'articolo disegna una mappa concettuale dei meccanismi con cui la recessione può influenzare la salute. Per ogni meccanismo identifica i primi indicatori disponibili in Italia attraverso i quali monitorarne l'andamento temporale a cavallo della crisi (controllando, laddove possibile, per il trend osservato negli anni precedenti) e ricavare prime tracce di effetti della crisi nel nostro Paese. Gli indicatori sono stati selezionati sulla base della disponibilità di serie temporali nelle principali fonti informative rappresentative a livello nazionale e, quando non possibile, a livello regionale o locale.

RISULTATI: a breve termine, in corrispondenza della recessione si evidenziano indizi preliminari di un aumento di occorrenza di indicatori sfavorevoli di salute mentale (suicidi, depressione, forme di dipendenza) che potrebbero essere spiegati in particolare dall'aumento dell'insicurezza del posto di lavoro. Primi esercizi di valutazione ex-ante di effetti a più lungo termine della disoccupazione sulla mortalità permettono di stimare un ordine di grandezza di alcune centinaia di morti all'anno attribuibili all'aumento della disoccupazione nel Paese. Per quanto riguarda gli effetti delle misure di austerità sulla spesa pubblica, in particolare di quella sanitaria, si osservano significative riduzioni dell'uso del livello di assistenza specialistica e farmaceutica, associate soprattutto all'aumento della compartecipazione alla spesa, con qualche segno di maggiore vulnerabilità dei gruppi sociali più svantaggiati, senza però che si evidenzino modificazioni degli indicatori di qualità, continuità ed esito, limitatamente ai percorsi assistenziali esaminati, diabete e percorso nascita.
Parallelamente la crisi sembrerebbe essere associata alle riduzioni degli infortuni sul lavoro (per quanto compensato da un aumento di quelli gravi) e degli incidenti stradali, dovute probabilmente alla diminuzione di fattori di pressione, quali l'attività produttiva e i consumi.

CONCLUSIONI: l'apparato concettuale sembra idoneo a mettere in opera in Italia un sistema di sorveglianza dell'impatto a breve termine e di valutazione di impatto ex-ante a medio e lungo termine degli effetti sulla salute della crisi, con particolare riguardo ai gruppi sociali più svantaggiati, soprattutto i disoccupati, che sono il bersaglio più sensibile.

PUNTI CHIAVE

- **Una vasta letteratura scientifica conferma che i periodi di crisi economica hanno un impatto prevalentemente negativo sulla salute e sulle disuguaglianze della salute.**
- **L'articolo ha esaminato per la prima volta in Italia l'andamento di una serie di indicatori che possono catturare gli effetti dell'attuale recessione su determinanti distali e prossimali, sull'assistenza sanitaria e su alcuni esiti di salute.**
- **La crisi ha un potenziale effetto negativo a causa dell'aumento di disoccupazione e precariato, dei tassi di povertà, dell'impatto di fattori psicosociali da una parte; della riduzione di comportamenti salubri e del ricorso all'assistenza sanitaria (specialistica e farmaceutica) dall'altra.**
- **Gli effetti diretti sulla salute sono particolarmente evidenti sulla salute soggettiva, sulla depressione e sui suicidi.**
- **In controtendenza la crisi sembrerebbe avere un effetto positivo sulla salute legato alla dimunizione della pressione produttiva e dei consumi, che sembra comportare una riduzione degli infortuni sul lavoro e degli incidenti stradali.**

ABSTRACT

Health indicators in the time of crisis in Italy

Epidemiol Prev 2012; 36 (6): 337-366

SCOPE: to estimate for the first time in Italy the consequences of the national current economic crisis on health and on social determinants of health, assessing its impact on a set of distal determinants (development and economic wellbeing, labour and environment) and of prossimal ones (material, psychosocial, professional, environmental and behavioural risk factors) on health care performance and on health outcomes normally related to economic trends, as self-perceived health, depression, number of suicides attempts, road traffic incidents and work injuries.
The analysis is therefore aimed at identifying the most promising entry points in order to plan and implement either health care and other policies to tackle the negative effects of crisis on health.

DESIGN: using the main international and national references on the measure of wellbeing and on the role of social determinants, this paper draws a conceptual framework of all the connections between recession and health. For each mechanism identified, it examines the value of the main available indicators before and during the crisis in order to measure its impact, adjusting if possible for the trend observed in the previous years.
Indicators have been selected according to their availability in the main Italian national informative sources and, when not possible, circumscribing the analysis to the regional or local level.

RESULTS: regarding the short term impact, results have shown an association between the recession and the raise of mental health related problems (measured in terms of number of suicides, depression and substance misuse), especially on the most disadvantaged groups because of their higher job and financial insecurity. A first ex-ante impact assessment on long term effects allows to attribute almost two hundred deaths a year due to the increase of unemployment rate.
Regarding the budget cuts on public expenditure of the health care sector, significant reductions have been shown in specialist care and in drug prescriptions, associated with the increase of co-payment and with a stronger effect on the most vulnerable socioeconomic groups. Nevertheless the crisis does not seem to be associated with a reduction of indicators of quality, continuity and outcomes of the health care, at least in the considered clinical pathways (diabetes and maternal and child health).
At the same time the crisis seems to be associated with the reduction in the rate of injuries in the workplace (although it has been observed an increase of the serious ones) and car crashes, probably explained by the reduction of industrial production and of household consumptions.

CONCLUSIONS: the conceptual framework seems to be the appropriate tool to set an Italian surveillance system for assessing the short and medium term impact of crisis on health, in particular the health of the most disadvantaged groups, mainly focusing on unemployed which are the most vulnerable target.

Key points

- **A wide scientific literature confirms that economic crisis periods have mainly a negative impact on health and on health inequalities.**
- **This paper analysed for the first time in Italy the trend of a set of indicators potentially capable to capture the effect on health of the current economic crisis, focusing on distal and proximal determinants of health, as well on the health care sector performance and health outcomes.**
- **Crisis has a potential negative effect due from one side to the increase of unemployment, temporary work, poverty rates and the impact of psychosocial effects; from the other to the reduction of access to the health care sector (limiting to specialist care and drug prescriptions).**
- **Direct effects on health are especially clear on self-perceived health, on depression and on the number of suicide attempts.**
- **On the contrary, crisis seems to have a positive effect on health due to the reduction of economic production and of households consumptions associated with a decrease of job injuries and car accidents.**

COME CAMBIA LA SALUTE DEGLI ITALIANI A CONFRONTO CON LA CRISI

L'Italia, insieme ad altri Paesi occidentali (quelli dell'Europa latina in particolare), sta attraversando la crisi più grave dal dopoguerra ad oggi, una crisi che è stata prima finanziaria poi economica e ora anche sociale, e alla quale l'Italia potrebbe risultare più vulnerabile per via della dimensione del suo debito pubblico sul piano finanziario, della sua resistenza all'innovazione sul lato economico e dell'inadeguatezza del *welfare* sul piano sociale. La crisi minaccia di compromettere tutte le dimensioni del benessere di una popolazione, di cui la salute è quella giudicata più importante.[1] E' possibile misurare cosa stia capitando agli indicatori di salute che sono più sensibili ai correlati della crisi?

Le misure di austerità intraprese dal governo per far fronte alla crisi, e a cascata dalle amministrazioni regionali e locali, esigono razionamenti della spesa pubblica che aggiungono ulteriore pressione alla sostenibilità sociale della situazione. I propositi di razionamento escludono di voler procedere con tagli lineari e di compromettere i livelli di tutela, ma finora nessuno si è preoccupato di verificare quanto siano assicurati i livelli di tutela nel concreto dei risultati di salute.

Inoltre la crisi potrebbe rappresentare una finestra di opportunità per le innovazioni sia sul lato economico e sociale sia su quello sanitario, innovazioni che dovrebbero essere guidate da adeguate conoscenze sui benefici di salute che si debbono perseguire e sui rischi che si dovrebbero evitare.

Questo articolo cerca di mettere a fuoco i principali meccanismi attraverso cui la crisi e le risposte alla crisi possono influenzare la salute, in modo da identificare gli indicatori che dovrebbero essere monitorati per garantire la capacità delle persone, delle comunità e dell'ambiente di promuovere e mantenere la salute, e la capacità del sistema sanitario di proteggerla in modo sostenibile. Contemporaneamente l'articolo proverà a raccogliere i primi dati già disponibili per questi indicatori in modo da tentare un primo bilancio di salute della crisi.

COSA SI IMPARA DALLE CRISI PRECEDENTI?

In questi ultimi tre anni le principali istituzioni internazionali [2] e alcuni esperti si sono impegnati a revisionare la letteratura riguardante gli effetti sulla salute dei cicli economici chi da un punto di vista più epidemiologico ed economico,[3-5] chi da un punto di vista più storico e di sanità pubblica;[6,7] a questi contributi si rimanda per una valutazione sistematica delle conoscenze disponibili. Partendo dai passaggi più tragici, come la grande depressione del 1929-32 o il secondo dopoguerra o la crisi sovietica dopo il crollo del muro, e attraversando poi le alternanti fasi recessive europee e di altri continenti dalla crisi petrolifera degli anni Settanta fino ai primi segni di impatto sulla salute della crisi attuale misurati in Grecia,[8] il bilancio di salute che emerge da queste rassegne presenta luci e ombre.

In generale gli studi di correlazione temporale tra andamento degli indici economici e dell'occupazione mostrano che i cicli economici positivi di sviluppo si accompagnano a un bilancio di salute a breve termine prevalentemente negativo nella misura in cui incentivano quei fattori di pressione dell'ambiente e dei comportamenti che costituiscono una minaccia per la salute. Infatti lo sviluppo economico da un lato aumenta lo sfruttamento delle risorse naturali, la produzione industriale e la spinta alla mobilità che è all'origine dell'inquinamento, degli incidenti stradali, degli infortuni sul lavoro; e dall'altro crea e distribuisce ricchezza, rendendo così accessibile a tutti l'adozione di stili di vita rischiosi per la salute. Viceversa in fase di recessione questi fattori di pressione si riducono producendo effetti favorevoli per la salute e la sicurezza nel breve periodo. Sulla stessa breve scala temporale il lato negativo della medaglia della crisi è dato dalla perdita o insicurezza nel lavoro e nel reddito e dalle loro sfavorevoli ricadute sulla salute, soprattutto sulla salute mentale e sui gruppi più vulnerabili. Nelle crisi più gravi come quella post sovietica a questi effetti si aggiunge il collasso delle istituzioni e dell'assistenza pubblica con effetti molto gravi sulla salute. Il bilancio aritmetico di questi diversi meccanismi di azione della crisi a breve e medio termine non è mai stato computato espressamente, ma risulta ampiamente negativo nelle grandi depressioni e rivolgimenti dove, come in Russia, ha mostrato cadute tragiche nella speranza di vita; lo stesso bilancio potrebbe essere più controverso nelle ricorrenti fasi economiche recessive.

Sembrerebbe invece fuori discussione che a lungo termine il bilancio di salute prodotto dai cicli di crescita possa risultare ampiamente positivo a patto che sia equamente distribuito: infatti il miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro che si realizza con la crescita della ricchezza e con l'uniformità della sua distribuzione si accompagna in modo direttamente proporzionale all'aumento degli indici di speranza di vita e di salute, come le riletture storiche dei 150 anni dall'Unità d'Italia hanno ampiamente documentato per il nostro Paese.[9]

Invece l'impatto sulla salute degli interventi di controllo e governo dei cicli economici è stato poco studiato, soprattutto quello delle specifiche azioni di austerità e sviluppo che si intraprendono in tempi di recessione, e solo recentemente si stanno mettendo in moto progetti di valutazione di impatto sanitario delle politiche, strategie, programmi e interventi in campo macroeconomico (politiche monetarie e fiscali), del lavoro (politiche attive e passive sull'occupazione, politiche di controllo delle condizioni di lavoro), del *welfare* (politiche sulla povertà, sul debito, sulla casa).[10-12]

In questo contesto è invece più controverso il ruolo della medicina e dell'offerta di assistenza sanitaria. La medicina con i suoi progressi lungo il tempo è un confondente importante, perché le sue innovazioni (in termini di diagnosi e cura) sono prevalentemente indipendenti dai cicli economici e però sono in grado di cambiare significativamente la storia naturale delle malattie, modificando incidenza sopravvivenza e disabilità delle persone e delle popolazioni; dunque ogni valutazione di impatto dei cicli economici sulla salute dovrebbe saper scontare il ruolo di queste innovazioni. Viceversa il ruolo dell'offerta di assistenza sanitaria non è indipendente dal ciclo economico, perché sia il Servizio sanitario nazionale sia la sanità privata risentono della limitazione nella disponibilità di risorse pubbliche e private in tempi di crisi, dunque può essere parte del problema o parte della soluzione al problema. Può essere parte del problema nella misura in cui le azioni di razionamento dell'offerta per contenere i costi del sistema pubblico, se riguardano livelli di assistenza appropriati, potrebbero diminuire il grado di tutela della salute con conseguenze sfavorevoli sugli indicatori di qualità ed esito delle malattie. Può essere parte della soluzione nella misura in cui il sistema sanitario (pubblico) viene usato di proposito in chiave anticiclica, sia per moderare gli effetti sfavorevoli della crisi sul benessere sia per sostenere l'occupazione, la ricerca e lo sviluppo in un momento di recessione.

In conclusione, volendo allestire un sistema di monitoraggio degli effetti della crisi sulla salute a partire dai risultati della letteratura, potremmo identificare e seguire i meccanismi con cui la crisi può influenzare la salute e le relative politiche di risposta. I meccanismi di generazione sono di diverso grado: si parte dalle condizioni del contesto, come le spinte di globalizzazione, i cambiamenti demografici, le impostazioni del *welfare*, dimensioni che sono meno facilmente influenzabili dalle politiche congiunturali; dentro questo contesto agiscono i deter-

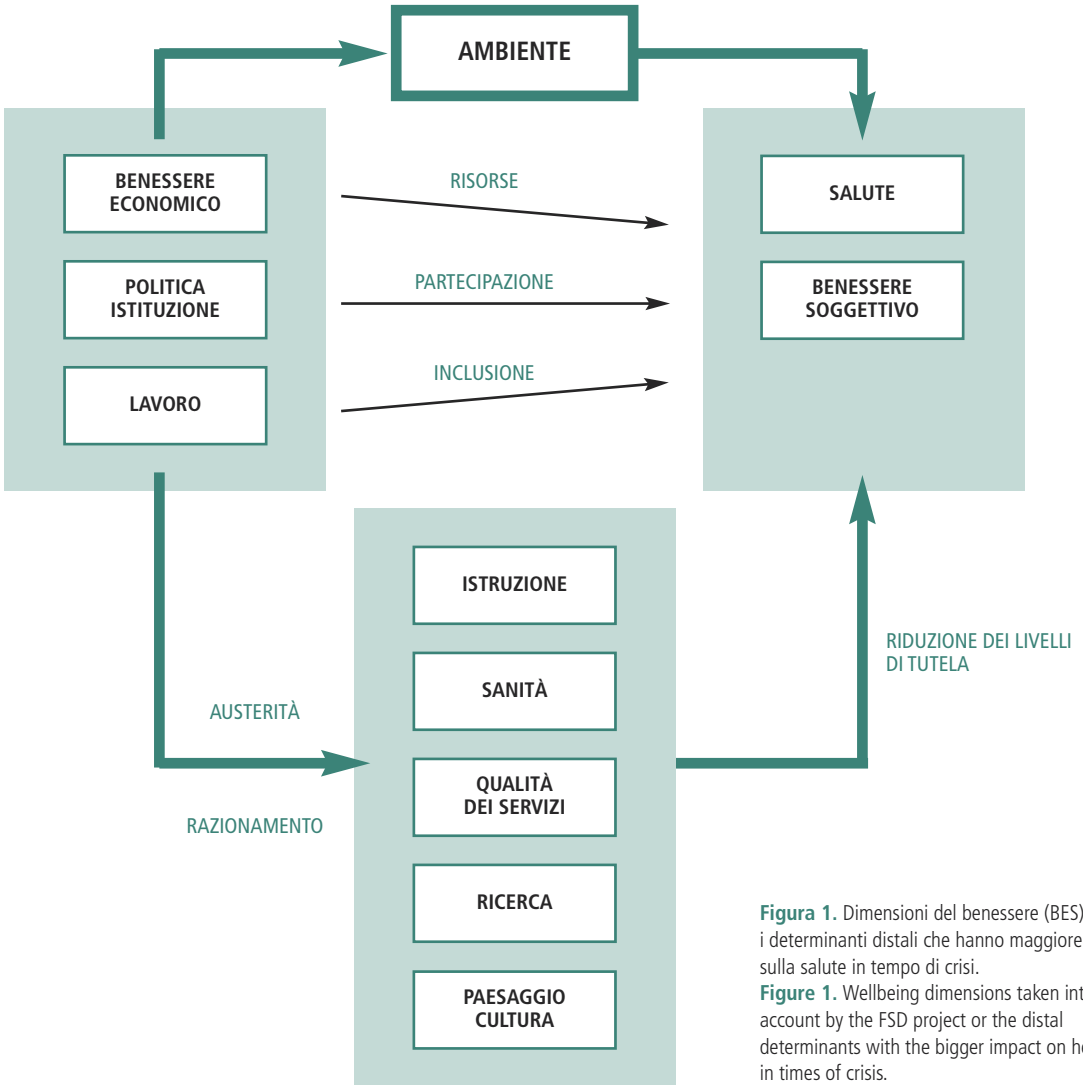


Figura 1. Dimensioni del benessere (BES) ovvero i determinanti distali che hanno maggiore impatto sulla salute in tempo di crisi.
Figure 1. Wellbeing dimensions taken into account by the FSD project or the distal determinants with the bigger impact on health in times of crisis.

minanti distali della salute, quelli che più sono sensibili alla crisi, come il lavoro, la povertà, i servizi e sui quali più spesso agiscono le misure di austerità della crisi; quindi sono da esaminare i determinanti prossimali cioè quei fattori di rischio che mediano l'effetto sulla salute dei determinanti distali, che sono meno frequentemente presi in considerazione dalle politiche anticrisi; infine ne derivano gli effetti sulla salute e le conseguenze sociali della salute compromessa.

MECCANISMI, RISPOSTE E INDICATORI PER LE VARIABILI DI CONTESTO

Sarebbe velleitario pensare al rapporto tra crisi e salute ignorando le principali forze di pressione che agiscono sul contesto e che spesso sono dei vincoli difficilmente modificabili dalle politiche congiunturali.[10] Le 2 principali variabili esterne di cui tener conto sono i cosiddetti processi di globalizzazione e i cambiamenti demografici; entrambe nei fatti hanno comportato un aumento dei livelli di dipendenza della nostra società.

1. La globalizzazione ha implicato un aumento della dipendenza economica da altri; in generale la politica e le istituzioni sembrano essere sempre più espropriate del controllo sull'economia, il principale propulsore dello sviluppo della società. In Italia, a causa del debito pubblico, delle intrinseche debolezze del sistema produttivo e del funzionamento delle sue istituzioni, la politica sembra meno in grado di pilotare il sistema paese fuori dai ricatti recessivi del rigore e verso nuove prospettive di sviluppo.

2. La demografia implica anch'essa crescente dipendenza. E' una dipendenza che minaccia la sostenibilità dello stato sociale, dato che aumenteranno ancora per una ventina di anni gli indici di dipendenza degli anziani e quindi la loro pressione sulla spesa pensionistica a svantaggio della spesa di investimento per lo sviluppo. Si tratta del tempo necessario perché si esaurisca l'invecchiamento della generazione dei *baby boomer*. La buona notizia è che si tratta di una generazione che, avendo condiviso condizioni di vita molto più favorevoli delle generazioni precedenti, invecchierà con livelli di salute più favorevoli e posticiperà la pressione della morbosità e della disabilità sui costi sanitari e sociali. Del resto lo snellimento delle fasce di età più giovani nella piramide per età della popolazione preoccupa molto per il mancato ricambio, l'impoverimento del denominatore produttivo e la sostenibilità delle pensioni. Infine il recente rimescolamento delle fasi nei cicli di vita (nell'educazione, ma soprattutto nel lavoro e nella formazione delle famiglie) rende inadeguato il disegno di buona parte delle politiche sociali che sono costruite su un ciclo di vita *standard* (composto da una successione ordinata del tempo della formazione nel giovane, del tempo del lavoro e della formazione della famiglia nell'adulto, e del pensionamento nell'anziano), uno *standard* che non c'è più.

In questa prospettiva la crisi rappresenta una seria minaccia alla salute, perché da un lato occorrerebbero risorse crescenti per sostenere il reddito delle persone, dall'altro la riduzione della spesa sociale e per servizi, lo spostamento del carico fiscale sulle imposte indirette (gravose per i meno abbienti) e la crescita del costo di molti servizi (in primo luogo tutte le tariffe) stanno andando in direzione opposta e contribuiscono a ridurre in modo drastico il potere di acquisto delle famiglie, limitando la loro autonomia e aggravando i rischi collegati all'aumento della disoccupazione e della precarietà. Come è noto, vi è un dibattito sull'efficacia delle politiche di rigore di bilancio, soprattutto considerato lo scenario macroeconomico in cui oggi vengono adottate e le spirali di riduzione del PIL e aumento ulteriore del debito che finiscono per generare, oltre ai rilevanti costi sociali che immediatamente impongono. Tuttavia, al momento esse rappresentano un vincolo in Europa per l'orientamento prevalente dei Governi e l'impossibilità dei Paesi più esposti a questo rischio, come l'Italia, di modificare tali orientamenti.

In questo contesto si confrontano due concezioni di *welfare,* una originaria e ancora prevalente di altruismo distributivo più o meno generoso e una più innovativa di investimento produttivo. La prima si accontenta di distribuire risorse e risulta prevalente in Italia; la seconda cerca di recuperare e promuovere la capacità di una persona di avere controllo sulla propria vita, di sapersi adattare ai cambiamenti, di far crescere le sue abilità e competenze, di concorrere alla formazione del capitale sociale, di muoversi sulla scala sociale nel ciclo di vita e su scala intergenerazionale, e risulta prevalente nel modello scandinavo. In una fase di crisi dove si moltiplicano i cambiamenti a cui la persona deve imparare ad adattarsi, i modelli che investono sulle risorse personali ambientali e collettive di autoefficacia risulterebbero più pertinenti ed efficaci.

DETERMINANTI DISTALI, RISPOSTE E INDICATORI

I determinanti distali della salute in condizioni di crisi possono essere identificati ricorrendo alle dimensioni del benessere definite dal progetto BES e già sopra richiamate.[1] Nella figura 1 le dodici dimensioni del BES sono ordinate in una sequenza di possibili nessi causali che descrivono i meccanismi attraverso cui la salute può essere influenzata dalla crisi. Lo schema concettuale è compatibile con quello elaborato dalla Commissione dell'Organizzazione mondiale della sanità sui determinanti sociali di salute.[13]

All'origine la mancata crescita minaccia il benessere economico che direttamente influenza la salute attraverso la caduta del livello delle risorse materiali disponibili e l'insicurezza economico finanziaria. Sullo stesso piano si colloca il

lavoro con l'aumento della disoccupazione e della precarietà del lavoro, e con la diminuzione della qualità della retribuzione, che hanno un effetto diretto sulla salute perché il lavoro è la fonte principale dell'inclusione. In mezzo ci sta la dimensione politica ovvero la quantità di controllo sulle decisioni che le persone condividono attraverso la politica e la partecipazione; anche questo determinante ha un impatto diretto sulla salute attraverso la coesione sociale che realizza. Inoltre, l'insieme di economia e lavoro che producono e distribuiscono risorse, insieme alla politica che ne regola il funzionamento sono all'origine di due strade indirette di impatto sulla salute e il benessere soggettivo. Una attraverso la quale la crescita economica influenza l'ambiente esterno, il quale a sua volta influenza la salute. L'altra attraverso la quale la crescita economica influenza le risorse disponibili per i livelli di tutela dell'educazione, dell'assistenza sanitaria e della qualità degli altri servizi, della ricerca e innovazione, del paesaggio e della cultura, le quali a loro volta influenzano la salute chi più direttamente come l'istruzione e la sanità, chi indirettamente come le altre dimensioni.
Ora, in una situazione di crisi e di recessione i determinanti distali che risultano colpiti in misura più marcata sono tre: il benessere economico, il lavoro e i livelli di tutela, soprattutto sanità e altri servizi sociali. Di seguito vengono esaminate le principali caratteristiche con cui si presentano gli effetti della crisi su questi determinanti, le rispettive azioni di contrasto e alcuni indicatori che potrebbero essere utilizzati per monitorarne l'andamento in funzione della salute. Gli autori sono consapevoli che, nei tempi troppo brevi utilizzati per elaborare questo documento e con il punto di vista prevalentemente epidemiologico disponibile, la trattazione di questi temi macro non può essere adeguata; tuttavia essi non intendono sottrarsi al compito di considerare tutte le dimensioni dei meccanismi di generazione degli effetti della crisi sulla salute, anche quelle più strutturali e distanti dalla salute, per permettere al lettore di apprezzarne il ruolo e di contribuire anche con le critiche a mettere a fuoco meglio gli aspetti dei determinanti distali che dovrebbero essere meglio monitorati per le ricadute sulla salute.

LO SVILUPPO E IL BENESSERE ECONOMICO

Sul lato dello sviluppo e del benessere economico gli indicatori più importanti per l'impatto sulla salute sono il prodotto interno lordo (PIL) e il livello di disuguaglianza di distribuzione del reddito. La letteratura dell'epidemiologia sociale indica l'esistenza di una relazione modesta tra le variazioni del PIL e gli indicatori di salute nei Paesi che stanno al di sopra di una soglia di sicurezza, che di solito si colloca sopra i 9-10.000 dollari procapite, come l'Italia. Viceversa oltre quella soglia il livello di disuguaglianza del reddito e di altre dimensioni del benessere sarebbe la variabile macroeconomica che influenza di più gli indicatori di salute: all'abbassarsi del livello di disuguaglianza di un Paese aumenterebbe la speranza di vita e di salute media.[14]
L'osservazione dei dati italiani[15] descrive una "brusca frenata" recessiva con un andamento del prodotto interno lordo che passa dal -5,5% del 2009 subito dopo l'esplosione della crisi a una modesta ripresa con un +1,8% nel 2010 e una grave flessione a +0,4% nel 2011; le previsioni spostano al 2013 inoltrato una inversione di tendenza del PIL. I fondamentali del sistema produttivo mostrano una capacità produttiva che non ha recuperato i livelli pre-crisi, e che rimangono vivaci solo sul versante della esportazione, mentre sono in ritardo nell'innovazione e nella produttività, e con una forte vulnerabilità alla concorrenza e alla delocalizzazione nei comparti meno competitivi e a basso valore aggiunto. I livelli di disuguaglianza di reddito sono correlati inversamente con il PIL e hanno evidenziato una crescita modesta tra il 2008 e il 2009 (l'indice di Gini è cresciuto di un punto percentuale) all'esordio della crisi; parallelamente la percentuale di povertà assoluta è cresciuta progressivamente ma in modo modesto, come verrà illustrato nel prossimo paragrafo. Il dibattito sulla scelta dell'indicatore più valido per misurare le disuguaglianze è ancora aperto e una quadro affidabile dell'andamento temporale delle disuguaglianze economiche è tuttora controverso.[16]
In questa situazione di stagnazione ci sarebbero due classi di politiche da integrare tra loro, quelle tese ad attenuare e fronteggiare le pressioni negative (maggiore competitività internazionale e delocalizzazione da un lato e invecchiamento della popolazione e disagio da immigrazione povera dall'altro), e quelle tese a coglierne le opportunità (grandi opportunità di esportazione di beni nei Paesi ad alto tasso di crescita e di attrazione di turisti, intorno al marchio Italia, e per l'immigrazione l'attrazione di immigrazione qualificata per riequilibrare il bilancio demografico e rispondere alle necessità del mercato del lavoro).
Queste duplici strategie in altri Paesi sono molto chiare. L'attrazione di immigrazione qualificata da un lato e la promozione delle esportazioni e della competitività internazionale per sfruttare la globalizzazione dall'altro sono praticate in modo sistematico dai maggiori Paesi. In Italia tutto il dibattito sulla crescita è molto ambiguo, perché ha dietro visioni ideologiche diverse. Sulle migrazioni solo recentemente è stato fatto un timido passo per consentire ai lavoratori molto qualificati di non rientrare nelle quote. Sulla 'crescita' una parte consistente degli attori ritiene che debba essere promossa investendo risorse aggiuntive, incidendo in modo radicale (ed efficace) sui meccanismi di funzionamento dei sistemi pubblici e privati dei servizi, e di quelli pubblici di regolazione, che sono il fattore cruciale di scarsa competitività italiana.

Di fronte a questi dilemmi l'esasperata attenzione sulle politiche di bilancio, protese a recuperare credibilità e sostenibilità su un debito pubblico molto esposto ai capricci della speculazione finanziaria, porta a sottovalutare le politiche di regolazione dei mercati (energia, comunicazioni, credito, infrastrutture eccetera), di semplificazione della burocrazia (giustizia, fisco, amministrazione pubblica in generale eccetera), di riordino del decentramento (competenze ai vari livelli) e di aumento dell'efficacia dei servizi tesi a potenziare il capitale umano e l'autonomia delle persone (istruzione, formazione, servizi per il lavoro, servizi e strategie di reintegrazione sociale, servizi e strategie di conciliazione). Inoltre, ragionare in termini di risorse economiche rende molto difficile difendere attraverso le politiche gli attuali livelli di reddito, anche perché i crescenti vuoti creati dalla crisi andrebbero coperti da politiche passive con crescente integrazione di risorse. Peraltro, questo sforzo, centrato sull'emergenza e sulla risposta di breve periodo priva di risorse le altre politiche, rimandate a un secondo tempo che rischia di non arrivare.

Seguendo questa impostazione, per monitorare questo determinante distale in funzione della salute, interesserebbe non solo illustrare gli indicatori tradizionali di produzione di ricchezza come il PIL e i suoi correlati, quanto scoprire o valorizzare gli indicatori che misurano la capacità di cogliere le opportunità del cambiamento internazionale e concentrare l'attenzione su queste. Per esempio, l'aumento della flessibilità numerica sul mercato del lavoro può essere un grave rischio per la salute, aumentandone i determinanti, che, come vedremo nel paragrafo successivo, sono la disoccupazione, anche di lungo periodo, lo spreco di competenze, l'incertezza del lavoro. Essa può essere fronteggiata con politiche passive, di supporto al reddito, o con politiche attive, attraverso servizi per il lavoro e la formazione, con l'obiettivo di rendere stabili le traiettorie professionali delle persone anche se passano per posti di lavoro diversi. Questa strategia assume una diversa teoria di funzionamento del mercato del lavoro e di difesa dell'integrazione e della salute, puntando a difendere la traiettoria invece del posto.

Un problema analogo si pone per i crescenti ritardi con cui lo stato assolve ai suoi impegni finanziari verso le imprese. Ciò ha recentemente portato a una crescita dei fallimenti direttamente causati dall'inadempienza della Pubblica Amministrazione nel rispetto dei tempi di pagamento e/o rimborso. In questo caso la diretta responsabilità delle politiche di blocco della spesa è evidente.

In conclusione, gli indicatori macroeconomici di sviluppo hanno segno negativo, ma il loro impatto atteso sulla salute potrebbe essere meno importante di quanto non sarebbe il peggioramento delle disuguaglianze di reddito la cui determinazione tuttavia è meno accurata e tempestiva.

IL LAVORO

Le minori *chance* date dalla situazione di crisi[11] si traducono in un aumento della disoccupazione e nell'allungamento della sua durata, ma anche – nei casi peggiori – nel fenomeno degli scoraggiati, di persone cioè che, non avendo o non percependo la possibilità di un impiego dignitoso, non lo ricercano più, ritirandosi dal mercato dal lavoro. Tra questi le categorie più vulnerabili sono le donne, in particolare madri, e i giovani, che in molti casi associano al non-lavoro anche una poca propensione rispetto ad attività educative e formative che potrebbero aumentarne l'occupabilità.

Anche la qualità dell'occupazione diminuisce. Innanzitutto perché le difficoltà del settore produttivo e le stesse minori *chance* occupazionali si traducono, anche per coloro apparentemente meno vulnerabili alla crisi – quali i dipendenti a tempo indeterminato di grandi imprese – in un maggior senso di insicurezza e stress, legato alla paura di perdita del lavoro e alle grandi difficoltà che si incontrerebbero nel cercare un reimpiego. Vi è poi per alcune categorie di occupati un deterioramento anche dei livelli retributivi e della loro continuità nel tempo, particolarmente rilevante per i lavoratori precari, autonomi e quasi-autonomi, nonché minori livelli di soddisfazione e realizzazione personale, legati alle maggiori difficoltà, in tempi di crisi, nel trovare un impiego che corrisponda alle proprie esperienze e competenze. Le persone più vulnerabili a questi rischi sono di nuovo i giovani, e i lavoratori meno qualificati, ancor più se immigrati stranieri.

Le risposte delle politiche possono consistere nel miglioramento dei servizi di incontro tra domanda e offerta di lavoro e un sistema di *welfare* e di regolazione maggiormente ispirato alla cosiddetta *flexsecurity*, che risulta di efficacia provata in alcuni Paesi, potenziando particolarmente le politiche attive del mercato del lavoro che sono oggi molto carenti, e/o nella concertazione tra le parti sulla riduzione dell'orario del lavoro e/o del salario altrettanto efficace in alcune circostanze storiche. Per quanto riguarda gli aspetti legati a povertà e disuguaglianze, servono misure di riordino dei trasferimenti e dei contributi per eliminare innanzitutto le molte differenze di tutela oggi presenti nel sistema di *welfare* e tendere a effetti redistributivi adeguati.

Gli indicatori utilizzati in questo ambito sono i classici indicatori sull'occupazione, da abbinare a indicatori riguardanti le politiche, che ne rappresentino la copertura e il grado di equità e di tutela delle platee interessate.

Sul versante della domanda di lavoro in forte contrazione le aziende hanno dapprima reagito attraverso la riduzione dell'orario e il ricorso a strumenti come la cassa integrazione per il segmento stabile della forza lavoro, agendo contemporaneamente sulla componente a termine della propria manodopera non rinnovando i contratti in scadenza e diminuendo significativamente le nuove assunzioni. A partire dal 2010 tuttavia si assiste a un'inversione di tendenza:[15] di fronte all'incertezza

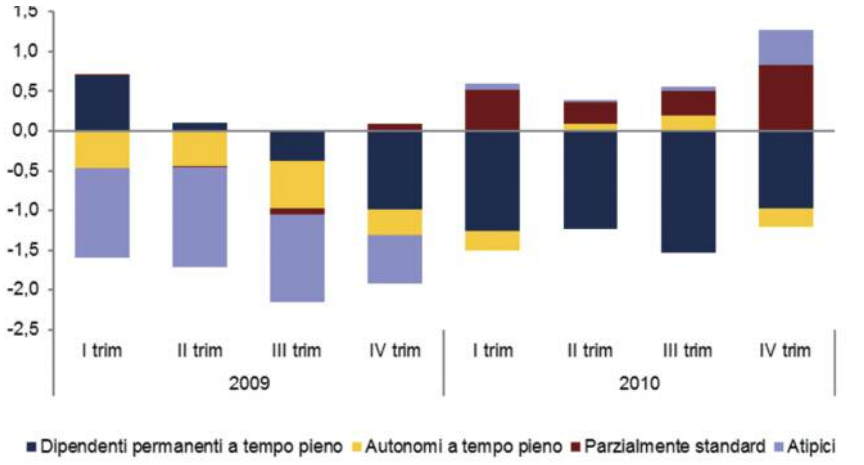


Figura 2. Occupati per tipologia lavorativa – Anni 2009-2011.
Contributi in punti percentuali alla variazione tendenziale dell'occupazione.
Figure 2. Employees by contract type, 2009-2011.
Survey on Labour Force - National Institute of Statistics.

Fonte: ISTAT, Rilevazione sulle forze di lavoro

e alla volatilità della ripresa economica le imprese riprendono ad assumere, ma soprattutto con contratti a termine. Infatti si registra un incremento degli occupati dipendenti a tempo determinato e di collaborazione (+5,3% nel 2011) a fronte di una riduzione significativa per i dipendenti a tempo pieno e a durata indeterminata (-0,6% nel 2011). Tale crescita è dipesa esclusivamente dai lavoratori involontariamente a tempo parziale, quelli cioè che hanno accettato un lavoro a orario ridotto non riuscendo a trovarne uno a tempo pieno. Sono aumentati soprattutto il numero di contratti di breve durata: nel 2011 quelli fino a 6 mesi sono cresciuti dell'8,8%, mentre è diminuito quello dei contratti con durata superiore all'anno (figura 2).

La disoccupazione negli anni della crisi ha mostrato un aumento consistente tra il 2008 e l'inizio del 2010 quando si è stabilizzata per qualche mese per poi risalire bruscamente dall'ultimo trimestre 2011 in poi; il fenomeno interessa tutte le fasce di età della forza di lavoro (figura 3). E' in aumento

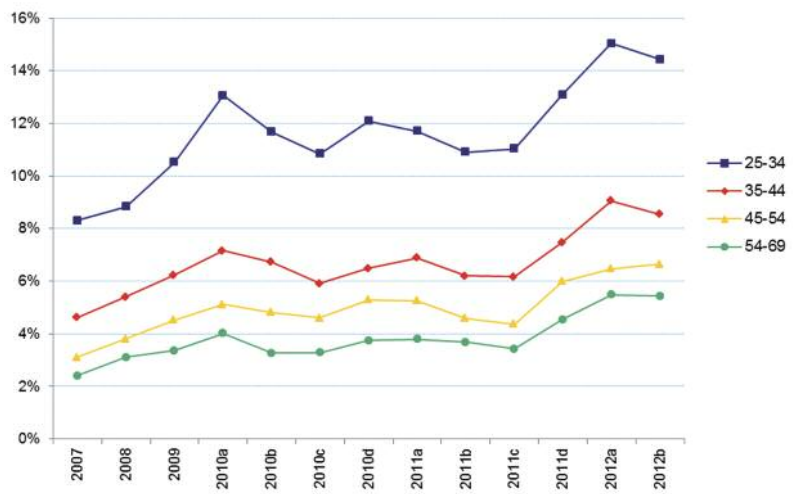


Figura 3. Tassi di disoccupazione per fasce di età in Italia dal 2007 al secondo trimestre 2012 nei dati della rilevazione ISTAT delle forze di lavoro.
Figure 3. Unemployment rates by age group, from 2007 to the second quarter of 2012, Survey on Labour Force – National Institute of Statistics.

anche la durata: un disoccupato su due cerca lavoro da almeno un anno, con un'incidenza della disoccupazione di lunga durata che ha toccato il 51,3% nel 2011, dal 45,0% nel 2008. Le persone più vulnerabili al rischio di disoccupazione sono ovunque i lavoratori più giovani e i più anziani, meno qualificati, di basso titolo di studio, maschi.[17] Un discorso a parte meritano i lavoratori stranieri. È chiaro infatti che l'attuale crisi economica ha espulso dal mercato del lavoro soprattutto gli italiani (-3,3% nel 2010), mentre l'occupazione straniera continua ad aumentare (+7,8%), soprattutto quella femminile. I lavoratori stranieri sono stati però marginalizzati nelle mansioni meno qualificate, nel precariato, nella sottoccupazione e, nei casi più estremi, verso il lavoro nero.[18]

La qualità della retribuzione peggiora: dal secondo trimestre del 2011 si è osservato un generale e progressivo rallentamento della dinamica retributiva che, combinandosi a un'accelerazione dell'inflazione ha determinato una diffusa perdita di potere d'acquisto dei salari. In particolare nel 2011, a fronte dell'inflazione al 2,8%, le retribuzioni lorde di fatto per unità di lavoro equivalenti a tempo pieno (Ula) nel totale dell'economia sono cresciute dell'1,4%, quasi un punto percentuale in meno rispetto al 2010 (2,3%).[19]

Altri indicatori importanti per la qualità del lavoro sono meno correntemente disponibili, come l'andamento delle ore lavorate, la distribuzione della sindacalizzazione, la qualità delle condizioni di lavoro.

In conclusione il contributo del determinante distale «lavoro» dovrebbe essere quello di potenziale maggiore impatto per l'effetto della crisi sulla salute sia a causa della maggiore precarietà del posto di lavoro, sia per la minore qualità del rapporto di lavoro sia per il possibile peggioramento delle condizioni di lavoro.

I LIVELLI DI ASSISTENZA

L'altra importante categoria di determinanti distali di salute è quella che riguarda i livelli di assistenza e il loro razionamento conseguente alla stretta finanziaria sui servizi pubblici. L'effetto atteso sulla salute dei livelli di assistenza è quello di controllare e diminuire l'incidenza della morbosità attraverso la prevenzione e di contenerne le conseguenze infauste sulla qualità della vita, sull'autosufficienza e sulla sopravvivenza attraverso le cure. La grandezza di questo impatto non è facilmente quantificabile in senso macroscopico, mentre è ben studiata per singole prestazioni sanitarie.

Il primo meccanismo d'azione non irrilevante riguarda la diminuzione dei livelli occupazionali e retributivi di questi settori, dato che il settore pubblico rappresenta una quota molto significativa della struttura produttiva del Paese. Per esempio, il settore socio assistenziale comunale impiega il 48,5%[20] delle risorse per cooperative sociali e altri soggetti del terzo settore a cui affida la gestione di servizi e interventi sociali, si tratta dei settori più colpiti dalle misure di austerità.

L'impatto più sensibile per la salute a lungo termine potrebbe essere quello derivante dai tagli nella scuola e nella ricerca, a causa del ruolo fondamentale che il capitale umano ha nel predire i livelli di salute di una persona e delle collettività, sia nella formazione di base sia in quella continua.

L'impatto a breve termine è invece soprattutto a carico del razionamento dei livelli di assistenza sociale e sanitaria, che potrebbe influenzare la disponibilità, l'accesso e l'uso dei servizi sanitari e sociali essenziali, appropriati e di qualità. Per quel che riguarda la spesa sociale, dati Istat del 2008 indicano in circa 6,7 miliardi di euro il valore di interventi e servizi sociali comunali, ai quali occorre aggiungere la compartecipazione degli utenti per alcuni servizi e interventi (circa 1 miliardo l'anno) e la quota a carico del Servizio sanitario (circa 1,1 miliardi l'anno), per un totale di spesa per interventi e servizi sociali dei Comuni pari a poco più di 8,7 miliardi di euro. Questa spesa è circa il 10% del totale della spesa per tutte le politiche socio-assistenziali (inclusiva di sostegno alle responsabilità familiari, contrasto alla povertà, non autosufficienza e disabilità eccetera). Nell'ultimo triennio le risorse che i Comuni destinano al sociale hanno subito un grave impatto dovuto alla combinazione dei tagli ai trasferimenti nazionali relativi alle politiche sociali e dei tagli ai bilanci di Regioni e Comuni; in tre anni i Fondi sociali nazionali sono stati tagliati in misura consistente, con il Fondo nazionale per le politiche sociali che è passato dal 2008 al 2011 da 929,3 milioni di euro a meno di 220 milioni, il Fondo per la non autosufficienza che nel 2011 ha subito un taglio netto di 400 milioni di euro rispetto al 2010, e sforbiciate profonde anche agli altri fondi sociali nazionali. Questi tagli ricadranno in primo luogo sull'utenza più socialmente vulnerabili (40% delle risorse per famiglie e minori, il 21,2% per gli anziani, una quota simile per i disabili e il 7% circa per la lotta alla povertà), un'utenza molto presente nelle fasce più fragili rispetto alla salute.[21]

Sembrerebbe meno probabile che le politiche di razionamento-razionalizzazione sappiano affrontare anche il problema strategico del miglioramento dell'efficacia dei servizi, attraverso una riorganizzazione dei processi di produzione dei servizi; non sono disponibili sistemi di osservazione in grado di misurare i miglioramenti dei servizi e, in senso comparativo, la differente efficacia delle unità organizzative, strumento in assenza del quale sarebbe impossibile orientare il cambiamento desiderato.

L'impatto delle misure di austerità sul finanziamento della spesa sanitaria è solo apparentemente meno grave di quello dell'assistenza sociale. Infatti il taglio principale è stato camuffato dietro il mancato finanziamento del fisiologico aumento dei costi del servizio sanitario, che, insieme all'allargamento della quota di compartecipazione alla spesa da parte degli utenti e al mancato rinnovo dei contratti del personale e dei convenzionati, ha realizzato economie per quasi il 20% del costo del SSN negli

ultimi dieci anni, un sacrificio che molti ritengono al limite della sostenibilità della natura del servizio sanitario pubblico. Una parte della produzione è stata nel frattempo trasferita al settore privato e la quota di spesa sanitaria privata è aumentata fino a una quota del 21%; ma anche queste componenti della produzione e della spesa stanno incominciando a manifestare segni di sofferenza dovuti al contenimento delle convenzioni con il SSN e alla riduzione delle capacità di spesa di contribuzione delle persone.[6]

Le azioni di contrasto e correzione dovrebbero esigere dalle misure di razionalizzazione e razionamento della spesa pubblica di misurarsi con il valore marginale delle utilità prodotte dai diversi servizi pubblici in tempi di crisi in modo da salvaguardare occupazione e livelli di tutela nei servizi che producono una più alta utilità marginale. Purtroppo la letteratura sulle misure riassuntive di impatto sulla salute non è ancora sufficientemente sviluppata da permettere valutazioni comparative quantitative sugli esiti di salute e di benessere dei diversi servizi e quindi delle diverse voci di spesa pubblica. Dal razionamento dell'assistenza nel suo complesso ci si aspetta un impatto sfavorevole sulla salute di misura non determinabile nel caso della sanità, e un aggravamento della prognosi dei problemi di salute nei gruppi socialmente vulnerabili nel caso dell'assistenza sociale.

L'AMBIENTE

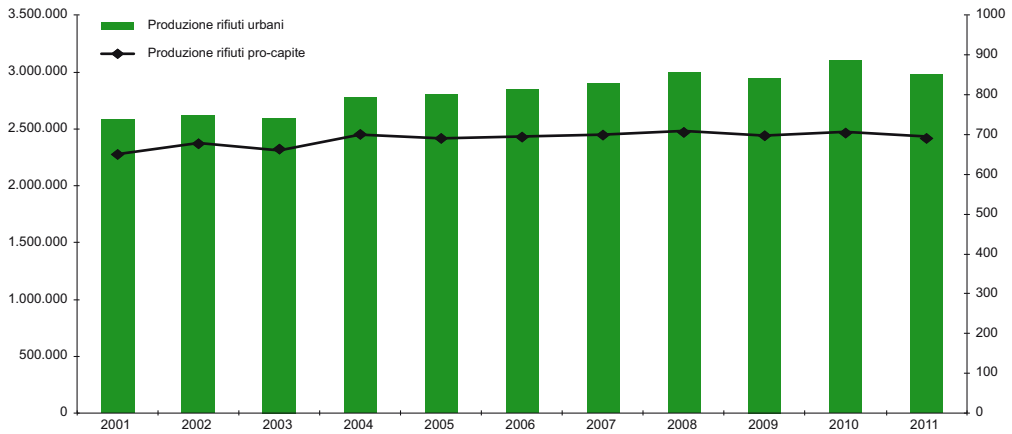
Tra i determinanti distali non bisognerebbe trascurare l'ambiente, che da un lato rappresenta uno dei bersagli dell'azione della caduta del benessere economico e dei livelli occupazionali dei tempi della crisi, e dall'altro è un determinante importante dei principali fattori di rischio per la salute. La crisi potrebbe limitare la forza dei principali fattori di pressione ambientale come l'intensità produttiva e le esigenze di mobilità motorizzata e per questa via avere effetti favorevoli sulla salute.

Il dato sulla produzione di rifiuti, fra gli indicatori di pressione, sembra quello più legato alla situazione economica di crisi. Il trend di produzione di rifiuti registra a livello nazionale dal 2006 un'inversione di tendenza nella produzione pro-capite di rifiuti urbani rispetto agli anni precedenti.[22] Nell'ambito regionale dell'Emilia-Romagna dove il dato riporta anche i cosiddetti rifiuti assimilati, che riflettono i consumi delle famiglie e la produzione artigianale, questa riduzione nella produzione di rifiuti si spinge fino al 2011, anno per il quale si nota una nuova contrazione.

Per monitorare il trasporto motorizzato si possono usare i dati del tasso di motorizzazione (rapporto tra il numero di autovetture presenti nel Pubblico registro automobilistico e la popolazione residente (Elaborazioni Istat su dati dell'Automobile Club d'Italia). In Italia nel periodo 2005-2010[23] si osserva un leggero e costante aumento del tasso di motorizzazione, che passa da circa 590 a 606 autovetture per mille abitanti, dovuto in buona misura all'evoluzione in forte crescita dell'indicatore nel Mezzogiorno. Però dal 2009, in coincidenza con la crisi, l'indice è in leggera diminuzione, passando da 613,2 del 2008 a 611,3 nel 2009 e a 606,0 nel 2010

La tutela ambientale potrebbe essere anche influenzata dai disinvestimenti che conseguono alle restrizioni finanziarie della spesa pubblica e dell'impresa, con un peggioramento della capacità di tutela del territorio, delle condizioni di lavoro e della qualità dell'abitare. In un contesto di crisi si tende a vedere nelle misure di contrasto un inutile appesantimento burocratico e procedurale da correggere e semplificare per promuovere la crescita. Il recente caso di Taranto dimostra quanto possa essere dolorosa la controversia tra la tutela della salute via tutela ambientale e la tutela della salute via tutela occupazionale. La questione richiama la necessità che anche in questo caso, come nelle scelte di razionamento della spesa pubblica, la società trovi un ragionevole accordo sull'utilità marginale delle diverse utilità che sono in gioco in queste scelte a confronto.

Figura 4. Produzione rifiuti urbani assimilati in Emilia-Romagna per anno.
Figure 4. Annual production of municipal assimilated waste in Emilia-Romagna Region.



Fonte: Elaborazioni Arpa sui dati provenienti dai rendiconti comunali (sito web: www.arpa.emr.it)

DETERMINANTI PROSSIMALI (O FATTORI DI RISCHIO), RISPOSTE E INDICATORI

A questo punto si può esaminare direttamente l'andamento temporale dell'esposizione ai principali fattori di rischio per la salute che intermediano l'effetto sulla salute dei determinanti distali. Il loro monitoraggio permette di valutare tempestivamente gli effetti positivi o negativi sulla salute che potrebbero conseguire alla crisi, in tempi più o meno brevi in relazione alla rispettiva latenza di azione di ogni fattore. Le principali categorie di fattori di rischio che si prendono di solito in considerazione sono i fattori materiali, quelli psicosociali, le condizioni di lavoro e di vita, gli stili di vita, l'accesso e l'uso dei servizi sanitari e sociali.

I FATTORI DI RISCHIO MATERIALI

Una crisi che colpisce la crescita economica e il lavoro influenza innanzitutto il principale fattore di rischio materiale per la salute, che è il reddito necessario per garantire le condizioni di vita che la persona ritiene necessarie per una vita sana. In alcuni Paesi (UK, per esempio) questa grandezza è stata stimata attraverso un paniere di beni e servizi essenziale per una vita in salute e il relativo reddito minimo necessario.[24] Negli ultimi due anni la ricchezza netta delle famiglie italiane è diminuita, soprattutto nella componente finanziaria.[25] In Italia dall'anno di esordio della crisi, il 2008, l'incidenza della povertà assoluta è cresciuta da 4,6 a 5,2%, un aumento particolarmente evidente nell'ultimo anno disponibile (il 2011) e che si manifesta con un intensità più importante nel Centro e nel Sud del Paese (tabella 1). La crisi non sembra aver modificato la distribuzione degli indici di povertà, concentrata sulle fasce tradizionalmente più vulnerabili come le famiglie numerose, i bambini, gli anziani e il mezzogiorno. Fenomeni di nuova povertà sono invece emergenti sia in letteratura che nella esperienza dei servizi. Sono cresciuti i nuclei familiari esclusi da interventi (non abbastanza poveri) ma molto "fragili"; cioè i vulnerabili, che possono cadere in povertà al primo evento avverso (per esempio, spese o disoccupazione). E a causa di limitazioni drastiche dei finanziamenti per l'assistenza sociosanitaria ai non autosufficienti (sia residenziale sia domiciliare) cresce il numero di famiglie che si impoverisce per dovervi provvedere con proprie risorse.

	ITALIA	NORD	CENTRO	MEZZOGIORNO
2011	5,2	3,7	4,1	8,0
2010	4,6	3,6	3,8	6,7
2009	4,7	3,6	2,7	7,7
2008	4,6	3,2	2,9	7,9

Tabella 1. Incidenza di povertà assoluta per ripartizione geografica. Anni 2008-2011, valori percentuali.
Table 1. Incidence of absolute poverty by geographical area, 2008-2011 (%).

Inoltre in tempi di crisi aumenta da un lato la necessità di ricorrere a prestiti e dall'altra la vulnerabilità al rischio di non essere capaci di pagare gli interessi sui debiti e i mutui, soprattutto per le persone che non hanno una sufficiente capacità di prevedere e gestire i rischi. In Italia le condizioni finanziarie del settore privato rimangono nel complesso equilibrate. I debiti finanziari delle famiglie italiane in rapporto al reddito disponibile rimangono bassi nel confronto con gli altri principali Paesi. Tra il 2008 e il 2010 la quota dei nuclei con debiti, già contenuta, è scesa ulteriormente (al 24,1%, dal 26,5); si è inoltre ridotta la percentuale di famiglie con basso reddito che hanno un mutuo (tra quelle appartenenti al quartile di reddito più basso la quota si è dimezzata, al 4,8%), a causa sia della minore offerta di credito sia della minore domanda. A limitare la vulnerabilità finanziaria delle famiglie concorre il basso livello dei tassi di interesse sui mutui in essere e misure pubbliche e private varate a partire dal 2009, in particolare quelle sulla moratoria sui mutui.[26]

Rispetto ai suddetti indicatori economici, la percezione del livello di soddisfazione per le condizioni materiali descrive il ruolo del fattore di rischio materiale in modo più sensibile, perché coglie non solo i fatti ma anche le tensioni derivanti dalla mancata soddisfazione delle aspettative. Nei dati dell'indagine ISTAT multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" le persone poco o per niente soddisfatte della situazione economica degli ultimi dodici mesi che erano stabilmente intorno al 45-47% tra il 2003 e il 2007 si impennano al 53,7 % nel 2008 per poi stabilizzarsi intorno a 50% negli anni più recenti.[27]

Volendo riassumere il fattore di rischio legato alle risorse materiali disponibili mostra un sensibile aggravamento con la crisi sia in termini di una diminuzione del reddito medio sia di un aumento di più del 10% nella frequenza della povertà assoluta; nella letteratura epidemiologica ed economica c'è consenso sulla associazione tra reddito e salute, anche se la natura causale di questa associazione è ancora controversa.

I FATTORI DI RISCHIO PSICOSOCIALI

I fattori di rischio psicosociali risultano i meccanismi più sensibili ai determinanti distali colpiti dalla crisi: lo stress finanziario del debito personale o dell'impresa, la solitudine, l'isolamento, il senso di esclusione sociale che conseguono alla perdita del lavoro sono altrettanti fattori di rischio che minacciano la salute psichica e mentale.[28-31]

Anche la minaccia di perdita del lavoro pare avere conseguenze sulla salute mentale e i suoi effetti sarebbero modificati dallo stato del mercato del lavoro e dal grado di ri-occupabilità dei lavoratori. Infatti, confrontando i dati europei sulla probabilità di perdere il lavoro e sulla salute mentale tra l'indagine European Quality of Life Survey (EQLS), condotta nel 2007, e l'indagine European Working Conditions Survey (EWCS), effet-

tuata nel 2010 (figura 5), si nota un raddoppio della percentuale di soggetti che dichiarano che sia probabile o molto probabile poter perdere il loro lavoro nei prossimi 6 mesi (dal 7-8% a circa il 15%).[32] Tra le due indagini vi è un forte aumento della differenza nell'indicatore di benessere mentale WHO-5 tra questi soggetti e quelli che riferiscono come molto improbabile la perdita del lavoro. Ciò indicherebbe che nel 2010, a causa delle minori possibilità di trovare un nuovo lavoro rispetto al 2007, i lavoratori a rischio di perderlo presentano un livello di salute mentale peggiore di quelli nelle stesse condizioni in periodi di minore disoccupazione e maggiore occupabilità.
Il grado di ri-occupabilità dei lavoratori sembra pure influenzare l'effetto della minaccia di perdita del lavoro sulla salute mentale, con i soggetti a bassa occupabilità che presentano livelli di benessere mentale nettamente inferiori a quelli ad alta occupabilità, in particolar modo tra i lavoratori che riferiscono come probabile o molto probabile di perdere il loro lavoro nei prossimi sei mesi (EWCS, 2010).
L'effetto della minaccia di disoccupazione sulla salute mentale è modificato dalla ri-occupabilità in tutte le classi sociali occupazionali, ma risulta maggiore tra i lavoratori manuali (EWCS, 2010).
Le azioni di contrasto di provata efficacia su questi effetti sono le politiche attive sul mercato del lavoro e quelle che puntano a mantenere attiva l'identità e la prospettiva di impresa come la cassa integrazione in particolare in tempi di crisi, oltre che gli investimenti sulla spesa sociale a supporto delle famiglie per la prevenzione del suicidio.
Riassumendo la distribuzione dei fattori di rischio psicosociali sembra possa essere uno dei mediatori più importanti dell'impatto sulla salute dei determinanti distali mossi dalla crisi.

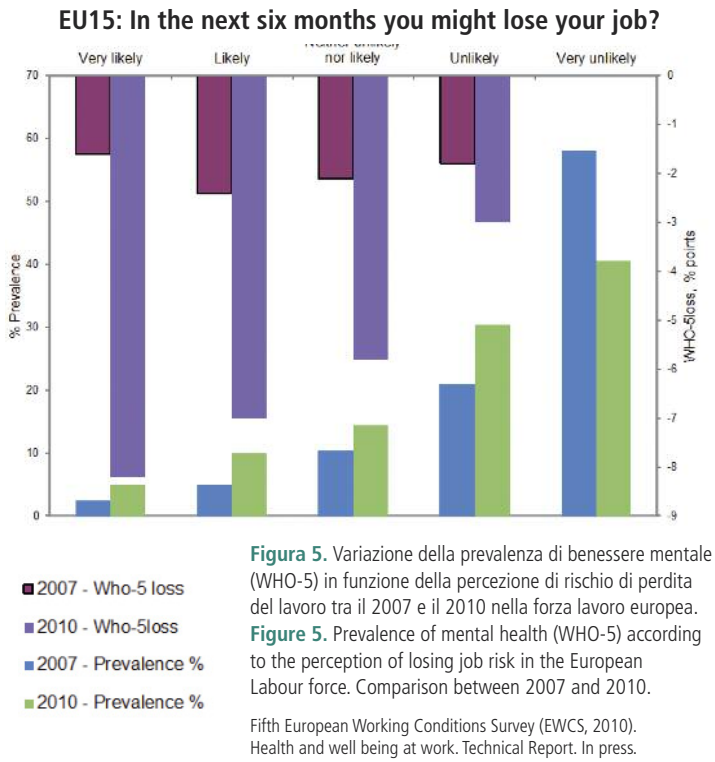


Figura 5. Variazione della prevalenza di benessere mentale (WHO-5) in funzione della percezione di rischio di perdita del lavoro tra il 2007 e il 2010 nella forza lavoro europea.
Figure 5. Prevalence of mental health (WHO-5) according to the perception of losing job risk in the European Labour force. Comparison between 2007 and 2010.

Fifth European Working Conditions Survey (EWCS, 2010). Health and well being at work. Technical Report. In press.

I FATTORI DI RISCHIO PROFESSIONALI

I fattori di rischio che descrivono le condizioni di lavoro sono quelli relativi all'ambiente di lavoro (sicurezza e igiene) e all'organizzazione del lavoro (stress lavorativo o *job strain*), e alla qualità del rapporto di lavoro. Si è detto che la crisi può peggiorare la qualità del rapporto di lavoro, mentre l'effetto sull'attenzione e sugli investimenti sull'ambiente e sull'organizzazione del lavoro sarebbe più controverso. I principali interventi di correzione di provata efficacia (soprattutto sui fattori di stress lavorativo) sono quelli partecipativi sull'organizzazione del lavoro (efficaci sulla salute mentale e sull'abuso di alcool) e quelli sulla gestione individuale dello stress.[33]
I dati delle indagini EWCS[32] sull'esposizione a stress lavorativo mostrano tra il 2005 e il 2010 una riduzione dell'intensità del lavoro (job demand) e un aumento dell'autonomia lavorativa (job control) nei lavoratori italiani (contrassegnati con "IT"), anche se entrambe di modesta entità (figura 6). Non è chiaro, comunque, se tale miglioramento dell'esposizione a fattori psicosociali sul lavoro non sia in realtà dovuto da un lato a una espulsione selettiva durante la crisi economica dei lavoratori impiegati in mansioni manuali e routinarie, caratterizzate da basso controllo sul lavoro, dall'altro da una riduzione dei livelli di produzione, causata da una contrazione della domanda dei beni prodotti.

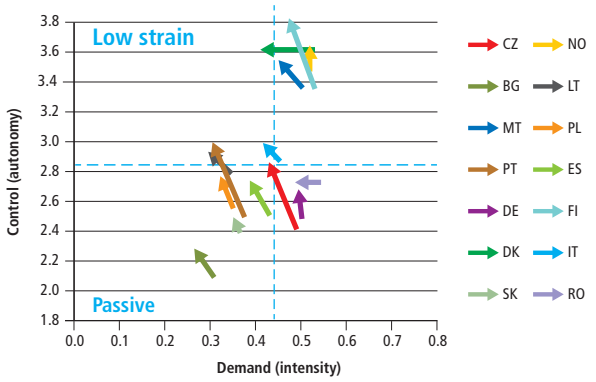


Figura 6. Cambiamenti nelle medie di Job Demand and Control tra le indagini EWCS 2005 e 2010, per Paese.
Figure 6. Variation in the average value of Job Demand and Control 2005-2010 according to the results of EWCS survey, by Country.

Non sono disponibili altri dati comparabili nel tempo per valutare l'andamento dei livelli di igiene e sicurezza degli ambienti di lavoro in corrispondenza della crisi, e le poche informazioni sul lieve miglioramento dei fattori organizzativi di cui sopra, unitamente ai dati in discesa degli infortuni che verranno descritti nel successivo paragrafo, lasciano intendere che la diminuzione della pressione produttiva conseguente alla crisi abbia anche ridotto i ritmi e permesso una maggiore attenzione alla sicurezza e forse anche all'igiene degli ambienti e dei processi. Quindi questi fattori di rischio potrebbero giocare un ruolo positivo anche se lieve negli effetti della crisi sulla salute.

I FATTORI DI RISCHIO AMBIENTALI

Anche i fattori di rischio ambientali potrebbero essere sensibili alla crisi, come suggerito dal leggero miglioramento dei fattori di pressione descritti nel precedente paragrafo e dai primi dati sulla diminuzione degli infortuni da incidenti stradali descritti nel successivo paragrafo. In effetti i dati di inquinamento dell'aria mostrano un calo fino al 2010. L'esposizione della popolazione a inquinamento dell'aria in ambito urbano vede una diminuzione costante nel tempo dell'esposizione media sulla base dei dati di concentrazione media annua di PM10 delle stazioni di rilevamento di *background* urbano e suburbano (periferia urbana): le medie pesate sulla popolazione passano da valori di 39,5 del 2006 a 36,1 2007 a 33,3 nel 2008 a 33,0 nel 2009 a 29,8 nel 2010.[22] Anche i giorni di sforamento dei livelli di PM10 confermano il trend in diminuzione delle concentrazioni di questo inquinante; ma non è possibile disarticolare il ruolo della crisi economica in questo generale andamento positivo, né si può escludere l'influenza di fattori diversi, come le situazioni meteorologiche e le operazioni di mitigazione. Peraltro i dati di inquinamento per il 2011 (in Emilia-Romagna, ma non solo) riportano un aumento dei livelli medi di inquinamento in area urbana.
Anche nel caso dei fattori di rischio ambientali l'impatto atteso ai tempi della crisi sembra possa essere moderatamente positivo per la salute.

I FATTORI DI RISCHIO COMPORTAMENTALI

I fattori di rischio legati ai comportamenti riguardano i principali stili di vita influenzabili dalla crisi ai sensi di quanto registrato in letteratura: fumo, alcool, esercizio fisico, dieta, dipendenze da sostanze, dipendenza da gioco. Per il consumo di tabacco ci si aspetta una sostanziale stabilità dei consumi riferiti che risulterebbe da un lato da una diminuzione dei consumi correlata con l'aumento relativo del costo e dall'altro da un aumento dei consumi come comportamento adattativo ai fattori stressanti. Il consumo di alcool è il più sensibile agli effetti della crisi: la diminuzione dei consumi conseguente all'aumento relativo del costo potrebbe essere controbilanciata da un trasferimento delle forme di dipendenza illegali in legali e dall'aumento dell'abuso acuto come comportamento adattativo allo stress. Non dovrebbero esserci significativi cambiamenti nel trend delle dipendenze da sostanze illegali, mentre ci si aspetta un aumento delle nuove forme legali di dipendenza come il gioco d'azzardo. Anche l'aumento del sesso non protetto dovuto ad aumento della prostituzione o di uso insicuro di droghe illegali potrebbe essere alla base dell'aumento del contagio per infezioni sessualmente trasmesse. Anche il sonno potrebbe subire un peggioramento a causa dell'ansia e dello stress, ma i disturbi del sonno sono più difficilmente monitorabili. L'alimentazione e l'esercizio fisico potrebbero subire delle variazioni sfavorevoli nelle loro componenti più costose, a causa della restrizione dei redditi familiari (consumo di frutta e verdura, e palestra per ginnastica). Anche nel campo veterinario ci si potrebbe attendere qualche effetto sfavorevole, come un aumento dell'abbandono di animali domestici per via dei costi.
Per il monitoraggio di questi fattori di rischio l'Italia ha a disposizione due sistemi di sorveglianza, uno statistico, l'indagine ISTAT multiscopo annuale che ha un livello di copertura completo del territorio e della popolazione, e uno di sanità pubblica, l'indagine PASSI, un sistema di sorveglianza continuo dei principali fattori di rischio e delle relative misure di contenimento con una copertura quasi completa della popolazione adulta. Entrambi permettono di valutare l'andamento negli ultimi anni di una parte significativa di questi fattori e, nel caso di PASSI , anche quello delle loro misure di controllo.[27-34]

■ IL FUMO

Per quanto riguarda il fumo i dati ISTAT mostrano una lieve diminuzione della prevalenza dei fumatori fino al 2005 e una lieve ripresa dal 2008 insieme con un aumento relativamente costante dei successi nella cessazione del fumo; contemporaneamente si è verificata una costante e significativa riduzione del numero di sigarette fumate in media, (figura 7).
I dati PASSI permettono di esplorare con maggior dettaglio geografico e temporale questi andamenti negli ultimi anni di crisi (figura 8). In questa fonte , osservando il fenomeno per mese, nel periodo 2008-11 si osserva che la riduzione della prevalenza di fumatori è significativa solo per le Asl del Centro d'Italia, per le quali il valore medio passa dal 31,6% al 28,8%, mentre nel resto d'Italia l'andamento è compatibile con una sostanziale stabillità dell'abitudine negli anni della crisi.
Invece l'indagine PASSI segnala che i tentativi di smettere di fumare sarebbero in calo, contrariamente alle cessazioni del fumo che sarebbero in aumento nell'indagine ISTAT. A livello nazionale, si passa in media dal 41% al 38% (figura 9). Stratificando per macroarea, si conferma il decremento

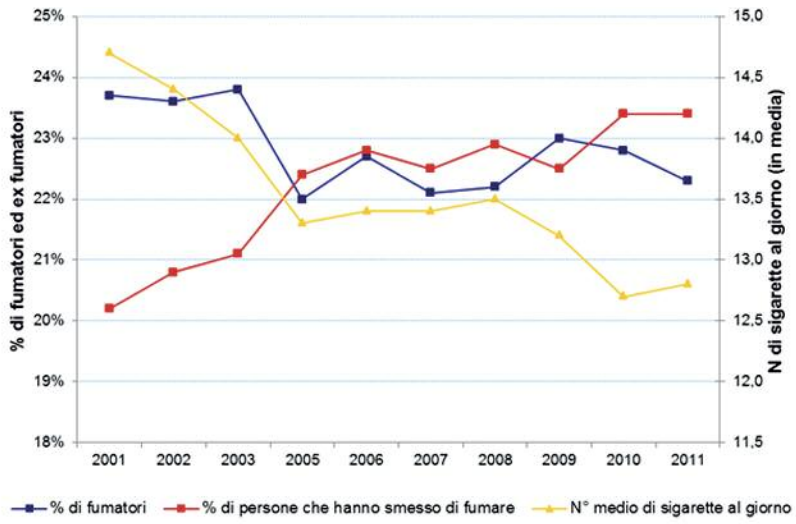


Figura 7. Andamento dell'abitudine al fumo in Italia dal 2001 al 2011 nei dati dell'indagine ISTAT multiscopo "Aspetti della vita quotidiana".
Figure 7. Trend of smoking habit in Italy, 2001-2011. Multipurpose Surveys on Households Aspects of daily life – Italian National Institute of Statistics.

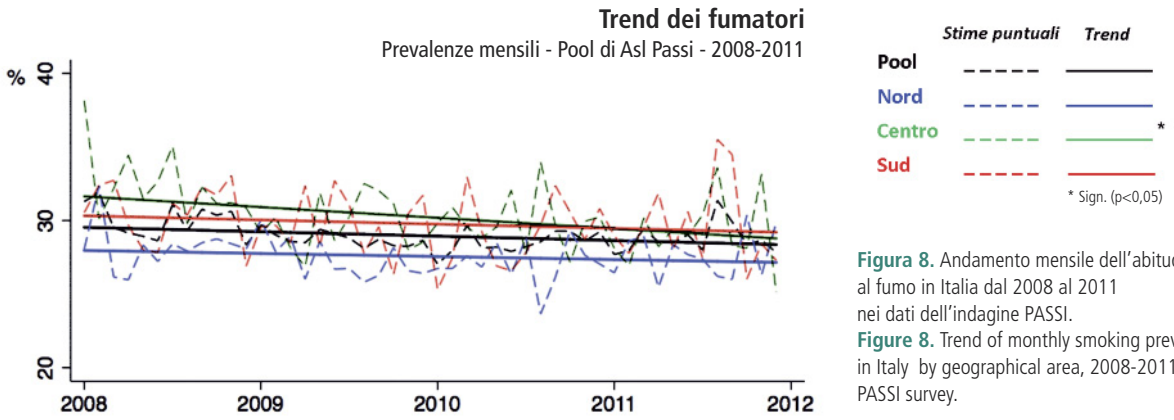


Figura 8. Andamento mensile dell'abitudine al fumo in Italia dal 2008 al 2011 nei dati dell'indagine PASSI.
Figure 8. Trend of monthly smoking prevalence in Italy by geographical area, 2008-2011. PASSI survey.

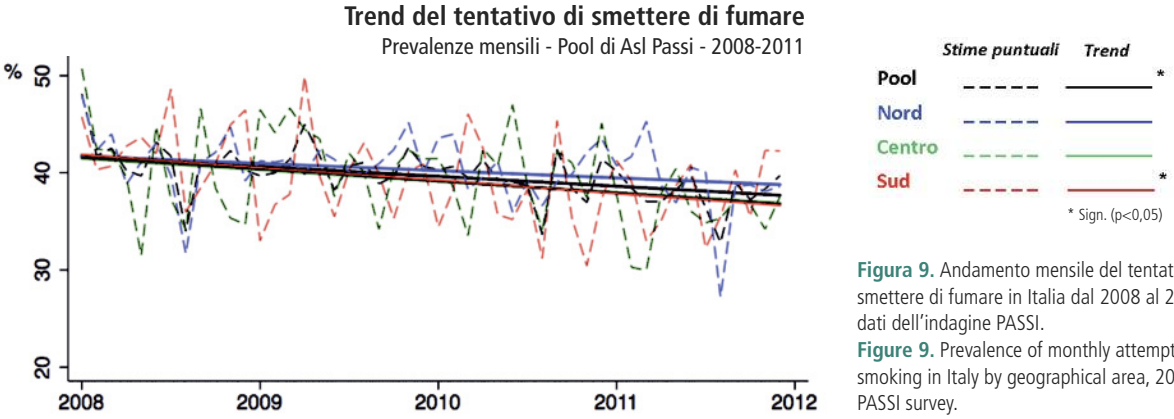


Figura 9. Andamento mensile del tentativo di smettere di fumare in Italia dal 2008 al 2011 nei dati dell'indagine PASSI.
Figure 9. Prevalence of monthly attempts to quit smoking in Italy by geographical area, 2008-2011. PASSI survey.

solo per il Sud per il quale il valore medio decresce dal 42% al 37%. Le due informazioni non sono incompatibili, un po' per la differenza di età delle due popolazioni indagate, un po' perché PASSI esplora i tentativi di cessazione e sarebbe più sensibile all'aggravamento dei fenomeni di dipendenza da fumo che contrastano la scelta di tentare di smettere di fumare.

Sempre per quanto riguarda il fumo di tabacco anche i dati DOXA confermano la diminuzione nella proporzione di fumatori negli ultra quindicenni da 22,7% nel 2011 a 20,8% nel 2012 proseguendo il trend in discesa in atto da molti anni, come pure nel numero di sigarette fumate al giorno: 13,0 nel 2012, erano 14,4 nel 2008. La spesa media settimanale è passata da 16,3 euro nel 2009 a 13,9 euro nel 2012. Si registra una flessione anche nelle vendite complessive del tabacco (-1,8% nel 2011 rispetto al 2010) a scapito soprattutto delle marche più costose. Aumenta il ricorso al tabacco sfuso che consente di risparmiare circa la metà del costo. Nel 2012 l'8,5% degli italiani, soprattutto tra i giovani, costruisce a mano la sigaretta. Nel 2009 il consumo dei cosiddetti "trinciati" era del 2,7%. Tuttavia, nonostante la crisi economica, il 76,2% di coloro che continuano a fumare non ha cambiato le sue abitudini, si sente in buona salute – e per questo non pensa di smettere - e le sigarette sono al penultimo posto della lista di cose a cui si rinuncia per effetto appunto della crisi.[35]

In conclusione le diverse fonti confermano che il fumo, il principale singolo fattore di rischio per la salute, ha interrotto nel corso della crisi la diminuzione del numero di esposti in termini di fumatori e di dosi indipendentemente dalla crisi. Il fatto che i tentativi di cessazione del fumo stiano diminuendo soprattutto nelle aree del Paese più colpite dalla crisi come il Mezzogiorno suggerisce di non abbassare la guardia nella sorveglianza di questo stile di vita in corrispondenza della crisi, poiché potrebbero esserci gruppi sociali o aree del Paese maggiormente vulnerabili all'uso della dipendenza da fumo come comportamento adattativo ai problemi della crisi.

L'ALCOL

Per quanto riguarda l'alcool i dati dell'indagine ISTAT multiscopo mostrano una diminuzione costante nelle diverse forme di abuso di alcool già a partire dalla metà degli anni 2000 (figura 10). Una diminuzione che sembra interrompersi tra il 2008 e il 2010 in corrispondenza dei primi anni della crisi per poi riprendere nel 2011 in tutte le aree del Paese. A risultati simili portano i dati PASSI per i consumatori abituali di elevate quantità di bevande alcoliche nei soli anni della crisi.

Per quanto riguarda i dati di consumo di alcol il consumo procapite di alcol puro è diminuito da 7,7 litri nel 2004 a 6,1 nel 2012 proseguendo una tendenza ultradecennale alla diminuzione. La diminuzione ha interessato sia il vino (da 5,3 a 4,0) sia la birra (da 1,5 a 1,4) sia gli spiriti (da 0,9 a 0,7).[36] Dal 2001 al 2011 il numero di consumatori giornalieri di bevande alcoliche decresce dal 35% al 28% mentre aumenta la quota di quanti dichiarano di bere alcolici fuori dai pasti (dal 25% nel 2001 al 28% nel 2011.[37]

Sistemi di sorveglianza locali sugli adolescenti, come EDIT in Toscana,[38] hanno misurato nel 2011 una tendenza all'aumento di molti comportamenti a rischio tra i ragazzi 14-19 anni: più 5% nel *binge drinking* (rispetto al 2008), più 3% nella diffusione di droghe (rispetto al 2005), più 4-5% nella prevalenza di fumatori regolari rispettivamente in maschi e femmine (rispetto al 2005), più 3,8% nel sovrappeso (rispetto al 2008), ma non sono in grado di distinguere il contributo della crisi da quello di un andamento atteso.

A un livello macroscopico il consumo di alcool non sembra essere particolarmente sensibile agli effetti della crisi, ma le medie potrebbero nascondere differenze importanti tra gruppi più o meno vulnerabili a questo meccanismo di azione della crisi sulla salute.

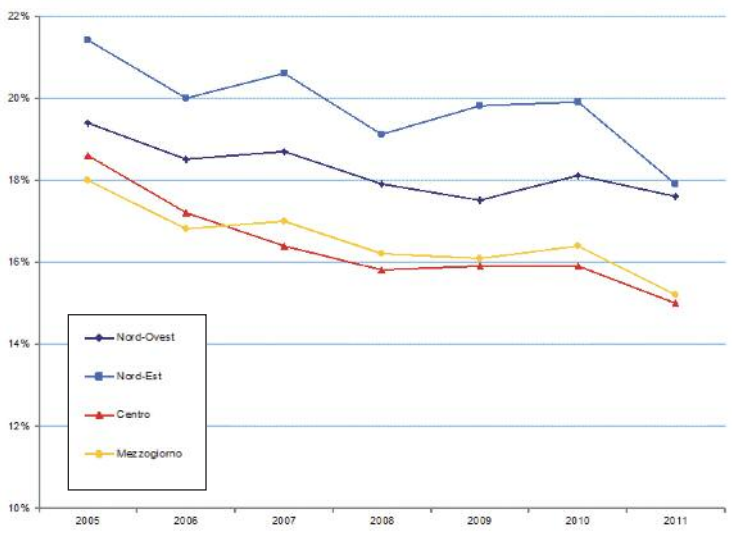


Figura 10. Consumatori di alcool a rischio nell'Indagine ISTAT multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" tra il 2005 e il 2011.

(a) Sono presi in considerazione il consumo giornaliero non moderato di vino, birra o altri alcolici (più di 2-3 unità alcoliche al giorno per l'uomo, di 1-2 unità per la donna e di 1 sola unità alcolica per gli anziani, da consumarsi durante i pasti) e gli episodi di ubriacatura concentrati in singole occasioni (*binge drinking*) che comportano comunque un'assunzione di quantità eccessive di alcol.

Figure 10. At-risk alcohol consumers, by geographical area, 2005-2011. Multipurpose Surveys on Households Aspects of daily life – Italian National Institute of Statistics.

ALTRE DIPENDENZE

Da altre fonti si osserva una diminuzione nell'utilizzo di sostanze illegali che si inserisce nella tendenza alla diminuzione vista per l'alcol e il tabacco. Si osserva invece un progressivo aumento nel ricorso al gioco d'azzardo. Pur nei problemi di rappresentatività dei dati rilevati attraverso indagini di popolazione la Relazione al Parlamento riporta una tendenza alla diminuzione dei consumi di sostanze illegali nel 2011 confermando la tendenza in atto già nel 2010.[39]

Per quanto riguarda il gioco d'azzardo legale si evidenzia nel periodo 2008-2011 un progressivo aumento della raccolta complessiva da parte dei Monopoli di Stato da 47,6 miliardi nel 2008 a 79,9 miliardi nel 2011. La raccolta dei primi sei mesi del 2012 (44 miliardi) registra un trend positivo rispetto al medesimo periodo 2011 (35 miliardi) e si incrementa di una percentuale di circa il 23,7%.[40]

I COMPORTAMENTI SALUBRI CHE COSTANO UN PO' DI PIÙ

Il consumo di frutta e verdura così come l'esercizio fisico nel tempo libero sono due spie importanti della capacità della popolazione di adottare stili di vita che promuovono salute; ma essendo abitudini più costose delle loro alternative, rispettivamente del cibo spazzatura e della sedentarietà, potrebbero essere vittime delle difficoltà di bilancio delle famiglie in tempi di crisi.

Per quanto riguarda il consumo di frutta e verdura i dati dell'indagine ISTAT multiscopo mostrano nella serie storica disponibile da 2007 un andamento temporale un po' altalenante, con un 2011 in calo e con il Mezzogiorno che vede diminuire il consumo in modo più consistente in corrispondenza degli anni di maggiore intensità della crisi (figura 11).

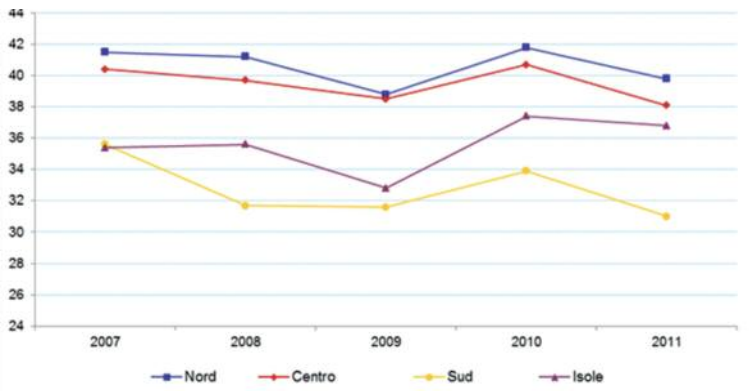


Figura 11. Persone di 3 anni e più che consumano 3 o più porzioni giornaliere di frutta e/o verdura tra il 2007 e il 2011 nell'Indagine ISTAT multiscopo "Aspetti della vita quotidiana".
Figure 11. Individuals 3 year and older who eat 3 or more servings of fruit a day, by geographical area. Comparison between 2007 and 2011. Italian National Institute of Statistics.

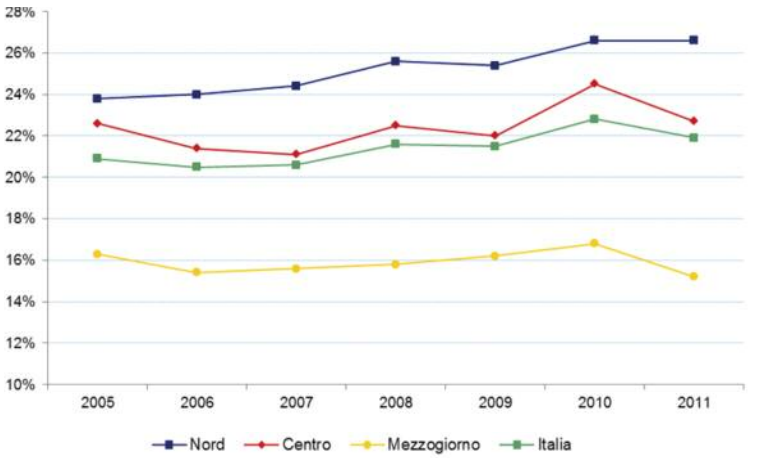


Figura 12. Persone di 3 anni e più per pratica sportiva in modo continuativo tra il 2005 e il 2011 nell'Indagine ISTAT multiscopo "Aspetti della vita quotidiana".
Figura 12. Individuals 3 year and older who practice continuous physical activity, by geographical area. Comparison between 2005 and 2011. Italian National Institute of Statistics.

Per quanto riguarda l'alimentazione anche l'indagine ISTAT sui consumi permette di monitorare l'andamento temporale nella propensione ai consumi. Le famiglie italiane tra il 2008 e il 2011 hanno una generale contrazione dei consumi: dal 2 al 4% delle famiglie riduce la quantità, dall'1 al 2 la qualità e dall'1 al 3% entrambe, e in tutti questi casi i consumi a essere più sacrificati sono frutta e verdura e pesce (4,1% di famiglie che riducono entrambi i consumi).

Per quanto riguarda l'esercizio di una pratica sportiva continuativa (figura 12) solo nel Nord non si osservano flessioni nella crescita continua della pratica, mentre nel resto del Paese si osserva una diminuzione nel 2011, che è particolarmente pronunciata nel Mezzogiorno dove già la sua diffusione era meno frequente.

Dunque in entrambi i casi ci sono indizi che la sostenibilità di comportamenti salubri costosi potrebbe essere a rischio soprattutto nelle aree del Paese più colpite dall'impoverimento.

LIMITAZIONI NELL'ASSISTENZA SANITARIA

L'ultima importante categoria di fattori di rischio è quella che deriva dalla limitazione di accesso e uso di assistenza sanitaria efficace e appropriata. In effetti la crisi rischia di essere uno *shock* per il sistema sanitario come lo è già stato per l'assistenza sociale.[41]

Si è detto che il finanziamento del Servizio sanitario nazionale è già stato significativamente ridotto attraverso un incremento del fondo non proporzionale all'aumento dei costi (che pur sono stati sostanzialmente sostenibili negli ultimi dieci anni se paragonati con quelli dei Paesi omologhi dell'OCSE) e attraverso la compartecipazione alla spesa. Una valutazione di impatto ex ante lascerebbe immaginare che il razionamento della spesa sanitaria pubblica da un lato (che copre circa l'80% della spesa sanitaria) e la minore disponibilità di reddito per la spesa sanitaria privata (il restante 20%) potrebbero indurre uno spostamento dall'uso dei servizi privati a quelli pubblici, una diminuzione della domanda e di uso dei consumi con costo a carico (che potrebbe riguardare cure inappropriate ma anche cure appropriate) o un peggioramento della qualità dell'assistenza ricevuta.[6]

Si potrebbe anche verificare anche una diminuzione della copertura dell'assistenza sanitaria, che nel caso dei sistemi a copertura universalistica come il nostro potrebbe riguardare solo l'assistenza agli stranieri irregolari, come già accaduto in Spagna.[42] Le principali misure di contrasto sono quelle che tutelano la copertura universalistica, evitano la trappola della povertà o l'abbandono delle cure nel caso delle misure di compartecipazione alla spesa e abbassano la soglia per la ricerca e il trattamento attivo dei casi più bisognosi, in particolare per i problemi di salute mentale che sono quelli più sensibili alla crisi, con un allargamento del ruolo di screening e indirizzamento dei soggetti ad alto rischio da parte della medicina generale.

ASSISTENZA SPECIALISTICA E FARMACI

Per quanto riguarda l'accesso e l'uso dei livelli di assistenza, il livello di assistenza più sensibile ai vincoli della crisi dovrebbe essere dapprima l'assistenza specialistica e poi quella farmaceutica per l'importanza che la compartecipazione alla spesa ha su questi livelli. In effetti le prime analisi, disponibili in alcune regioni per alcuni mesi del 2011 e 2012[43] hanno segnalato una diminuzione importante del volume di prestazioni erogate nell'assistenza specialistica (visite specialistiche, esami strumentali e di laboratorio), diminuzione che si sta osservando in tutta Italia e le cui motivazioni non sarebbero del tutto evidenti. La figura 13 mostra i dati del ricorso all'assistenza specialistica in una delle Regioni esaminate, il Piemonte, che limitatamente all'area metropolitana torinese permette anche di valutare le caratteristiche sociali degli utenti.

In Piemonte a partire dal 2010 si è invertito l'andamento in crescita del consumo di prestazioni specialistiche, fatto che ha interessato soprattutto le visite specialistiche dal 2010 e gli esami strumentali dal 2011, e che colpisce in particolare i soggetti senza esenzione, ma anche gli esenti (figura 13). I dati torinesi permettono di apprezzare l'eventuale elasticità dei consumi

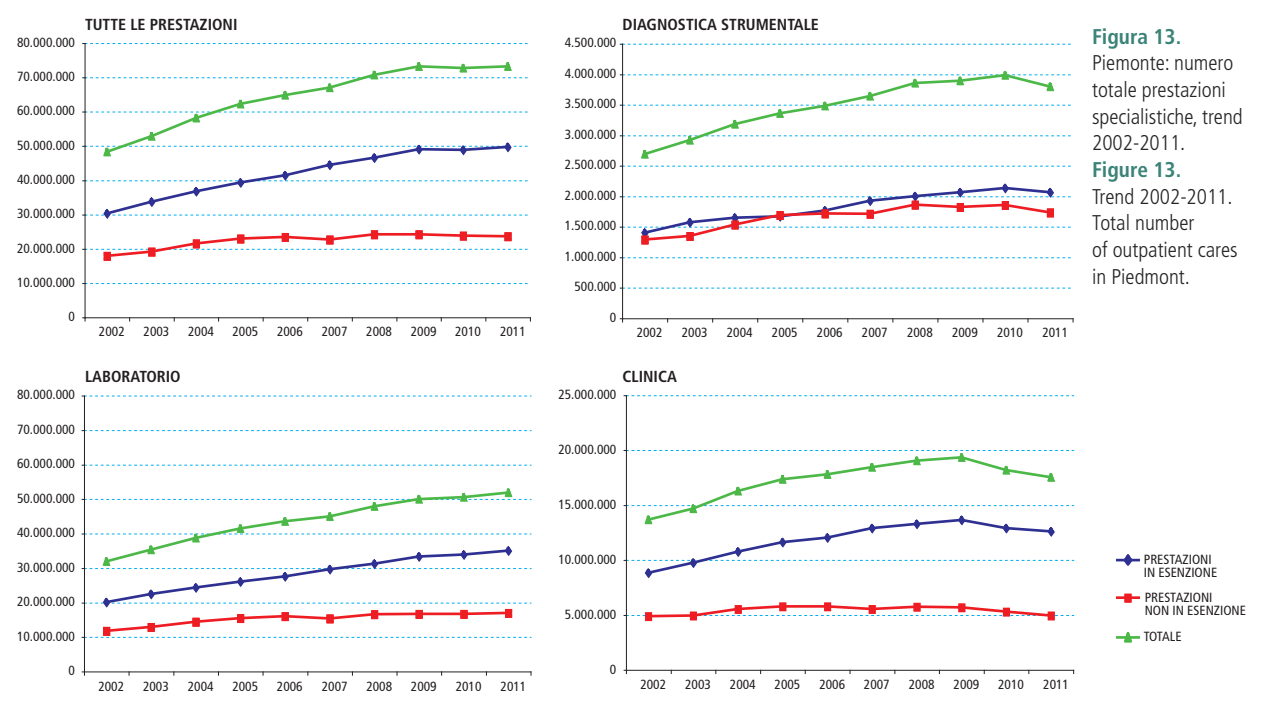


Figura 13. Piemonte: numero totale prestazioni specialistiche, trend 2002-2011.
Figure 13. Trend 2002-2011. Total number of outpatient cares in Piedmont.

dei diversi sottogruppi sociali della popolazione (più o meno istruiti) alla modificazione della compartecipazione alla spesa e in funzione del tipo di copertura dell'esenzione (per malattia o per reddito). Infatti nel luglio del 2011 è entrato in vigore il super-ticket (che nella programmazione piemontese era proporzionale al valore delle prestazioni) e il confronto tra secondo semestre 2010 e 2011 permette di valutarne l'impatto sui consumi. In generale occorre riconoscere che l'esenzione riguarda il 70% della popolazione e che nella popolazione non esente dai ticket il consumo di assistenza specialistica a parità di età è più elevato nella popolazione più istruita che, a priori, avendo meno morbosità e quindi meno fabbisogno di assistenza, dovrebbe consumare di meno (infatti nella popolazione esente il consumo è molto più alto tra i meno istruiti); dunque una prima conclusione è che nella popolazione non esente si verificano disuguaglianze di utilizzo dell'assistenza specialistica a svantaggio dei meno istruiti. Se si osserva l'effetto dell'inasprimento della compartecipazione alla spesa, l'effetto del superticket si manifesta con una riduzione dei consumi su entrambi i gruppi sociali, ma proporzionalmente con un'intensità leggermente maggiore tra i non esenti di bassa istruzione, fatto che aggrava lo svantaggio di prima. Tra i non esenti di più alta posizione sociale potrebbe trattarsi non tanto di una riduzione dei consumi quanto di uno spostamento della domanda verso l'assistenza privata.

Le spiegazioni possibili sono almeno tre. Un effetto della crisi economica: la riduzione del reddito disponibile produrrebbe una difficoltà nel pagamento dei ticket, con la conseguenza di una diminuzione delle attività prescritte (o di una rinuncia alla relativa esecuzione). Un effetto del "super ticket": il super ticket potrebbe aver reso alcune prestazioni più costose del prezzo con cui possono essere acquistate da erogatori privati, con la conseguenza che l'utente preferisce pagarne il prezzo privato (fuori SSN). Un effetto del "clima di crisi": gli operatori e gli utenti si rendono conto della crisi e in vario modo cercano di limitare il consumo di prestazioni a quelle più necessarie.

Analoga elasticità sembra mostrare il consumo di farmaci. Nei dati dell'indagine ISTAT multiscopo la percentuale di persone che dichiara di aver consumato farmaci nei due giorni precedenti l'intervista aumenta in modo costante in tutte le aree del Paese fino al 2007 per poi stabilizzarsi e incominciare a scendere negli anni della crisi, che coincidono anche con un inasprimento della compartecipazione alla spesa. In Toscana è stato possibile misurare l'andamento delle prescrizioni farmaceutiche anche in funzione dell'introduzione del ticket e si è osservata una diminuzione del 7% in termini di valor tariffari prima e dopo il superticket dell'estate 2011.[44]

Un'altra misura di razionamento correlata alle strategie di austerità è quella delle politiche di deospedalizzazione il cui impatto sulla salute non è mai stato valutato.

EFFETTI INDESIDERATI DI RIDUZIONE DEI LIVELLI DI ASSISTENZA

Un effetto atteso del mancato ricorso all'assistenza specialistica o farmaceutica a causa dei costi della crisi potrebbe essere rappresentato da un aumento della frequenza di con-

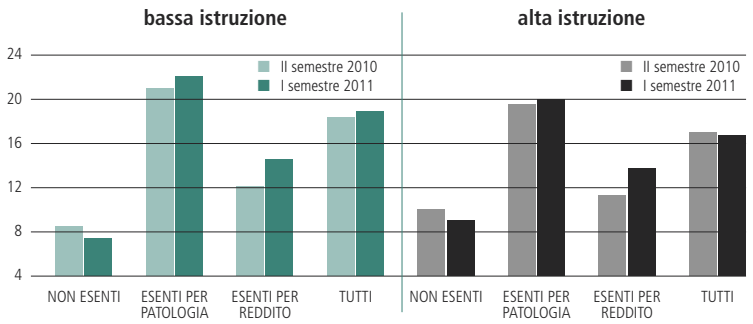


Figura 14. Torino: media prestazioni specialistiche pro-capite nel 2° semestre 2010 confrontata con quella nel 2° semestre 2011, popolazione ≥35 anni (medie standardizzate per sesso e età), stratificata per livello di istruzione.
Figure 14. Average number (standardized by gender and age) of outpatient care per capita in Turin, according to educational level. Comparison between the 2nd half of 2011 and the 2nd half of 2010.

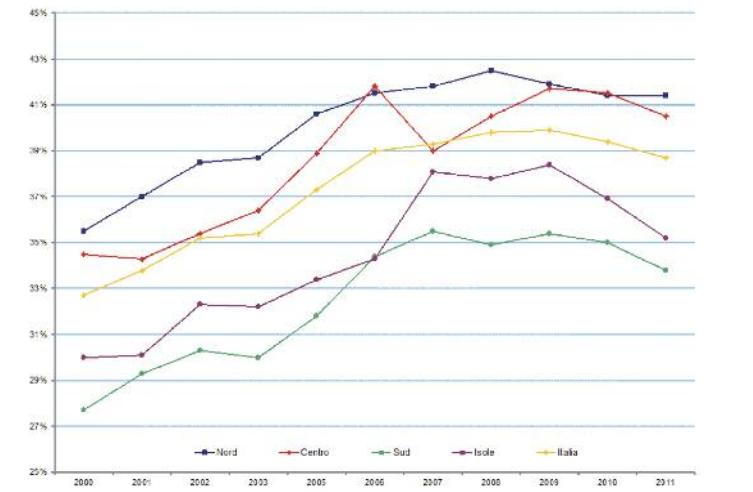


Figura 15. Consumo di farmaci nei due giorni precedenti l'intervista nell'Indagine ISTAT multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" tra il 2000 e il 2011.
Figure 15. Use of medicines within two days from the interview related to the Multipurpose Survey on Households Aspects of daily life, 2000-2011. Italian National Institute of Statistics.

seguenze indesiderate, per esempio del ricorso a un ricovero in regime di urgenza. I dati piemontesi analizzati in proposito (figura 16 per gli uomini) non mostrano nessuna significativa variazione temporale negli stessi anni nella frequenza del ricovero di urgenza, né tra gli italiani né tra gli stranieri immigrati, che pure sarebbero il gruppo sociale più vulnerabile alle conseguenze sfavorevoli di mancato riconoscimento o trattamento sanitario da parte dell'assistenza territoriale. Un profilo simile si osserva tra le donne.

Figura 16. Proporzione di ricoveri ordinari in urgenza in Piemonte tra gli uomini nel periodo 2007-2010.
Figure 16. Proportion of urgent hospital admissions out of overall admissions, by citizenship. Men, 2007-2010.

QUALITÀ DELL'ASSISTENZA

Volendo passare dal monitoraggio dell'uso dei livelli di assistenza alla valutazione di indicatori di qualità dell'assistenza che possono avere conseguenze sugli esiti di salute, il livello più idoneo per controllare l'impatto della crisi sul funzionamento dell'assistenza sarebbe quello dei singoli percorsi assistenziali. In quale misura le restrizioni imposte dalla crisi al servizio sanitario possono aver minacciato la disponibilità, l'accessibilità e la qualità dell'assistenza in specifici percorsi assistenziali? Per esempio potremmo esaminare tre percorsi assistenziali, due particolarmente delicati per gli esiti di salute, il diabete come paradigma di una malattia cronica rilevante per le complicanze in caso di mancato controllo della glicemia e il percorso nascita rilevante per gli esiti sfavorevoli del parto in caso di mancato controllo della gravidanza; e un terzo percorso, quello della prevenzione della carie, che è più esposto al rinvio nel tempo delle cure per problemi economici.

Nel caso del diabete la figura 17 mostra l'andamento temporale dell'utilizzo a Torino della test dell'Emoglobina Glicata raccomandato per il controllo della glicemia da parte del paziente diabetico, distinguendone il titolo di studio per valutare l'esistenza di eventuali variazioni di effetto tra i gruppi maggiormente vulnerabili; la figura mostra una crescita costante dell'indice in ogni categoria di titolo di studio, il che testimonia di una costante diffusione universale dell'uso di un test di provata efficacia in applicazione a protocolli di presa in carico dei pazienti diabetici, protocolli promossi in modo pro-attivo tra la medicina generale e la medicina specialistica. La crisi non sembra aver influenzato né la copertura, né la disponibilità di servizi, né la loro accessibilità, né la qualità.

Una situazione simile si osserva nel caso del percorso nascita in Piemonte, dove per monitorare l'eventuale vulnerabilità sociale si è osservata la differenza tra le madri italiane e le madri straniere. Uno degli indicatori di assistenza ricavabili dal certificato di assistenza alla gravidanza e al parto documenta che i casi di inadeguato ricorso a ecografie durante la gravidanza sono una piccola ma significativa minoranza nella popolazione e sono più frequenti tra le donne immigrate (figura 18). Il loro andamento temporale dopo un peggioramento negli anni precedenti la crisi, mostra un netto miglioramento proprio in corrispondenza della crisi in entrambi i gruppi di popolazione, smentendo la preoccupazione di una diminuzione nella completezza e qualità della presa in carico delle gravidanze. Dunque i livelli di controllo in questi due percorsi ben codificati nell'organizzazione del SSN stanno crescendo e non sembrano in nessun modo influenzati dai tempi della crisi, anche per il gruppo delle straniere immigrate dove oltre ai problemi di disponibilità accessibilità e qualità potrebbero anche verificarsi problemi di copertura.

Nel caso del percorso della salute orale, nell'area pedemontana del Friuli è stato dimostrato un preoccupante aumento della prevalenza di bambini 5-7 anni con la carie che passa dal 27

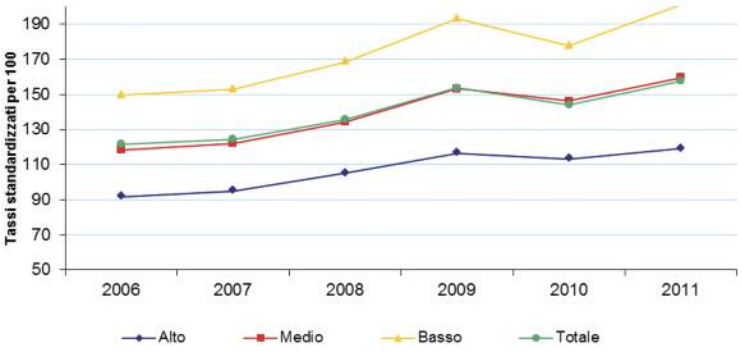


Figura 17. Tasso di misurazione di emoglobina glicata nella popolazione torinese secondo il livello di istruzione tra il 2007 e il 2011.
Figure 17. Assessment rate of HbA1C in the Turin population, according to educational level. Trend 2007-2011.

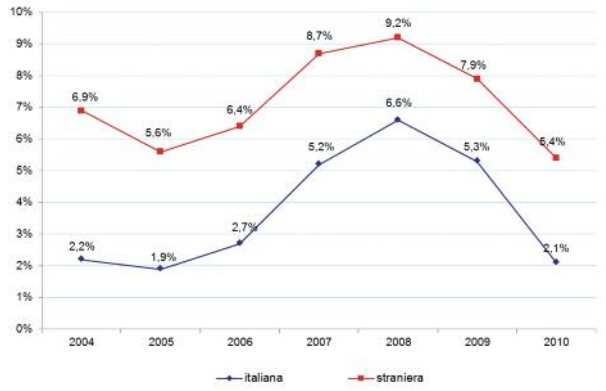


Figura 18. Percentuale di donne che effettuano al più 1 ecografia in gravidanza, per cittadinanza, Piemonte, CeDAP 2004-2010.
Figure 18. Prevalence of women in Piedmont who have no more than one scan during pregnancy, by citizenship. Trend 2004-2010.

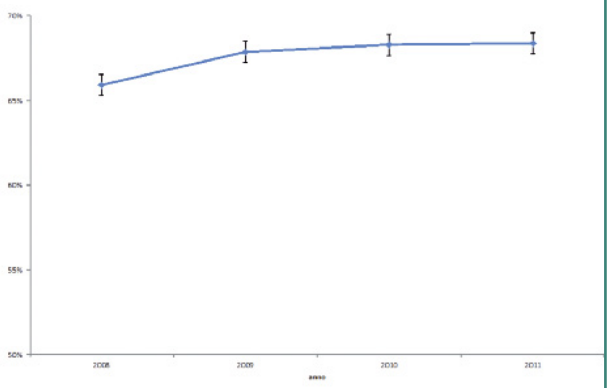


Figura 19. Stato di salute percepito positivamente nella popolazione Italiana: andamento temporale su pool omogeneo. Dati PASSI 2008-2011.
Figure 19. Prevalence of positive self-perceived general health condition in the Italian population: temporal trend, 2008-2011. PASSI survey.

al 36% tra il 2002 e il 2011. La somma di denti cariati mancanti e curati, un buon indice della capacità di prevenzione della salute orale che era diminuito costantemente dal 2002 (1,76) al 2010 (1,03), ha invece incominciato a crescere di nuovo nel 2011 (1,20) e nel 2012 (1,43).[45] La prevenzione e il trattamento della salute orale in età pediatrica potrebbero peggiorare in corrispondenza della crisi?
Riassumendo si potrebbe dire che il gruppo di fattori di rischio legati alla disponibilità, accessibilità e qualità dell'assistenza sanitaria potrebbe mediare in modo significativo gli effetti della crisi sulla salute, nel senso che le misure sulla compartecipazione alla spesa diminuiscono l'accessibilità di alcuni livelli di assistenza per i non esenti, ma non sembrano interessare i livelli di assistenza organizzati per percorsi per assicurare appropriatezza anche nelle restrizioni, percorsi nei quali disponibilità accessibilità e qualità potrebbero essere indifferenti alla crisi; l'unico esempio di vulnerabilità alla crisi sarebbero le cure che stanno ai margini dei livelli di assistenza come la salute orale e in parte la non autosufficienza.

EFFETTI SULLA SALUTE, RISPOSTE E INDICATORI

A questo punto si possono ricercare in chiaro gli effetti sulla salute che sarebbero influenzati dai meccanismi prima esaminati. Gli esiti di salute spaziano dalla salute soggettiva, alla salute fisica, alla salute mentale, all'infortunistica e alla mortalità. Le precedenti crisi meglio studiate suggeriscono che la salute soggettiva e psichica potrebbero peggiorare per effetto di stress da crisi. L'assenteismo potrebbe diminuire e il presenteismo aumentare per un maggior attaccamento al lavoro e per timore di ricadute occupazionali da parte dei lavoratori.
La salute mentale dovrebbe peggiorare con un aumento degli episodi di violenza, di omicidio, di suicidio e tentato suicidio e di consumo di ansiolitici e antidepressivi e depressione. La morbosità che potrebbe subire conseguenze sfavorevoli potrebbe essere quella da infarto da stress e quella della salute mentale. La mortalità e la morbosità da incidenti dovrebbe essere influenzata in senso positivo dalla diminuzione degli infortuni su strada e lavoro dalla minore pressione della mobilità motorizzata e della macchina produttiva, ma potrebbe essere aumentata dal maggior numero di suicidi e tentati suicidi come si è già detto. In tutti questi casi gli effetti potrebbero essere variabili a seconda della maggiore o minore vulnerabilità dei gruppi sociali.[46]

SALUTE SOGGETTIVA E DEPRESSIONE

Per quanto riguarda la salute soggettiva lo stato di salute percepito positivamente nella popolazione italiana adulta viene misurato dal sistema di sorveglianza PASSI e non mostra nessuna flessione significativa ma una battuta d'arresto della frequenza di percezione positiva precedentemente in aumento (figura 19). Le variabili associate più intensamente con la percezione di buona salute sono l'assenza di malattie croniche, e la presenza di difficoltà economiche (figura 20), proprio quelle categorie di popolazione più colpite dalla crisi o più vunerabili agli effetti sfavorevoli della crisi, fatto che farebbe prevedere un peggioramento degli indici di salute soggettiva nel futuro.
Tra gli indicatori di salute soggettiva quelli più sensibili alla crisi dovrebbero essere i sintomi depressivi. Sempre nella fonte informativa PASSI i sintomi depressivi sono presenti in circa il 7% del campione, la loro frequenza è molto influenzata dalle condizioni di difficoltà economica, dall'instabilità lavorativa e titolo di studio come proxy della oltre che dalle condizioni di salute.
L'andamento temporale dei sintomi depressivi nel pool Passi mostra una diminuzione tra il 2008 e il 2009 che si

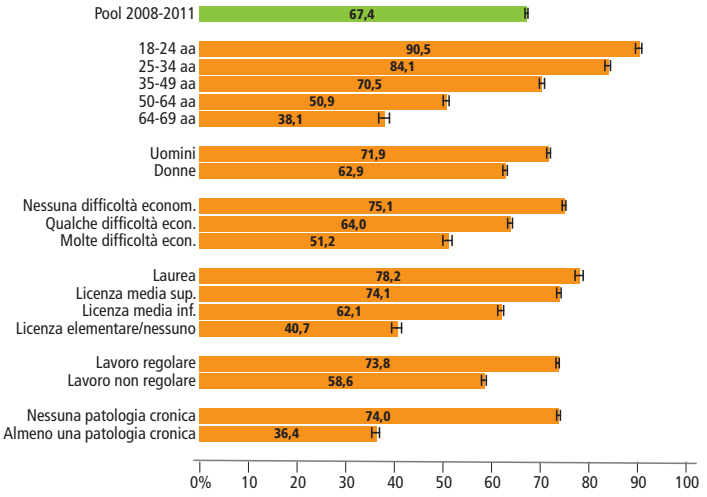


Figura 20. Stato di salute percepita positivamente nella popolazione Italiana, per caratteristiche anagrafiche e socioeconomiche e presenza di patologie croniche. Dati PASSI 2008-2011. Prevalenza percentuale e relativi intervalli di confidenza (IC95%).
Figure 20. Prevalence of positive self-perceived general health condition in the Italian population by demographical and socioeconomic characteristics and by the presence of chronic diseases, 2008-2011. PASSI results. Prevalence percentage and Confidence Intervals (CI95%).

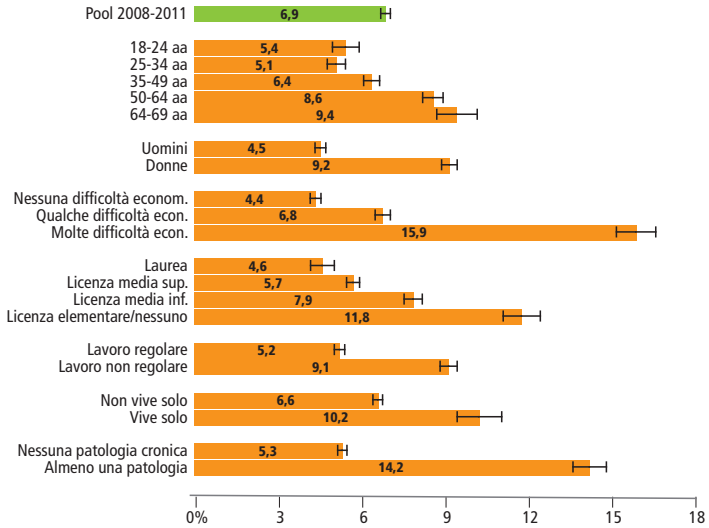


Figura 21. Sintomi depressivi nella popolazione Italiana, per caratteristiche anagrafiche e socioeconomiche e presenza di patologie croniche. Dati PASSI 2008-2011. Prevalenza percentuali e relativi intervalli di confidenza (IC95%).
Figure 21. Depressive symptoms in the Italian population, by demographical and socioeconomic characteristics and by the presence of chronic diseases, 2008-2011. PASSI results. Prevalence percentage and Confidence Intervals (CI95%).

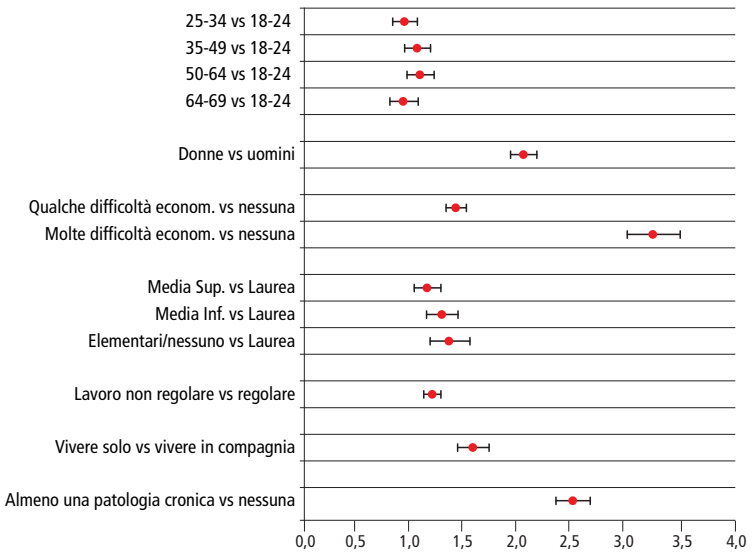


Figura 22. Sintomi depressivi nella popolazione Italiana: analisi multivariata (modello logistico), per caratteristiche anagrafiche e socioeconomiche e presenza di patologie croniche. Dati PASSI 2008-2011. Stima degli Odds Ratio e relativi intervalli di confidenza (IC95%).
Figure 22. Depressive symptoms in the Italian population: multivariate analysis (logistic model), by demographical and socioeconomic characteristics and by the presence of chronic diseases, Odds ratio and confidence intervals 95%, 2008-2011. PASSI results. Odds ratio and Confidence Intervals (CI95%).

arresta nell'ultimo periodo. Tale battuta d'arresto è molto più marcata nelle persone che dichiarano molte difficoltà economiche (figura 23).
L'andamento temporale dei sintomi depressivi tra le persone che dichiarano molte difficoltà economiche sembra complessivamente in miglioramento, salvo che tra i malati cronici, una categoria che tra il 2008 e il 2010 aveva mostrato un significativo miglioramento e ha invece invertito la tendenza nel 2011 (figura 24).
Misure più obiettive della frequenza di disturbi della salute mentale potrebbero essere ottenute da alcuni indicatori di uso delle cure, come il consumo di farmaci e i ricoveri ospedalieri. Il consumo di farmaci antidepressivi in effetti mostra un aumento delle DDD per 1.000 abitanti al giorno da 31,9 nel

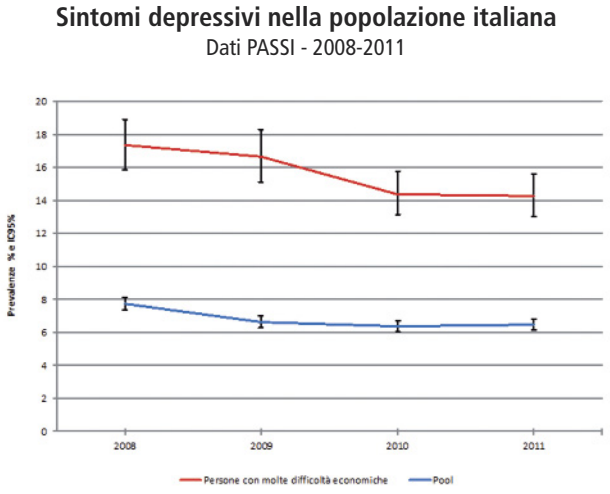


Figura 23. Sintomi depressivi nella popolazione italiana, per presenza di difficoltà economiche. Dati PASSI 2008-2011.
Figure 23. Prevalence of depressive symptoms in the Italian population, according to the presence of economic difficulties, 2008-2011 (CI95%). PASSI results.

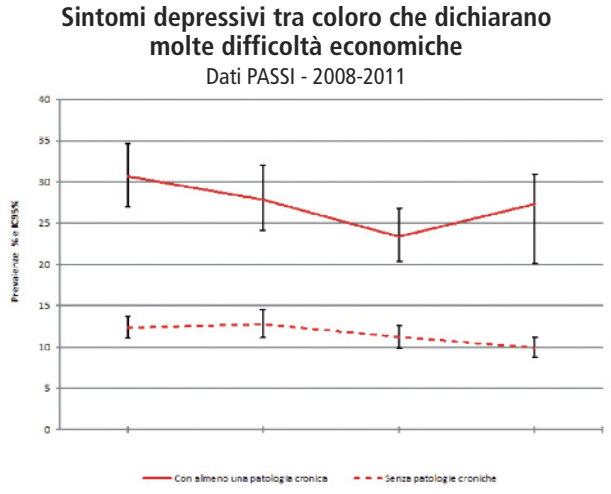


Figura 24 Sintomi depressivi nella popolazione Italiana, per caratteristiche anagrafiche e socio-economiche e presenza di patologie croniche. Dati PASSI 2008-2011. Prevalenza percentuali e relativi intervalli di confidenza (IC95%).
Figure 24 Prevalence of depressive symptoms in the Italian population, by demographical and socioeconomic characteristics and by the presence of chronic diseases, 2008-2011 (CI95%). PASSI results.

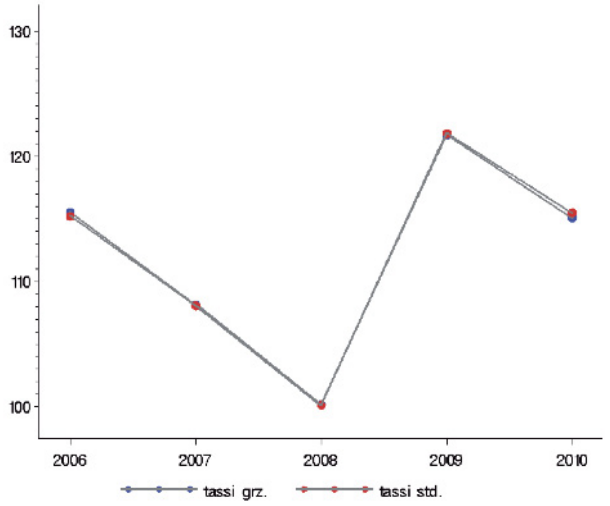


Figura 25. Tassi grezzi e standardizzati per età di primo ricovero per depressione, stress e ansia a Torino. Periodo 2006-2010.
Figure 25. Crude and age-standardized rates of first admission for depression, stress and anxiety in Turin. 2006-2010.

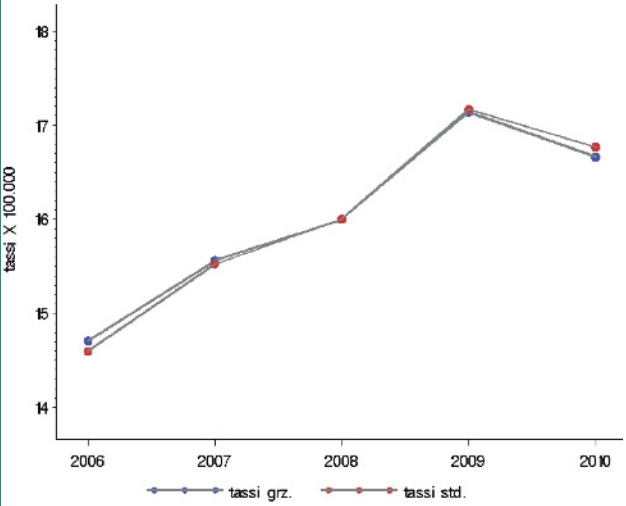
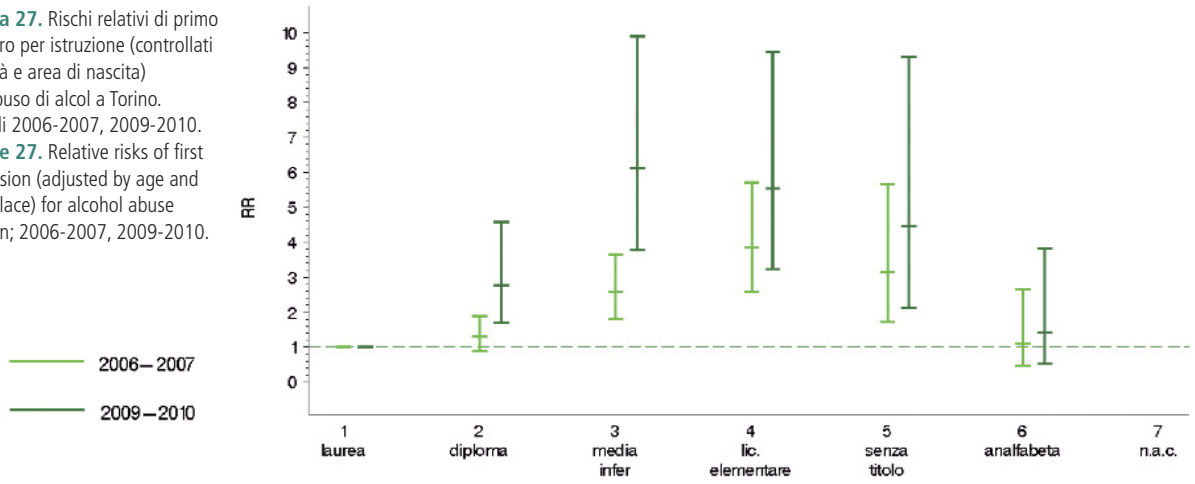


Figura 26. Tassi grezzi e standardizzati per età di primo ricovero per abuso di alcol a Torino. Periodo 2006-2010.
Figure 26. Crude and age-standardized rates of first admission for alcohol abuse in Turin. 2006-2010.

Figura 27. Rischi relativi di primo ricovero per istruzione (controllati per età e area di nascita) per abuso di alcol a Torino. Periodi 2006-2007, 2009-2010.
Figure 27. Relative risks of first admission (adjusted by age and birthplace) for alcohol abuse in Turin; 2006-2007, 2009-2010.



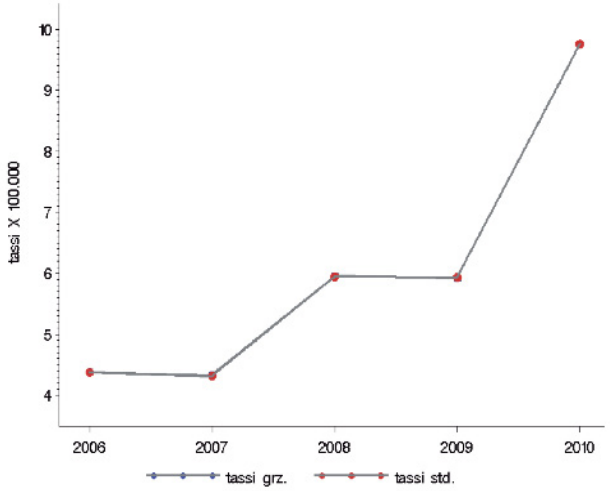


Figura 28. Tassi grezzi e standardizzati per età di primo ricovero per abuso di sostanze a Torino. Periodo 2006-2010.
Figure 28. Crude and age-standardized rates of first admission for drug abuse in Turin, 2006-2010.

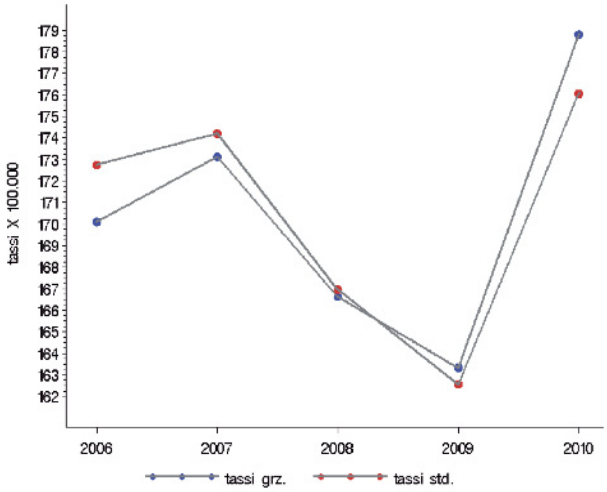
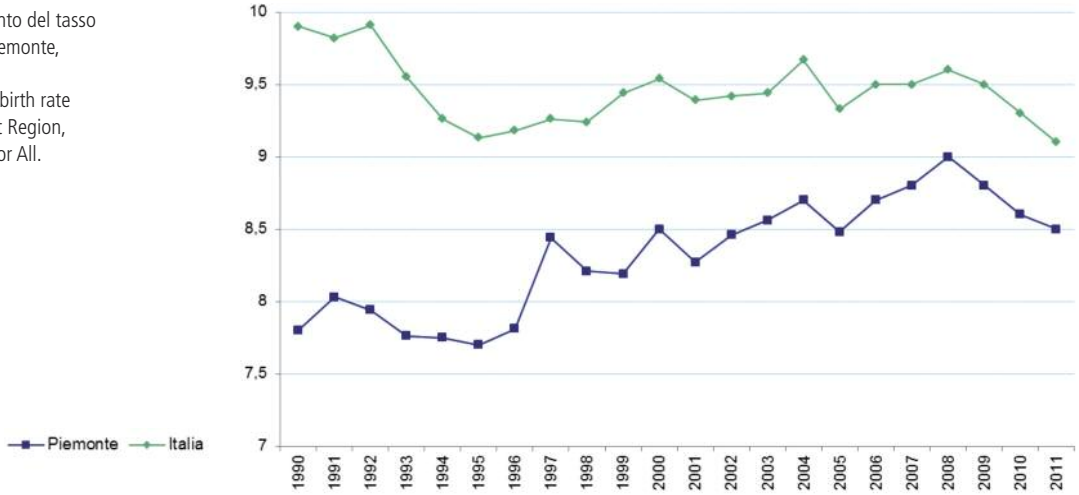


Figura 29. Tassi grezzi e standardizzati per età di primo ricovero per infarto a Torino. Periodo 2006-2010.
Figure 29. Crude and age-standardized rates of first admission for heart attack in Turin, 2006-2010.

Figura 30. Andamento del tasso di natalità, Italia e Piemonte, 1990-2010, HFA.
Figure 30. Trend of birth rate in Italy and Piedmont Region, 1990-2010. Health for All.



2007 a 36,1 nel 2011, ma si tratta di un andamento compatibile con la tendenza all'aumento già rilevata negli anni precedenti, e, quindi il contributo dell'esperienza della crisi a questo aumento è difficilmente isolabile. Mentre il consumo di ansiolitici, come le benzodiazepine, rimane stabile nel medesimo intervallo temporale a 0,1 DDD per 1.000 abitanti die.[47] Viceversa i ricoveri ospedalieri mostrano in Piemonte in corrispondenza degli anni della crisi un aumento progressivo di tre categorie di ricoveri che potrebbero essere collegati ai determinanti della o alle risposte alla crisi: i ricoveri per depressione (figura 25), quelli per abuso di alcool (figura 26) e quelli per abuso di sostanze (figura 28). Questi aumenti potrebbero testimoniare sia una maggiore frequenza dei problemi di depressione e di dipendenza da sostanze, sia una loro maggiore gravità tale da richiedere interventi di cura più intensivi come quelli del ricovero ospedaliero. Tra le voci nosologiche sensibili allo stress della crisi ci sono poi gli infarti coronarici (figura 29): in questo caso i ricoveri piemontesi mostrano una preoccupante impennata nel 2011 dei primi ricoveri per infarto, (una buona approssimazione di una misura di incidenza), suggerendo la necessità di tenere sotto sorveglianza anche un ruolo dei fattori di stress nella crisi per la precipitazione di eventi ischemici. Nel caso dei ricoveri per abuso di alcool l'effetto di aumento del rischio di ricovero negli anni della crisi è molto più intenso tra le persone meno istruite a parità di età, suggerendo che la bassa posizione sociale costituisca un fattore di vulnerabilità degli effetti della crisi sull'abuso di alcool.
Un'ulteriore fattispecie di effetto depressivo della crisi riguarda la possibile diminuzione della propensione procreativa delle famiglie, che potrebbe risultare disincentivata dalle aspettative negative indotte dalla sfavorevole congiuntura economica e sociale.[48] In effetti in Piemonte si osserva che il trend di fecondità e natalità, che fino a poco fa era in crescita, prevalentemente alimentato dalle donne immigrate, negli ultimi anni sembra rispettivamente fermarsi e capovolgersi (figura 30): la gente fa meno figli per via della crisi o le donne immigrate hanno imparato a utilizzare meglio i mezzi contraccettivi, o le donne con due tre figli hanno aumentato il ricorso all'aborto? Si tratta di altrettante possibili spiegazioni che indirizzano la ricerca su salute e crisi.

I SUICIDI

Rimanendo nell'area degli effetti della crisi sulla salute mentale, la voce nosologica più colpita dovrebbe essere il suicidio misurabile sia nella mortalità sia nel tentato suicidio.[49] I dati nazionali sono controversi. Una recente analisi dei dati ISTAT sull'indagine su suicidi e tentati suicidi[50] mostra che la popolazione italiana è a basso rischio di suicidio, come in tutta l'Europa Meridionale, ma che il numero di suicidi per ragioni economiche, in leggera crescita dal 2002, si impenna appena prima della crisi e continua a salire con notevole velocità (figura 31).

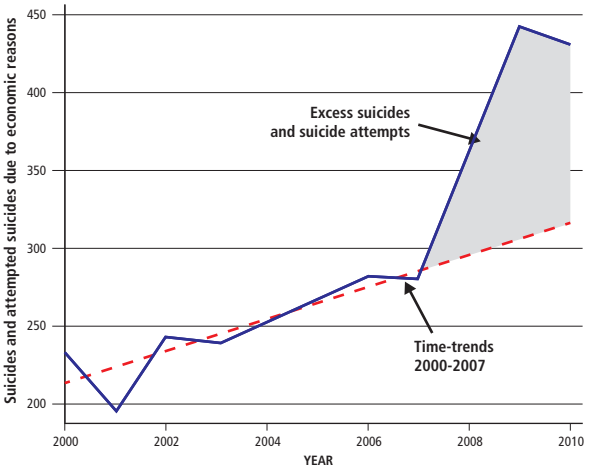


Figura 31. Numero di suicidi e di tentati suicidi per ragioni economiche in Italia tra il 2000 e il 2010, confrontato con il trend atteso. Fonte ISTAT.
Figure 31. Excess suicides and suicides attempts due to economic reasons in Italy, 2000-2010. Italian National Institute of Statistics.

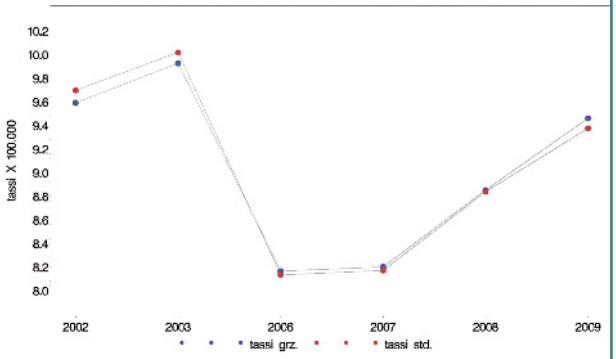


Figura 32. Tassi grezzi e standardizzati per età di mortalità per suicidio in Piemonte. Periodo 2002-2003, 2006-2009.
Figure 32. Crude and age-standardized mortality rates for suicide in Piedmont; 2002-2003, 2006-2009.

Purtroppo il flusso informativo su suicidi e tentati suicidi, di fonte giudiziaria ha livelli di completezza e accuratezza non ben validati, soprattutto nella parte delle motivazioni dell'atto, tanto che l'ISTAT ne ha dismesso la pubblicazione. Tuttavia gli autori dell'analisi sostengono che i limiti della fonte sono rimasti invariati nel tempo e che, quindi, l'andamento temporale osservato dovrebbe riflettere un genuino aumento degli eventi in corrispondenza degli anni della crisi. Una controprova andrebbe ricercata nel dato delle statistiche di mortalità per causa, che a livello nazionale sono però aggiornate solo al 2009. In alcune regioni incominciano a essere disponibili dati più aggiornati. Per esempio in Emilia-Romagna è stato possibile osservare un aumento della mortalità per suicidio dal 2008 fino al 2011: questo aumento si inserisce in un

trend temporale in diminuzione e lo inverte.[51] Per ogni anno si osserva un numero di morti in eccesso variabile tra 20 e 40 suicidi rispetto ai circa 360 attesi (valore del 2007, che sarebbe stato da aspettarsi anche nel quadriennio successivo se fosse rimasto costante), a fronte di tassi standardizzati di mortalità generale che nella regione sono in lento e costante calo. Viceversa i tassi standardizzati di mortalità per incidenti stradali diminuiscono in modo più sensibile a partire dal 2009. Ad analoghe conclusioni giungono i dati piemontesi (figura 32). Il riscontro di una possibile crescita della mortalità per suicidio in corrispondenza degli anni della crisi potrebbe dunque confermare, attraverso una fonte indipendente, il precedente risultato sull'andamento dei suicidi per causa economica riportato dalla fonte giudiziaria.

GLI INCIDENTI STRADALI E SUL LAVORO

Restando nell'ambito delle cause non naturali di disabilità o morte, si possono esaminare gli andamenti temporali dei principali eventi accidentali di interesse: gli infortuni per incidenti stradali e gli infortuni sul lavoro.

Per quanto riguarda gli infortuni sul lavoro occorre premettere che in occasione della crisi si potrebbero verificare fenomeni di sottonotifica degli eventi a causa della paura dei lavoratori di perdere il proprio posto in caso di denuncia. Dunque per studiare gli effetti della crisi sulla sicurezza del lavoro sarrebbe utile monitorare l'andamento di almeno due indicatori: il tasso di infortuni totali e quello di infortuni gravi, meno esposto al rischio di sottonotifica. In letteratura lo studio della relazione tra cicli economici e sicurezza mostra una relazione positiva: in periodi di espansione i tassi di infortuni sul lavoro aumentano mentre in periodi di recessione i tassi diminuiscono.[52] Le costruzioni e il manifatturiero sono i settori maggiormente interessati: i tassi sono correlati positivamente al PIL, al numero di nuovi lavoratori, all'intensità lavorativa, mentre mostrano una correlazione inversa con la disoccupazione.[53] In Italia è stato descritto un andamento parallelo degli indici di frequenza infortunistica e di produzione industriale tra il 1890 e il 1989.[54] Attualmente, attraverso i flussi informativi Inail-Ispesl-Regioni, è disponibile la serie storica degli infortuni totali. L'andamento è in discesa, coerentemente con quanto segnalato in letteratura: il tasso nel 2005 era di 27,1 infortuni per 1.000 assicurati; nel 2010 è sceso a 21,9. Il tasso di infortuni gravi non è attualmente disponibile, ma risulta facilmente calcolabile anche per le serie storiche. La proporzione di infortuni gravi sul totale degli infortuni è in progressivo aumento nel corso del tempo e fornisce un segnale di allarme sulla sicurezza degli ambienti di lavoro: la percentuale era di 5,4 nel 2005 ed è salita a 6,4 nel 2010. Sarebbe infine necessario monitorare l'incidenza infortunistica nelle categorie per le quali ci si aspetta l'impatto maggiore: precari, giovani, anziani, stranieri.

A proposito di infortuni stradali, nella Regione Lazio è stato studiato l'andamento temporale del ricorso al pronto soccorso di infortuni per incidente stradale, mettendolo in relazione all'andamento del costo dei carburanti che ha coinciso con gli anni della crisi.[55] I risultati mostrano una diminuzione del 5% negli accessi per incidente nel 2012 rispetto al 2007, una diminuzione temporale concentrata sugli incidenti più gravi (meno 26%), interamente spiegata dall'aumento del costo dei carburanti, come confermato anche dalla particolare concentrazione del rischio nelle prime tre settimane del mese, quando il reddito delle persone è ancora capiente per la spesa di rifornimento.

CONSEGUENZE SOCIALI DELLA MALATTIA, RISPOSTE E INDICATORI

In tempi di crisi ammalarsi può essere un problema difficile da sostenere da un punto di vista economico e sociale per molte persone e famiglie. Questo meccanismo da un lato spiega la mancata ricerca di assistenza, la sottonotifica e l'interruzione di un percorso di cura a causa del costo e quindi i possibili effetti sfavorevoli sulla prognosi, dall'altro spiega anche le possibili ricadute nella trappola della povertà a causa dei costi sostenuti per un percorso di cura non interrotto. Un caso specifico potrebbe essere quello del ritiro dell'anziano non autosufficiente dall'istituto per poter riportare la sua pensione nell'ambito del reddito familiare, con le conseguenze sulla salute del *caregiver*. La crisi può aggravare questi meccanismi se il sistema di esenzione dalla compartecipazione alla spesa non è sufficientemente capace di tutelare le persone e le famiglie più povere. Del resto la crisi può razionare anche gli interventi efficaci di recupero della capacità lavorativa e di inclusione sociale del malato, soprattutto il malato mentale, provocando un peggioramento della prognosi di queste forme.

Il tema della sostenibilità della spesa sanitaria da parte delle famiglie è stato già messo in evidenza da altri lavori, segno di una difficoltà già esistente prima dell'attuale crisi.[56] Nel 2009 le famiglie che hanno avuto bisogno di cure sanitarie hanno speso circa 1.800 euro in media pro capite, con una sensibile diminuzione rispetto all'anno precedente (-5,5%). Le famiglie con livelli di consumo più bassi destinano la quota più elevata della spesa sanitaria all'acquisto dei farmaci e alle visite specialistiche, mentre nelle famiglie più agiate tali quote di spesa diminuiscono a favore di altri beni quali protesi, ausili e odontoiatria. In altre parole, le famiglie appartenenti ai quinti di reddito bassi destinano la loro spesa all'acquisto di beni sanitari «primari», i cosddetti «beni di consumo incomprimibili», mentre nelle famiglie appartenenti ai quinti più elevati tali quote diminuiscono a favore dei beni sanitari «di lusso». Questa evidenza mette bene in luce il rischio che le fasce di popolazione meno

agiate corrono in caso di bisogno sanitario, problema che, nei casi più gravi, porta all'impoverimento delle famiglie e le costringe a una spesa "catastrofica". A questo proposito giova ricordare che sono state circa 298.000 le famiglie che nel 2009 si sono impoverite a causa dei consumi sanitari, salgono a 675.000 quelle che hanno dovuto sostenere una spesa sanitaria catastrofica (40% della CTP).

EFFETTI A MEDIO-LUNGO TERMINE DELLA CRISI SULLA SALUTE

Gli indicatori finora esaminati vanno alla ricerca dei primi indizi di effetti a breve termine della crisi sulla salute. E' possibile gettare uno sguardo anche sugli effetti a medio-lungo periodo? Si tratta di un esercizio di valutazione di impatto sanitario della crisi e delle risposte alla crisi che nessuno ha ancora provato ad abbozzare, né in Italia né negli altri Paesi. In effetti l'approccio utilizzato in questo articolo permette di disarticolare i diversi meccanismi di generazione di effetti sulla salute collegati alla crisi, a ognuno dei quali si potrebbero applicare le stime note in letteratura o nei dati circa l'intensità del rischio da essi generato arrivando a calcolare l'ordine di grandezza delle conseguenze sulla salute a più lungo termine, secondo una procedura recentemente adottata per la stima di impatto dei determinanti sociali di salute.[57] A titolo esemplificativo questo articolo si conclude con un esercizio di questo genere applicato al determinante distale che abbiamo visto essere maggiormente influenzato dalla crisi, cioé la perdita del lavoro, e al suo effetto atteso sulla mortalità generale.

La tabella 2 mostra gli ingredienti e i risultati di questo semplice esercizio.

L'affidabilità di queste stime dipende dall'affidabilità delle stime e delle assunzioni. I dati sull'andamento della disoccupazione derivano dall'indagine sulle forze di lavoro e sono di buona qualità. I dati sull'eccesso di mortalità tra i disoccupati rispetto agli occupati per fasce di età sono ricavati dal confronto tra un numeratore (i decessi la cui scheda di morte riferisce una condizione professionale di disoccupato) e un denominatore (i lavoratori occupati e disoccupati stimati dall'indagine sulle forze di lavoro) che derivano da due fonti informative diverse e la cui comparabilità non è mai stata valutata. Tuttavia i sistemi di indagine longitudinali su base metropolitana esistenti in Italia (come lo Studio longitudinale torinese e lo Studio longitudinale toscano), che invece utilizzano la stessa fonte informativa del censimento per classificare la condizione professionale, mettono capo a stime dell'eccesso di mortalità tra i disoccupati leggermente superiori (rischi relativi superiori a 2).[58] Dunque, i dati piemontesi danno stime di eccesso di rischio più conservative di quelle degli studi metropolitani, che però utilizzano composizioni della forza di lavoro assai meno rappresentative della popolazione italiana. Inoltre questo esercizio assume che l'eccesso di rischio tra i disoccupati che si è manifestato nel 2009 (per i quali sono stati calcolati i rischi relativi piemontesi) rimanga invariato in tempi in cui la disoccupazione cresce, come in coincidenza della crisi. Questa assunzione potrebbe non essere vera, dato che l'effetto sfavorevole della disoccupazione sulla mortalità è spiegato non solo da fattori materiali, ma anche da fattori psicosociali legati al vissuto dello stigma sociale della perdita del lavoro che potrebbe essere più sfavorevole in tempi in cui la disoccupazione è poco frequente e meno grave in tempi in cui è un'esperienza più comune. Queste due possibili distorsioni vanno in senso opposto (i dati piemontesi affetti da un errore di misurazione sottostimano l'effetto rispetto a quello misurato in modo meno distorto negli studi longitudinali metropolitani; ma al tempo stesso sovrastimano l'effetto della crisi, dato che l'effetto della disoccupazione sulla salute potrebbe essere meno severo in tempi di crisi) e il loro prodotto congiunto dovrebbe compensarsi. In conclusione, si può ritenere che i risultati riportati nella tabella 2 siano una stima ragionevole dell'ordine di grandezza dell'effetto a più lungo termine della crisi.

PROCEDIMENTO DI VALUTAZIONE DI IMPATTO SANITARIO	FORZA LAVORO 25-44 ANNI	FORZA LAVORO 45-64 ANNI	FORZA LAVORO TOTALE
Con la crisi la platea di chi ha perso il lavoro in Italia si è allargata significativamente tra il 2007 e il 2012.	Tasso di disoccupazione da 5,6% a 8%	Tasso di disoccupazione da 3,2% a 4,9%	Tasso di disoccupazione da 4,7% a 6,7%
Nella letteratura di epidemiologia sociale la disoccupazione è associata tra gli uomini con un aumento del rischio di mortalità di circa il doppio, con variazioni di intensità tra i diversi Paesi.			
L'eccesso di rischio di mortalità per fascia d'età tra gli uomini disoccupati in Italia è stimato sulla forza di lavoro piemontese.	RR 2,72 (IC 2,09-3,54)	RR 1,15 (IC 0,92-1,44)	RR 1,37 (IC 1,16-1,62)
Applicando questi rischi relativi all'aumento del numero di disoccupati osservato con la crisi, si può stimare l'aumento di mortalità generale atteso nella forza lavoro maschile italiana associato alla crisi.	+ 3,8% pari a + 316 morti all'anno (IC95% 207-447)	+ 0,2% pari a + 96 morti all'anno (IC95% -51;+3,54)	+ 0,7% pari a + 411 morti all'anno (IC95% 149-567)

Tabella 2. Passaggi della valutazione di impatto sanitario sulla mortalità della disoccupazione indotta dalla crisi.
Table 2. Steps of the health impact assessment of unemployment driven by crisis on mortality.

	EFFETTO NEGATIVO	EFFETTO INCERTO	EFFETTO POSITIVE
Determinanti distali	Lavoro 3	Crescita 1	Pressione amb. 1
	Servizi 2		
Determinanti prossimali	Povertà 2	Cond. lavoro 1	Cond. Ambiente 1
	Psicosociali 3		Qualità LEA 1
	Dipendenze 1		
	Dieta/esercizio 1		
	Razionam. LEA 1		
Esiti salute	Depressione 2	Salute soggettiva 1	Incidenti stradali 2
	Suicidio 2	Infarto 1	Infortuni lavoro 2
	Mortalità 2		

Tabella 3. Intensità di associazione con la crisi dei diversi determinanti ed esiti di salute.
Table 3. Intensity of the association between crisis and determinants and health outcomes.

Esercizi di questo tipo sono alla portata di ogni meccanismo di generazione dei possibili effetti sulla salute della crisi passati in rassegna in questo documento. La principale conclusione è che occorre lavorare con maggiore impegno intorno ai meccanismi di generazione degli effetti sulla salute della crisi per poter simulare il funzionamento nel tempo e valutare l'impatto sanitario su tutti i possibili effetti a medio e lungo termine che l'impatto stimato della disoccupazione sulla mortalità generale lascia intravvedere in modo preoccupante.

CONCLUSIONI SU EFFETTI ACCERTABILI DELLA CRISI SULLA SALUTE E LACUNE CONOSCITIVE

La tabella 3 riassume i principali risultati di questo esame classificando i diversi determinanti ed esiti di salute considerati sulla base della capacità di mediare un effetto della crisi sulla salute (da negativo a positivo passando per incerto) e con una valutazione qualitativa dell'intensità dell'associazione con la crisi (da 1, corrispondente a poco intenso, a 3, corrispondente a molto intenso). La tabella mostra che il bilancio finale è sfavorevole per la salute, dunque essa deve essere una priorità per le politiche della crisi. Il procedimento documenta che è possibile una valutazione di impatto sanitario della crisi ex ante e concorrente, e che, soprattutto, la si deve fare se si vuole rendere maggiormente informate circa gli effetti marginali sulla salute le scelte delle misure di austerità e di riforma che sono in cantiere.
Qualcuno potrà diffidare dell'eccessivo riduzionismo meccanicistico di questa analisi che tenta di scomporre in altrettanti meccanismi indipendenti (per stimarne l'impatto relativo) processi che invece sono assai più complessi e interdipendenti. Gli autori sono consapevoli di questa limitazione, non di meno ritengono che sia l'unico modo per maneggiare le conoscenze disponibili e fare una valutazione di impatto della crisi sulla salute. Che è la premessa sia per «giocare in difesa» a conservare, sia per innovare di fronte alla crisi.

Per giocare in difesa noi professionisti della sanità ci riproponiamo la questione fondamentale «quanto si deve patrocinare la salute nelle decisioni intorno alla crisi»: dovendo scegliere, la salute è un bene fondamentale non disponibile alle misure di austerità o è un diritto limitato in funzione delle risorse disponibili? E siamo in grado di documentare gli effetti sulla salute di ogni azione non sanitaria in modo da permetterne l'esame? La questione si pone anche a proposito delle politiche sanitarie. Nella sanità, tra le misure di austerità le controriforme sono una scorciatoia inevitabile? In Spagna i tagli al fondo sanitario e la limitazione di copertura sanitaria per gli stranieri irregolari sono una realtà, mentre il passaggio da un sistema universalistico a uno su base assicurativa è in fase di discussione. In Italia questi argomenti non sono ancora nell'agenda pubblica, ma sempre più spesso la forte pressione sulla spesa privata indotta dai ticket senza un'adeguata intermediazione assicurativa fa balenare la necessità di un intervento sui livelli di assistenza. Cosa si può dire di queste prospettive nell'ottica degli effetti sulla salute finora osservati?
Nel contesto di progressi incerti della disordinata articolazione federalista delle responsabilità, le misure di austerità intraprese per far fronte alla crisi, con i loro effetti fortemente recessivi e con le minacce ai livelli di tutela sanitaria e sociale, fanno temere che possa essere minacciato l'impianto del Servizio sanitario nazionale italiano, che gioca un ruolo importante, insieme alla scuola, nel dare concretezza al patto di coesione sociale, e quindi al capitale sociale e alla solidità delle istituzioni. Senza considerare l'ambito economico, per evitare questa deriva bisogna riconoscere che i problemi della crisi sono risolvibili solo con misure di redistribuzione di responsabilità della politica; ma al successo di questi sforzi può concorrere, con un ruolo non marginale, un Servizio sanitario nazionale non spogliato di risorse ed energie e pienamente informato e responsabilizzato che possa mitigare gli effetti sfavorevoli di questo lungo passaggio.
Ma se dal gioco in difesa si passa all'innovazione, la valutazione di impatto sanitario della crisi deve proiettarci al futuro. In questo caso l'elemento cruciale che scaturisce dal-

l'analisi della letteratura riguarda la promozione di politiche proattive tese a contrastare la crisi «cambiando terreno di azione». Ciò significa non limitarsi a proteggere le persone colpite nella loro condizione sociale (reddito, lavoro, casa eccetera) tentando di colmare le carenze generate dalla crisi attraverso misure di carattere sostanzialmente assistenziale (varie forme di servizi e di sostegno al reddito), ma incidere su una rassegna di caratteristiche chiave degli ambienti fisici e sociali in cui vivono e lavorano. In realtà, in uno scenario proiettato al futuro la riflessione sulle politiche adeguate a fronteggiare l'impatto della crisi sulla salute richiederebbe di allargare il campo di osservazione, andando oltre la questione delle risorse, che da un lato mancano drammaticamente alle famiglie, dall'altro possono essere sempre meno compensate da trasferimenti assistenziali dello stato.

Per esempio proprio la cultura dei determinanti di salute suggerisce di colmare il vuoto di risorse che gli individui subiscono (perdita del lavoro, caduta del reddito eccetera), con azioni che si concentrino sull'aumento del rendimento delle risorse (descrescenti) di cui gli individui dispongono, mettendo le persone in condizioni di attenuare l'impatto negativo sulla propria salute, innalzando la qualità di aspetti critici dei microambienti in cui vivono. Luoghi di lavoro, ambienti formativi, quartieri e condomini delle città, scuole, luoghi di aggregazione eccetera. svolgono un ruolo fondamentale nel definire l'effetto di una certa condizione (povero, disoccupato, con bassa istruzione eccetera) sulla salute. La proprietà di queste politiche consiste nell'attenuare l'effetto negativo di una caduta di risorse o di un cambiamento negativo di condizione sociale, senza utilizzare la leva assistenziale, ma attraverso un miglioramento dei microcontesti in cui le persone vivono. Si tratta però di politiche di medio-lungo termine, che possono essere immediatamente avviate ma hanno ritorni nel medio periodo. Esse puntano a innalzare la qualità delle esperienze e la loro capacità di attivare le risorse e le relazioni delle persone migliorandone il rendimento (dal lavoro, al verde, ai rapporti associativi, alle esperienze di apprendimento e formazione eccetera).

Un secondo tipo di innovazione consisterebbe nel fronteggiare la crisi e il peggioramento dei determinanti distali attraverso il miglioramento delle performance del macrocontesto nazionale e dei contesti amministrativi locali. Si tratta di politiche non necessariamente costose, orientate ad accrescere la qualità dei processi e le performance del sistema socioeconomico, migliorando la regolazione dei mercati (energia, comunicazioni, credito, infrastrutture eccetera), la semplificazione della burocrazia (giustizia, fisco, amministrazione pubblica in generale eccetera), il riordino del decentramento (competenze ai vari livelli) e l'aumento dell'efficacia dei servizi tesi a potenziare il capitale umano e l'autonomia delle persone (istruzione, formazione, servizi per il lavoro, servizi e strategie di reintegrazione sociale, servizi e strategie di conciliazione). L'esperienza del governo clinico a cui l'epidemiologi ha dato tanti contributi è forse l'ambito operativo dove si è provato a far funzionare meglio i processi con maggiore lucidità e fornendo risultati.

Un terzo tipo di innovazioni riguarda tutta quella classe di politiche che di fronte alla necessità di attenuare e fronteggiare le pressioni negative dei cambiamenti di scenario (maggiore competitività internazionale e delocalizzazione da un lato, invecchiamento della popolazione e disagio da immigrazione povera dall'altro) si propone di coglierne piuttosto le opportunità, come la crescente possibilità di esportare beni nei Paesi ad alto tasso di crescita e di attrarre nuovi flussi turistici, valorizzando il «brand Italia» sui diversi segmenti e mercati internazionali. Inoltre, riguardo ai cambiamenti demografici, le opportunità più macroscopiche consistono nell'attrazione di immigrazione qualificata (per riequilibrare il bilancio demografico e rispondere alle necessità del mercato del lavoro) e nella capacità di valorizzare l'invecchiamento in salute degli anziani nel mercato del lavoro e nella società. Queste duplici strategie in altri Paesi sono molto chiare. L'attrazione di immigrazione qualificata e le politiche di *active aging* da un lato e la promozione delle esportazioni e della competitività internazionale per sfruttare la globalizzazione dall'altro sono praticate in modo sistematico dai maggiori Paesi. In questo ambito la sanità avrebbe molte carte da giocare.

Dunque la sfida riguarda innanzitutto le politiche da inventare o potenziare, tese a cogliere opportunità e migliorare a vari livelli il funzionamento di contesti di vita, qualità, profilo culturale e performance di soggetti collettivi, piuttosto che le politiche di carattere assistenziale e individuale, finalizzate a riparare i guasti prodotti dalla crisi, fortemente limitate dalla dinamica delle risorse.

Dalla letteratura sui determinanti della salute si può inferire un'ampia casistica che suggerisce politiche concrete di miglioramento degli ambienti di lavoro e di vita quotidiana che richiedono attivazione e coinvolgimento delle persone e dei soggetti collettivi, sviluppo di culture orientate alla qualità e al miglioramento, sistemi di regolazione adeguati a sostenerle.

La sfida quindi ci pare essere legata alla capacità di fronteggiare la crisi, difendendo la salute, riscoprendo e sviluppando un'ampia gamma di politiche sottovalutate, più che scavando nelle pieghe del bilancio a cercare soldi. La misurazione di queste dimensioni e di questo crescente tasso di «capacitazione» deve essere in ampia parte creata e/o dotata di nuovi significati. Ciò non richiede necessariamente o prioritariamente risorse economiche aggiuntive da investire, ma necessita che si incida in modo efficace sui meccanismi di funzionamento e regolazione dei sistemi collettivi pubblici e privati.

1. ISTAT/CNEL. *Progetto Benessere equo e sostenibile, 2012.* Consultabile all'indirizzo web: http://www.misuredelbenessere.it/.

2. WHO. *Impact of economic crises on mental health, 2011.* Consultabile all'indirizzo web: http://www.euro.who.int/__data/assets/ pdf_file/0008/134999/e94837.pdf.

3. Anderson P. Economic crisis and mental health and wellbeing. A background paper for the WHO regional office for Europe "*Impact of economic crises on mental health*", WHO, 2011. Consultabile all'indirizzo web: http://groups.stakes.fi/NR/rdonlyres/D4A834E6-E7EC-4C2B-912D-6869454FF3E4/0/Background_2_EconomicCrises_and_Mental_Health.pdf

4. Stuckler D, Basu S, McDaid D. Depression amidst depression: mental health effects of the ongoing recession. A background paper for the WHO regional office for Europe "*Impact of economic crises on mental health*", WHO, 2011. Consultabile all'indirizzo web http://groups.stakes.fi/NR/rdonlyres/85320FDB-20EF-4673-A974-28681A4D7E01/0/Background_1_EconomicCrises_and_Mental_Health.pdf.

5. Suhrcke M., Stuckler D, Suk JE et al. The impact of economic crises on communicable disease transmission and control: a systematic review of the evidence. *PloS one* 2011; 6(6): e20724.

6. Taroni F. Salute e politiche sanitarie ai tempi della crisi: vecchie soluzioni per nuovi problemi. In Gensini GF, Nicelli AL, Trabucchi M et al. *Rapporto Sanità 2012.* Roma, Il Mulino 2012; pp 329-81.

7. De Belvis AG, Ferrè F, Specchia et al. The financial crisis in Italy: implications for the healthcare sector. *Health policy* 2012;106(1):10-6.

8. Kentikelenis A, Karanikolos M,Papanicolas I et al. Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *Lancet* 2001;378(9801):1457-8.

9. Costa G, Vecchi G. Storie parallele: la salute e le altre dimensioni del benessere a confronto in 150 anni di differenze geografiche in Italia. *Epidemiol Prev* 2011;35(5-6) Suppl 2:34-44.

10. Health Action Partnership International. *Pan-European macro-drivers that impact on work, worklessness, social protection and health inequalities.* 2012. Consultabile alla pagina web: http://health-gradient.eu/report-published-pan-european-macro-drivers-work-worklessness-social-protection-and-health-inequalities/.

11. Farrer L, Yghemonos S, Kiasuwa R et al. *Macro Drivers of Health Equity: Discussion Paper for the Expert Forum.* 2012. Consultabile alla pagina web: http://www.ose.be/files/publication/2011/DiscussionPaper_2011_Macro-Drivers_of_Health_Equity.pdf

12. Il 7° programma quadro dell'Unione europea finanzia i progetti SOPHIE and DEMETRIQ, entrambi finalizzati a individuare e misurare l'impatto di politiche sanitarie e non sui determinanti della salute e delle disuguaglianze di salute. Entrambi i progetti hanno un proprio sito web consultabile alle pagine: http://www.sophie-project.eu e http://www.demetriq.eu/

13. CSDH. *Closing the gap in a generation: Equity through action on the social determinants of health.* Final Report of the Commission on Social Determinants of Health of the World Health Organization. Geneva, WHO, 2007.

14. Wilkinson R, Pickett K. *The Spirit Level: Why Equality is Better for Everyone.* London, Penguin, 2010.

15. ISTAT. *Rapporto annuale 2012 – La situazione del Paese.* Roma, ISTAT, 2012.

16. Amendola N, Vecchi G. *La linea (di povertà) è mobile.* Consultabile sul sito di La Voce all'indirizzo Web: http://www. lavoce.info/articoli/-poverta/pagina103315html.

17. ILO. *Health and life at work: a basic human right.* April 2009. Consultabile alla pagina Web: http://www.ilo.org/safework/info/video/WCMS_108686/lang--en/index.htm.

18. 1.Villosio C, Salis E. *Labour migration through the crisis. Recent trends and policy developments in the Italian case.* 2011 Fieri working papers in Indipendent Network of Labour Migration and Integration Experts, Annual Monitoring Review on Migration, Employment and Labour Market Integration Policies (2009-2010), 2011.

19. OD&M consulting . *13° Rapporto sulle retribuzioni in Italia dal 2006 al 31 dicembre 2011.* OD&M, Milano, 2012.

20. AUSES. *IV Rapporto Auser Enti Locali e Terzo Settore 2007-2009.* 2010.

21. CENSIS. *45° Rapporto sulla situazione sociale del paese.* Roma, CENSIS, 2011.

22. ISPRA. *Qualità dell'ambiente urbano. VIII Rapporto.* Roma, 2012.

23. ISTAT. *Rapporto annuale 2011 – La situazione del Paese.* Roma 2011, ISTAT.

24. Morris JN, Donkin AJM, Wonderling D et al. A minimum income for healthy living. *J Epidemiol Community Health* 2000;54(12):885-9.

25. Banca d'Italia. *Relazione annuale sul 2011.* Roma, Banca d'Italia, 2012.

26. *Banca d'Italia. Rapporto sulla stabilità finanziaria.* Roma, Banca d'Italia, 2011.

27. ISTAT. *Indagine Multiscopo Aspetti della vita quotidiana*, dal 2003 al 2011.

28. Dooley D, Fielding J, Levi L. Health and unemployment. *Annu Rev Public Health* 1996;17:449-65.

29. Fryers T, Melzer D, Jenkins R. Social inequalities and the common mental disorders: a systematic review of the evidence. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003;38(5):229-37.

30. McKee-Ryan F, Song Z, Wanberg CR, Kinicki AJ. Psychological and Physical Well-Being During Unemployment: A Meta-Analytic Study. *J Appl Psychol* 2005;90 (1):53-76.

31. Wilson SH, Walker GM. Unemployment and health: a review. *Public Health* 1993;107(3):153-62.

32. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Fifth European Working Conditions Survey (EWCS). Health and well being at work. 2010, Technical Report. Luxembourg, 2012.

33. Bhui KS, Dinos S, Stansfeld SA et al. A synthesis of the evidence for managing stress at work: a review of the reviews reporting on anxiety, depression, and absenteeism. *J Environ Public Health* 2012;515874. Epub 2012 Feb 14.

34. I dati utilizzati per questi paragrafi derivano dalle elaborazioni ISTAT già citate (vedi nota 28) o da elaborazioni ad hoc condotte a partire dai dati PASSI (www.epicentro.iss.it/passi).

35. DOXA. *Il fumo in Italia, 2012.* Indagine consultabile alla pagina web: http://www.iss.it/binary/fumo/cont/Indagine_DOXA2012.pdf

36. Istituto superiore di sanità. *Abitudini alcoliche della popolazione.* 2004. Indagine consultabile alla pagina web: http://www.iss.it/binary/alco/cont/Consumi_2004_2011_vino_birra_spirits.pdf

37. ISTAT. *Uso e abuso di alcol in Italia.* 2011. Consultabile alla pagina web: http://www.istat.it/it/archivio/59033

38. 1.Voller F, Silvestri C, Innocenti F et al. Abstract vari. tti del Congresso di Associazione Italiana di Epidemiologia *Epidemiol Prev* 2012;36(5) Suppl 1:1-144**.**

39. Dipartimento politiche antidroga. *Relazione annuale 2012.* Consultabile alla pagina web http://www.politicheantidroga.it/progetti-e-ricerca/relazioni-al-parlamento/relazione-annuale-2012/presentazione.aspx

40. Amministrazione autonoma monopoli di Stato. *Dati sulla raccolta dei giochi.* 2012. Consultabile alla pagina web http://www.aams.gov.it/?id=5320

41. Mladovsky P, Srivastava D, Cylus J et al. *Health policy responses to the financial crisis in Europe. Policy Summary, 5.* Copenhagen, World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2012.

42. Garcia Rada A. New legislation transforms Spain's health system from universal access to one based on employment. *BMJ* 2012;344:e3196.

43. Cislaghi C. Progetto REMOLET, anticipazioni di risultati che verranno presentati in Atti del Congresso di Associazione Italiana di Epidemiologia 2012. *Epidemiol Prev* 2012;36(5) Suppl 1:1-144.

44. Ierardi F, Falcone M, Vannucci A. Compartecipazione alla spesa sanitaria e crisi economica in Toscana. Atti del Congresso di Associazione Italiana di Epidemiologia, *Epidemiol Prev* 2012;36(5) Suppl 1:1-144.

45. Floram G, Bavcar A. Recrudescenza della carie infantile nel distretto sanitario di cividale del friuli: effetto della crisi economica? Atti del Congresso di Associazione Italiana di Epidemiologia, *Epidemiol Prev* 2012;36(5) Suppl 1:1-144.

46. In questo paragrafo i dati, quando non altrimenti riportati, provengono dalle stesse fonti dell'Indagine ISTAT multiscopo annuale e dell'indagine PASSI elaborati ad hoc già citate (28 e 35), oltre che da analisi ad hoc di dati del DWH epidemiologico piemontese e dello Studio longitudinale torinese elaborati ad hoc.

47. Gruppo di lavoro OsMed. *L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale anno 2011.* Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, 2012. Consultabile alla pagina Web http://www.agenziafarmaco.gov.it/sites/default/files/1_-_rapporto_osmed_2011.pdf

48. ISTAT. *Health for All Italia.* Dati consultabili alla pagina web: http://www.istat.it/it/archivio/14562.

49. Barr B, Taylor-Robinson D, Scott-Samuel A et al. Suicidies associated with the 2008-2010 economic recession in England: time trends analysis. *BMJ* 2012;345: e5142.

50. De Vogli R, Marmot M, Stuckler D. Excess suicides and attempted suicides in Italy attributable to the great recession. *J Epidemiol Community Health* 2012.

51. Caranci N. Crisi economica e andamento di suicidi e incidenti stradali; Italia ed Emilia-Romagna nel contesto europeo. Atti del Congresso di Associazione Italiana di Epidemiologia. *Epidemiol Prev* 2012;36(5) Suppl 1:1-144.

52. Davies R, Jones P, Nuñez I. The impact of the business cycle on occupational injuries in the UK. *Soc Sci Med* 2009;69(2):178-82.

53. Asfaw A, Pana-Cryan R, Rosa R. The business cycle and the incidence of workplace injuries: evidence from the U.S.A. *J Safety Res* 2011;42(1):1-8.

54. Fabiano B, Parentini I, Ferraiolo A et al. A century of accidents in the Italian industry: Relationship with the production cycle. *Saf Sci* 1995;21:65-74.

55. Farchi S, Pezzotti P, Chini F. Accessi al pronto soccorso per incidente stradale e aumento del prezzo dei carburanti: un'analisi nella Regione Lazio, anni 2007-2012. Atti del Congresso di Associazione Italiana di Epidemiologia. *Epidemiol Prev* 2012;36(5) Suppl 1:1-144.

56. D'Angela D. Indicatori di performance: aggiornamenti sull'impatto equitativo della crisi finanziaria in Ceis Sanità, VIII Rapporto Sanità - Università degli Studi di Roma Tor Vergata, 2012.

57. Progetto EUROGBDSE. Rapporto finale consultabile alla pagina Web http://www.euro-gbd-se.eu

58. Costa G, Segnan N. Mortalità e condizione professionale nello studio longitudinale torinese. *Epid Prev* 1988;36:48-57.

EPIDEMIOLOGIA & PREVENZIONE

ABBONAMENTI **2013**
A CIASCUNO IL SUO

	E&P on line + Suppl on-line	E&P on line + Suppl on line + versione cartacea	E&P on line + versione cartacea + supplementi cartacei
PRIVATI ITALIA			
1 anno	70 euro	80 euro	95 euro
2 anni	130 euro	150 euro	180 euro
3 anni	185 euro	210 euro	255 euro
ENTI ITALIA AD ACCESSO UNICO		ENTI ITALIA AD ACCESSO MULTIPLO: ABBONAMENTI DA CONCORDARE CON L'EDITORE	
1 anno	145 euro	155 euro	170 euro
2 anni	270 euro	280 euro	310 euro
3 anni	385 euro	395 euro	440 euro
ENTI ESTERO			
1 anno	165 euro	175 euro	195 euro
2 anni	290 euro	310 euro	350 euro
3 anni	405 euro	425 euro	475 euro
PRIVATI ESTERO			
1 anno	85 euro	95 euro	115 euro
2 anni	160 euro	180 euro	220 euro
3 anni	230 euro	260 euro	320 euro

PROMOZIONI 2012

- **Per giovani epidemiologi:** abbonamento on line a 45 euro per gli under 30.
- **Per generosi epidemiologi già abbonati a E&P:** regala un abbonamento a E&P per il 2012. Costa solo 50 euro per l'edizione on line e 60 euro per avere anche il cartaceo. Ovviamente, l'abbonamento sarà accompagnato da un biglietto che svelerà l'identità del donatore per fare una gran bella figura e nello stesso tempo aiutare E&P.
- **Per epidemiologi "contagiosi":** se ti piace E&P e fai sottoscrivere due nuovi abbonamenti a chi non conosce la rivista o non è più abbonato da almeno due anni, il tuo abbonamento o il tuo rinnovo è gratuito.

EPIDEMIOLOGIA & PREVENZIONE **Modalità di abbonamento per il 2013**

data ..... Abbonamento annuo a partire dal primo numero raggiungibile:

❒ **Tipo di abbonamento** ..... ❒ **euro** .....

Modalità di pagamento:

❒ **Versamento:** a mezzo conto corrente postale n. 55195440 intestato a Inferenze scarl, via Ricciarelli 29, 20148 Milano (allegare la ricevuta di versamento alla richiesta di abbonamento)

❒ **Assegno:** intestato a Inferenze scarl

❒ **Bonifico bancario:** UGF BANCA, piazza Wagner 8, 20145 Milano IBAN IT 53 P 03127 01600 0000 0000 3681 intestato a Inferenze scarl, via Ricciarelli 29, 20148 Milano (allegare la contabile alla richiesta di abbonamento)

❒ **PayPal:** sul sito www.epiprev.it

❒ **Carta di credito:** ❒ American Express ❒ Carta Sì ❒ Master Card ❒ Eurocard ❒ VISA

cognome e nome .....

azienda .....

indirizzo .....

cap ..... località ..... prov. .....

tel. ..... fax. ..... e-mail .....

numero _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ scadenza _ _ / _ _ / _ _ firma .....

cod. CV2 _ _ _ (ultime tre cifre stampate sul retro della carta, per una garanzia di sicurezza in più)

Compilare e inviare a Inferenze - via Ricciarelli 29, 20148 Milano; e-mail abbonamenti@inferenze.it o per fax allo 02 48706089

Epidemiologia&Prevenzione in versione "classica"
di 64 pagine, con peer-review,
indicizzazione in medline e impact factor
è quella che trovate **integralmente on-line**

Da questa versione vengono estratte 32 pagine a **stampa**
(per gli affezionati della carta)

EPdiMezzo è la nuova parte di EP dedicata ai dibattiti,
esce a cavallo tra un numero e l'altro di E&P,
viene pubblicata solo on-line,
non è impaginata (non trovate i PDF), non è sottoposta
a peer-review e non viene indicizzata,
ma avvia i dibattiti che poi troveranno posto
anche su E&P, vi permette di lasciare commenti
in tempo reale e favorisce il dialogo anche con soggetti
diversi dagli epidemiologi

EP Channel

IL CALENDARIO DI e&p

GENNAIO	FEBBRAIO	MARZO	APRILE	MAGGIO	GIUGNO	LUGLIO	AGOSTO	SETTEMBRE	OTTOBRE	NOVEMBRE	DICEMBRE
E&P DI MEZZO	1/2011 E&P ON LINE 64 pp → E&P STAMPA 32 pp	E&P DI MEZZO	2/2011 E&P ON LINE 64 pp → E&P STAMPA 32 pp	E&P DI MEZZO	3/2011 E&P ON LINE 64 pp → E&P STAMPA 32 pp	E&P DI MEZZO		4/2011 E&P ON LINE 64 pp → E&P STAMPA 32 pp	E&P DI MEZZO	5/2011 E&P ON LINE 64 pp → E&P STAMPA 32 pp	