

CRISI ECONOMICA E SALUTE: QUALI IMPLICAZIONI?

INTERVISTATO GIUSEPPE COSTA, RESPONSABILE S.C. SERVIZIO SOVRAZIONALE DI EPIDEMIOLOGIA ASL TO3, PROFESSORE ORDINARIO DIPARTIMENTO DI SCIENZE CLINICHE E BIOLOGICHE, UNIVERSITÀ DI TORINO

INTERVISTATRICE CHIARA RIVOIRO

La salute è un bene comune? Recentemente, in occasione dei lavori per lo sviluppo del sistema di indicatori per il Benessere Equo e Sostenibile (BES), la maggioranza degli italiani interpellati ha indicato la salute come la dimensione più importante del loro benessere. Eppure, a livello nazionale sono ancora esigui gli strumenti messi in campo per un monitoraggio sistematico dello stato di salute dei cittadini o almeno dei soggetti più fragili, soprattutto in riferimento alla persistente crisi economica. In momenti di crisi, le istituzioni pubbliche dovrebbero avere le capacità di attrezzarsi per tutelare le fasce più deboli e le aree più a rischio di decadimento. Le evidenze mostrano come gli effetti negativi di una recessione si concentrino sui soggetti già a rischio o in situazioni di povertà, disoccupazione, esclusione sociale o scarsa salute. Tali effetti sono spesso mascherati dal miglioramento delle condizioni di coloro che durante una crisi economica possono vedere addirittura migliorare le proprie condizioni, in particolare coloro che posseggono redditi e patrimoni elevati¹.

Mancano inoltre dati sugli effetti a lungo termine (le cosiddette "cicatrici") della crisi economica sullo stato di salute.

I meccanismi d'azione della crisi sulla salute. Molti autorevoli studi si sono interrogati sui possibili meccanismi attraverso i quali le crisi economiche producono effetti sulla salute. Catalano et al (2011)² indicano tre principali modalità: lo stress, l'effetto budget e l'effetto "frustrazione-aggressione".

Il meccanismo dello *stress* può agire in senso sia positivo sia negativo: il rischio di disoccupazione aumenta i livelli di stress, ma l'eventuale perdita del lavoro (soprattutto se impegnativo) potrebbe produrre una riduzione della prevalenza delle patologie correlate allo stress. Dal punto di vista fisico, è possibile osservare un aumento delle patologie correlate al peggioramento delle condizioni di sicurezza sul lavoro e una maggiore disponibilità dei lavoratori ad accettare impieghi rischiosi, ma può anche accadere che la riduzione delle attività produttive più dannose riduca gli effetti nocivi sulla salute dei lavoratori.

Anche l'effetto *budget* può agire in senso sia positivo sia negativo: la scarsità di risorse può spingere gli individui a ridurre le spese nella prevenzione o a risparmiare sulla qualità degli alimenti, ma può anche contribuire a contenere il consumo di tabacco, alcool o droghe, con effetti contrapposti sulla salute individuale.

Il meccanismo denominato di "**frustrazione-aggressione**" fa riferimento al caso in cui gli individui sperimenterebbero, a causa della recessione, situazioni psicosomatiche di

1 Gottret, P., Gupta, V., Sparkes, S., Tandon, A., Moran, V. and Berman, P. (2009) *Protecting pro-poor health services during financial crises: Lessons from experience*, in D. Chernichovsky and K. Hanson (eds) *Advances in Health Economics and Health Services Research*, Volume 21. Bingley: Emerald Group Publishing, pp. 23–53. Musgrove, P. (1987) *The economic crisis and its impact on health and health care in Latin America*, *International Journal of Health Services*, 17(3): 411–41. Cutler, D., Knaul, F., Lozano, R., Mendez, O. and Zurita, B. (2002) *Financial crisis, health outcomes and ageing: Mexico in the 1980s and 1990s*, *Journal of Public Economics*, 84 (2002): 279–303. Yang, B., Prescott, N. and Bae, E. (2001) *The impact of economic crisis on health-care Consumption in Korea*, *Health Policy and Planning*, 16(4): 372–85.

2 Catalano, R., Goldman-Mellor, S., Saxton, K., Margerison-Zilko, C., Subbaraman, M., LeWinn, K., & Anderson, E. (2011). The health effects of economic decline. *Annual Review of Public Health*, 32, 431-50.

“aggressione”. Il contesto di crisi può aumentare la percezione di ingiustizie sociali, favorire atti di violenza come così come l'abuso di sostanze. Al contrario, il meccanismo può portare ad un "effetto di inibizione": gli individui a rischio di perdere il lavoro, cambiano i loro comportamenti (riducendo gli atteggiamenti antisociali e i consumi dannosi) in modo da ridurre al minimo il rischio di disoccupazione.

La crisi economica può inoltre agire sulla salute degli individui attraverso meccanismi indiretti: si pensi ad esempio agli effetti sull'inquinamento ambientale della riduzione della produzione industriale e dell'uso di autovetture private (con la connessa minore incidentalità stradale).

LE PRINCIPALI EVIDENZE DELLA CORRELAZIONE TRA CRISI ECONOMICA E SALUTE DELLA POPOLAZIONE

La situazione in Europa. Una recentissima revisione della letteratura internazionale³ ha analizzato gli articoli pubblicati tra gennaio 2009 e luglio 2015, concernenti gli effetti sulla salute della crisi economica iniziata nel 2008, nei paesi a cosiddetto “alto reddito”. Tutti gli studi riportano evidenze robuste di effetti negativi sulla salute mentale, mentre altri esiti sulla salute sono meno evidenti^{4 5}. Gli studi provenienti da numerosi paesi (Australia, Canada, Francia, Grecia, Ungheria, Islanda, Irlanda, Italia, Slovenia, Spagna, Svezia, Regno Unito e Stati Uniti, compresi alcuni studi multinazionali) sono concordi nel riportare un peggioramento in almeno un indicatore di salute mentale in associazione con la crisi economica. Un'analisi italiana⁶ mostra un aumento dei decessi correlati a patologie mentali e un aumento dei disturbi comportamentali attribuiti alla crisi, per complessivi 548 morti in eccesso tra 2008 e il 2010.

Burgard e colleghi⁷ dimostrano che l'insicurezza relativa all'abitare, come il dover cambiare casa perché non più in grado di pagare l'affitto, è associata ad una maggiore probabilità di attacchi di ansia e sintomi depressivi. Esiste tuttavia un fattore in grado di svolgere una funzione protettiva sulla salute mentale: laddove esiste una comunità che presenta alti livelli di coesione e di capitale sociale, gli effetti negativi della crisi economica sono mitigati di un fattore pari a due relativamente al tasso di stress e depressione⁸. Ancora, uno studio longitudinale multicentrico⁹ basato su dati provenienti da indagini sanitarie e pensionistiche negli Stati Uniti e in 13 Paesi europei ha rilevato che la perdita di posti di lavoro tra i 50 a 64 anni di età, in particolare a causa della chiusura dell'azienda, è associato ad un aumento di sintomi depressivi: del 28% negli Stati Uniti e del 7,5% in Europa (le differenze sembrano rispecchiare i diversi sistemi di welfare).

³ Effects of the Global Financial Crisis on Health in High-Income Oecd Countries: A Narrative Review. Marina Karanikolos, Pia Heino, Martin McKee, David Stuckler, and Helena Legido-Quigley. *International Journal of Health Services* 2016, Vol. 46(2) 208–240.

⁴ van Gool, K. and M. Pearson (2014), “Health, Austerity and Economic Crisis: Assessing the Short-term Impact in OECD countries”, *OECD Health Working Papers*, No. 76, OECD Publishing.

⁵ Costa G, Crialesi R, Migliardi A, Gargiulo L, Sebastiani G, Ruggeri P, Menniti Ippolito F (Ed.). *Salute in Italia e livelli di tutela: approfondimenti dalle indagini ISTAT sulla salute*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2016. (Rapporti ISTISAN 16/26).

⁶ De Vogli R, Marmot M, Stuckler D. Excess suicides and attempted suicides in Italy attributable to the great recession. *J Epidemiol Community Health*. 2013;67(4):378–379

⁷ Burgard SA, Seefeldt KS, Zelner S. Housing instability and health: findings from the Michigan recession and recovery study. *Soc Sci Med*. 2012;75(12):2215–2224.

⁸ Katikireddi SV, Niedzwiedz CL, Popham F. Trends in population mental health before and after the 2008 recession: a repeat cross-sectional analysis of the 1991–2010 Health Surveys of England. *BMJ Open*. 2012;2(5):e001790.

⁹ Riumallo-Herl C, Basu S, Stuckler D, Courtin E, Avendano M. Job loss, wealth and depression during the Great Recession in the USA and Europe. *Int J Epidemiol*. 2014;43(5):1508–1517.

L'aumento dei suicidi. E'una delle preoccupazioni più rilevanti: il dato più robusto proviene dalla Grecia, ove il tasso di suicidi è aumentato del 56% tra il 2007 e il 2011 e del 35% tra il 2010 e il 2012¹⁰.

I dati provenienti dalla Grecia¹¹, il paese più colpito dalla crisi, mostrano tassi stabili della mortalità globale, ad eccezione di un aumento di morti infantili nel 2011 e 2012. Dati simili si rilevano per la Spagna e l'Italia: a fronte di un aumento del tasso di suicidi, si è registrata una diminuzione delle morti da incidenti stradali.

Con riguardo alla relazione fra disoccupazione e malattie croniche, i dati disponibili offrono indicazioni robuste, in particolare per malattie cardiovascolari, tumori, malattie respiratorie e diabete.¹² Ad esempio, una correlazione statisticamente significativa è stata riscontrata negli Stati Uniti, dove nelle aziende con più elevati tassi di licenziamento si registrano più elevati rischi di ipertensione e diabete¹³. In Inghilterra, l'aumento della disoccupazione è associato ad un aumento statisticamente significativo di problemi cardiovascolari¹⁴. In Grecia, durante la crisi economica si sono riscontrati tassi più elevati di infarto miocardico acuto¹⁵.

Correlazioni statisticamente significative si riscontrano tra disoccupazione, difficoltà finanziarie e comportamenti insalubri. La maggior parte degli studi sul consumo di alcol provengono dagli Stati Uniti, ove durante la crisi si osserva sia una diminuzione del numero totale di bevitori sia un aumento dei bevitori pesanti. Uno studio condotto in Inghilterra ha mostrato una significativa diminuzione della frequenza del bere nel 2008-2009 rispetto al 2006-2007, ma il dato aggregato nasconde i cambiamenti avvenuti nei gruppi ad alto rischio tra i quali è nettamente aumentato il *binge drinking*.

¹⁰ Madianos MG, Alexiou T, Patelakis A, Economou M. Suicide, unemployment and other socioeconomic factors: Evidence from the economic crisis in Greece. *Eur J Psychiatry*. 2014;28(1):39-49. Rachiotis G, Stuckler D, McKee M, Hadjichristodoulou C. What has happened to suicides during the Greek economic crisis? Findings from an ecological study of suicides and their determinants (2003-2012). *BMJ Open*. 2015;5(3):e007295.

¹¹ Baumbach A, Gulis G. Impact of financial crisis on selected health outcomes in Europe. *Eur J Public Health*. 2014;24(3):399-403.

¹² Mustard CA, Bielecky A, Etches J, et al. Mortality following unemployment in Canada, 1991-2001. *BMC Public Health*. 2013;13(1):441.

Lundin A, Falkstedt D, Lundberg I, Hemmingsson T. Unemployment and coronary heart disease among middle-aged men in Sweden: 39 243 men followed for 8 years. *Occup Environ Med*. 2014;71(3):183-188. *230 International Journal of Health Services* 46(2)

Noelke C, Avendano M. Who suffers during recessions? economic downturns, job loss, and cardiovascular disease in older Americans. *Am J Epidemiol*. 2015;182(10):873-882.

Maruthappu M, Shalhoub J, Tariq Z, et al. Unemployment, government healthcare spending, and cerebrovascular mortality, worldwide 1981-2009: an ecological study. *Int J Stroke*. 2015;10(3):364-371.

Maruthappu M, Watson RA, Watkins J, et al. Unemployment, public-sector healthcare expenditure and colorectal cancer mortality in the European Union: 1990-2009. *Int J Public Health*. 2016 Jan;61(1):119-130.

Ennis KY, Chen MH, Smith GC, et al. The impact of economic recession on the incidence and treatment of cancer. *J Cancer*. 2015;6(8):727-733.

Shin D, Kim JM, Tandi TE, Park EC. Impact of change in job status on mortality for newly onset type II diabetes patients: 7 years follow-up using cohort data of National Health Insurance, Korea. *Diabetes Metab Syndr*. 2015 Aug 22. pii: S1871- 4021(15)00079-X

¹³ Modrek S, Cullen MR. Health consequences of the 'great recession' on the employed: evidence from an industrial cohort in aluminum manufacturing. *Soc Sci Med*. 2013 Sep;92:105-113.

¹⁴ Astell-Burt T, Feng X. Health and the 2008 economic recession: evidence from the United Kingdom. *PLoS One*. 2013;8(2):e56674.

¹⁵ Makaris E, Michas G, Micha R, et al. Greek socio-economic crisis and incidence of acute myocardial infarction in Southwestern Peloponnese. *Int J Cardiol*. 2013;168(5):4886-4887.

E sono ormai disponibili dati che riportano come gli sforzi degli Stati nel supporto alle famiglie siano efficaci nel ridurre ad esempio il tasso di suicidi: il lavoro di Stuckler et al¹⁶ dimostra come ogni 100 dollari spesi per programmi di supporto alle famiglie (sostegno economico per ogni figlio nato, programmi di sostegno alla maternità, congedo parentale, ecc.) il tasso di suicidio si riduce di 0,2 punti percentuali.

LA SITUAZIONE ITALIANA E REGIONALE.

Per l'Italia, la recente pubblicazione dell'Istituto Superiore di Sanità dal titolo "Salute in Italia e livelli di tutela: approfondimenti dalle indagini ISTAT sulla salute" propone un'analisi dei dati ISTAT relativamente a condizioni di salute, prevenzione, assistenza sanitaria, nonché approfondimenti su alcuni gruppi vulnerabili e particolari strumenti per la programmazione sanitaria¹⁷.

Abbiamo richiesto a Geppo Costa¹⁸, uno degli autori della pubblicazione, alcuni chiarimenti in merito alla salute dei piemontesi.

Che cosa possiamo dire della salute dei piemontesi prima e dopo la crisi?

Sul versante sanitario, l'analisi dei dati ISTAT relativi agli anni 2007-2015 propone nuovi e originali spunti per comprendere meglio l'impatto della crisi sulla salute dei cittadini e quindi offre conoscenze utili ai decisori per trovare risposte adeguate ai reali bisogni di salute della popolazione.

Il primo rilievo è che la situazione dei cittadini piemontesi si allinea in gran parte con quella nazionale.

Il secondo rilievo che l'analisi condotta ci permette di sottolineare è che nell'arco temporale osservato, nonostante dunque la crisi economica in atto, gli indici di salute obiettiva (tassi di mortalità, morbosità, limitazioni funzionali) sono migliorati: e questo non perché la crisi faccia bene, ma perché la popolazione analizzata appartiene a coorti nate e vissute in contesti ambientali e socio culturali più sani, tali da consentire ora un livello di salute buono e duraturo nel tempo. Si tratta di una buona notizia perché è una fascia di popolazione che ancora per un buon numero di anni godrà di buona salute o con malattie che non rappresentano un onere gravoso per il servizio sanitario nazionale.

Il terzo rilievo è che c'è evidenza di un aumento delle malattie croniche: anche in questo caso, non si tratta di un aumento dell'incidenza, ma di anticipazione diagnostica: malattie come il diabete, le dislipidemie sono intercettate più precocemente rispetto ad un tempo e dunque ne aumenta il numero. L'anticipazione diagnostica consente la presa in carico di persone con malattie ad uno stadio precoce, con possibilità di prevenire molti esiti secondari e sfavorevoli, con un risparmio economico per il servizio sanitario nazionale consistente.

Ci sono però purtroppo alcune notizie cattive: la più evidente, sulla scorta di quanto già evidenziato a livello internazionale, è che sono un peggiorati i dati relativi alla salute mentale derivanti dalle misurazioni psicometriche con scale validate nella letteratura internazionale. I

¹⁶ Stuckler D et al. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. Lancet, 2009, 374:315–323

¹⁷ Costa G et al, op cit.

¹⁸ Geppo Costa, professore di Igiene all'Università di Torino e dirige l'Osservatorio Epidemiologico del Piemonte. È stato membro di commissioni consultive della Regione Piemonte, del Ministero della Sanità e dell'Istat e di azioni concertate della UE nei principali campi di ricerca scientifica di suo interesse: l'epidemiologia delle disuguaglianze nella salute e nell'assistenza sanitaria, le politiche di contrasto alle disuguaglianze, l'epidemiologia occupazionale e ambientale, la programmazione sanitaria e i sistemi informativi

livelli di ansia e depressione sono aumentati in tutte le fasce di età, in particolare però nei giovani: sono infatti i giovani che dovrebbero entrare nel mondo del lavoro, il bersaglio principale della crisi occupazionale e della crisi della sostenibilità del reddito (i giovani non possono beneficiare neanche di alcuni strumenti quali la cassa integrazione straordinaria, ai quali invece gli adulti in età lavorativa hanno potuto accedere). Gli anziani sembrano risparmiati da questo peggioramento anche grazie agli strumenti di protezione del nostro sistema di welfare. Particolarmente colpiti sono anche gli adulti in età lavorativa. Il riscontro nei flussi informativi piemontesi di una crescita nell'uso degli antidepressivi, dei ricoveri e del tasso di mortalità per tentativi di autolesione e suicidio sono testimonianza del peggioramento della salute mentale anche nella nostra Regione. Tali dati sono particolarmente negativi nelle fasce di popolazione svantaggiata economicamente

Quali sono i determinanti di salute su cui la crisi ha avuto maggiore impatto?

Se guardiamo l'impatto della crisi su alcuni tra i principali fattori di rischio possiamo trarne notizie buone: i vincoli di sostenibilità economica introdotti dalla crisi hanno determinato l'adozione di comportamenti più sani da parte della popolazione: la diminuzione dell'uso dell'automobile è correlata alla riduzione dell'incidentalità stradale, al miglioramento di alcuni parametri della qualità dell'aria. Si è ridotto il numero di sigarette fumate e l'abuso di alcol. Si è ridotta la produzione di rifiuti e parallelamente sono diminuiti quei comportamenti salutari egati al "tempo libero, ma a pagamento: ad esempio, è diminuito l'esercizio fisico condotto in palestra

E' la severa crisi occupazionale, il fattore che nella nostra Regione ha maggior impatto anche sulla salute dei cittadini. E questo soprattutto per la tipica struttura produttiva più fragile che in altri territori, laddove i dati mostrano che maggior tenuta alla crisi hanno mostrato la filiera legata al cibo e all'industria automobilistica.

Non abbiamo dati a disposizione per analizzare l'impatto della crisi del credito sui lavoratori autonomi. Infatti, si tratta di una fascia particolarmente colpita dall'improvvisa crisi bancaria che ha pesantemente inciso sulla reale possibilità lavorativa di questa fascia. E probabile che l'aumento del numero di suicidi registrato nel nostro paese sia da imputarsi anche a questa gravissima situazione.

Che cosa si può dire riguardo l'uso, da parte dei cittadini, dei servizi sanitari?

I dati ci dicono che la crisi non ha prodotto cambiamenti significativi nell'uso appropriato dei servizi: coloro i quali necessitano di una prestazione o servizio urgente l'hanno ricevuto nei tempi e nelle modalità adeguate. Non si è evidenziato nessun cedimento da parte del SSN per le cure necessarie.

Anzi, nell'arco temporale indagato, sono migliorati i dati di accesso agli esami di screening, alle cure tempestive per le principali malattie croniche come il diabete. Non sono diminuiti neanche quei servizi che si connotano in modo atipico: si pensi ad esempio, all'accesso al Pronto Soccorso da parte di persone fragili (immigrati, rifugiati...) anche in condizione di non emergenza: le prestazioni di "codice bianco" non si sono ridotte.

La contrazione è avvenuta rispetto a quelle cure che non sono previste all'interno dei livelli essenziali di assistenza. La più colpita è la salute orale: vi è una netta riduzione delle visite e delle cure odontoiatriche, delle cure di igiene orale (aumenta il numero di carie anche nei bambini). Ancora, sono ridotte le prestazioni relative all'ambito della riabilitazione.

Questi sono gli aspetti che sollevano le maggiori problematiche di equità: è infatti evidente che la rinuncia alle cure colpisce i più poveri. Coloro che non risentono economicamente

dell'effetto negativo della crisi possono continuare a beneficiare delle cure a pagamento, mentre i più svantaggiati devono rinunciare. effetto sfavorevole principale a cui porre rimedio.

I dati consentono di studiare se i tagli effettuati alla Sanità, a fronte della crisi economica, anche nel nostro sistema sanitario regionale, hanno avuto un impatto sulla salute dei cittadini?

L'effetto più visibile delle restrizioni economiche della nostra Regione è relativo al blocco del turn over del personale del servizio sanitario. Non si hanno dati disponibili, ma le evidenze empiriche attestano un netto aumento dei livelli di burn out del personale in servizio. La letteratura dimostra che questo potrebbe avere ripercussioni per la sicurezza dei pazienti: i tassi di ricovero o eventi evitabili causati da assistenza ospedaliera nella nostra Regione non attestano alcun aumento di rischio.

Altra problematica, connessa principalmente alla riduzione del personale in servizio nel sistema sanitario, è la creazione di liste d'attesa. Non vi sono dati che consentano di attestare un impatto sulla salute dei cittadini dovuto all'attesa di una prestazione o di un servizio nella nostra regione. Le prestazioni con regime di urgenza sono peraltro sempre garantite nei tempi previsti. Anche in questo subentrano possibili fattori di iniquità: le persone che possono disporre di risorse economiche, ricercano la prestazione in regime privato. Attendono invece i tempi richiesti dalle liste d'attesa prevalentemente le persone più svantaggiate dal punto di vista economico.

Come si pone il Piemonte rispetto alla cronicità?

Il Piemonte ha una popolazione particolarmente "vecchia", ma occorre sottolineare che coloro che invecchiano da oggi in poi appartengono a quella generazione nata e vissuta in condizioni socio economiche ancora ottimali per la salute. Presenteranno dunque sì patologie legate all'invecchiamento ma con minor gravità e per minor tempo. La gravità della patologia aumenta con l'aumento dell'età, riducendosi sempre più il tempo di morbosità.

Ci sono due principali motivi sui quali occorre che i decisori pubblici pongano particolare attenzione: da un lato l'invecchiamento porta con sé un'espansione della morbosità dovuta a patologie neurodegenerative, quali il morbo di Parkinson e le demenze. Si tratta di patologie dell'anziano, ad insorgenza prevalente dopo gli 85 anni di età. Qui c'è un aumento significativo dei problemi di salute: una maggior richiesta di servizi e prestazioni sanitarie, un maggior bisogno di cure domestiche.

Dal 2010 stiamo poi assistendo ad un fenomeno particolare: è infatti diventata ultra novantenne la generazione del primo dopo guerra, i cosiddetti baby boomers: questa coorte di popolazione rappresenta effettivamente una popolazione fragile, la quale sarà certamente più esposta a esiti sfavorevoli causati, ad esempio da tutte le prossime emergenze stagionali, come il grande freddo o il grande caldo o le epidemie influenzali. Questa è una porzione di popolazione che richiede interventi ad hoc.

Quali sono oggi i passaggi che sarebbero necessari e praticabili per promuovere la questione dell'equità nella salute nell'agenda politica regionale?

Ogni politica non sanitaria dovrebbe prendersi una lente che faccia vedere il suo impatto sulla salute, soprattutto quando si tratta di impatti che agiscono in modo diseguale nelle diverse fasce di popolazione.

Per i decisori del sistema sanitario, occorre che siano sempre più attenti a manovre che possono incidere sull'universalismo. E se occorresse fare scelte a fronte di una insostenibilità

economica (di cui peraltro i dati ci attestano la dubbiosità) bisognerebbe mettere in piedi azioni al fine di rendere l'universalismo sempre più proporzionale alla distribuzione del fabbisogno di salute: più attenzione alle diseguaglianze.