

## **Stato sociale, ambiente, povertà ... l'impatto delle politiche non sanitarie sulla salute e i possibili indicatori**

**Giuseppe Costa**

La necessità di includere la salute tra i criteri costitutivi su cui si misurano le scelte di priorità e di intervento non è ancora molto avvertita nella nostra società, quasi che la salute fosse solo una questione dei medici e degli ospedali; invece gran parte delle variazioni di salute nella popolazione è dovuta a determinanti che hanno poco a che fare col sistema sanitario e molto a che fare con le condizioni di vita e di lavoro, condizioni ambientali e fisiche, condizioni sociali, e con le risorse e le opportunità che le storie di vita offrono alle persone e ai gruppi sociali.

Da poco tempo anche le politiche non sanitarie, quelle del lavoro e dell'assistenza, quelle dell'ambiente e del territorio, quelle di sostegno al reddito e di prevenzione della povertà si stanno rivolgendo al criterio salute per valutare in modo più pieno gli effetti dei loro interventi in termini di benessere e sviluppo delle persone e delle comunità: vanno in questa direzione i primi atti dei nuclei di valutazione dei principali centri di investimento ministeriali, e il programma del ministero della salute per l'assistenza tecnica agli osservatori epidemiologici delle regioni interessate dai progetti ex obiettivo 1 dei fondi strutturali europei rappresenta il più concreto esempio di questo sviluppo.

Il bilancio dell'indagine sulla salute per quanto riguarda le politiche non sanitarie sembra piuttosto lusinghiero.

Non tutte le politiche potenzialmente interessate ai dati di salute trovano adeguata risposta nello strumento dell'indagine campionaria nazionale, sia per problemi di dimensione campionaria inadeguata alla piccola taglia dei gruppi di popolazione che sono il bersaglio di queste politiche, sia per l'eccessiva specificità dei problemi di salute su cui ci si aspetta un effetto.

Viceversa l'indagine sulla salute si presta ad accompagnare con dati sulla salute alcuni fenomeni che sono particolarmente in evidenza nell'agenda delle politiche non sanitarie.

Ad esempio le politiche che hanno a che fare con la redistribuzione di risorse e di opportunità alle persone e alle aree più svantaggiate dovrebbero tenere molto in conto i risultati della distribuzione congiunta della salute sul piano geografico e su quello sociale. Infatti da un lato l'indagine conferma che le persone che godono di una posizione sociale privilegiata, che hanno un titolo di studio elevato, un lavoro di prestigio e ben remunerato godono di più salute, si ammalano di meno, soffrono minori disabilità, sanno proteggere meglio la propria salute di coloro che occupano nella società una posizione cui competono meno privilegi. Il fatto era noto ed è comune a molte società occidentali evolute; rimane tuttavia preoccupante constatare che la posizione sociale delle persone continui ad essere il singolo più importante determinante della salute, soprattutto perché proprio le differenze sociali nella salute stanno lì a dimostrare che qualcuno, persona o gruppo sociale, ha saputo far meglio di qualcun altro, e che, quindi, c'è una grossa riserva di salute ancora da guadagnare per il beneficio di tutta la società se si riesce con appropriati interventi a migliorare la salute dei meno privilegiati.

Ma il fatto più innovativo dei risultati portati dall'indagine sulla salute è che l'effetto sfavorevole sulla salute della bassa posizione sociale della persona si farebbe molto più intenso nelle regioni meridionali. Già di per sé le regioni meridionali presentano i peggiori indicatori di salute rispetto al resto del paese, praticamente su tutte le dimensioni della salute che sono state considerate, quella soggettiva della salute percepita, quella oggettiva della morbosità, quella funzionale della disabilità, quella comportamentale degli stili di vita (con l'eccezione del fumo tra le donne). Ma si poteva pensare che questo profilo sfavorevole del meridione fosse da attribuire al fatto che nel sud la popolazione è più spesso disoccupata, meno istruita, più povera... L'indagine dimostra che a parità di condizioni sociali sfavorevoli degli individui, il contesto sociale economico ambientale e culturale del sud di per sé e in congiunzione con la deprivazione individuale è in grado di influenzare sfavorevolmente la salute.

Dunque il principale messaggio che le differenze geografiche e sociali nella salute mandano alle politiche redistributive è che, se si considera il livello di salute come un prerequisito per il benessere delle persone e per lo sviluppo dei gruppi e delle comunità, allora occorre investire per ridurre quelle differenze sociali nella salute che nascono dagli svantaggi relativi nella dotazione di risorse materiali, culturali e relazionali che interessano l'intera popolazione italiana. L'indagine non è in grado di suggerire in specifico quali politiche redistributive debbano essere influenzate dalla geografia territoriale e sociale della salute, ma certamente non si tratta solo di quelle che hanno a che fare con i gruppi più deprivati, perché le differenze osservate riguardano tutti i livelli in cui si stratifica la società italiana: chi ha più risorse di qualcun altro (credenziali educative, reddito, lavoro e prestigio, relazioni sociali...) sta meglio, anche quando ciò si verifica a livelli di dotazione di risorse ben superiori alle necessità di sussistenza. Una ricca letteratura sui temi delle disuguaglianze nella salute sta incominciando a spiegare le cause e i processi che le generano e a studiare l'efficacia dei diversi possibili interventi di correzione: se questi interventi verranno intrapresi con l'obiettivo

esplicito di contrastare le diseguaglianze nella salute, allora le successive edizioni dell'indagine sulla salute potranno essere progettate per monitorarne i risultati.

Inoltre questi investimenti redistributivi devono acquisire una particolare priorità per le regioni meridionali, nelle quali ogni condizione di svantaggio produce degli effetti sfavorevoli sulla salute ancora più intensi. L'indagine non è in condizione di dire perché questo accada. La vulnerabilità del sud alle carriere di povertà è un fatto noto ma raramente si è misurata una interazione così sfortunata del contesto meridionale sugli effetti della povertà. Si tratta di una povertà di servizi e di capitale sociale, cioè condizioni pubbliche che facciano società e cultura, una povertà che è incapace di sostenere il rendimento di istituzioni locali ancora fragili, che in presenza di un livello medio di povertà più alto e di diseguaglianze distributive più intense farebbe del meridione un contesto capace di rendere più aggressivi gli effetti dello svantaggio individuale sulla salute? Dunque l'indagine fornisce un pesante argomento per la definizione di priorità nelle politiche di redistribuzione delle risorse nel nostro paese, anche se non indica nessuna particolare misura di prevenzione o di correzione.

A margine di queste indicazioni sulla geografia della salute e della povertà, l'indagine fornisce anche utili elementi per la discussione delle priorità relativamente ai gruppi di popolazione a maggiore vulnerabilità per la povertà e la salute. Di particolare criticità risulta la situazione dei minori che vivono in famiglie monogenitoriali, soprattutto se prive di reddito da lavoro, bambini che presentano indizi prematuri di compromissione della salute e un avviamento precoce alle abitudini di vita rischiose per la salute adulta. La salute dei minori dovrebbe essere un obiettivo prioritario su cui si misura ogni politica. Infatti è ben noto che un buon inizio da bambini fa la differenza nella speranza di salute da adulti. Nessuna politica che si proponga la promozione della salute della popolazione generale può ignorare che questo gruppo costituisce una priorità assoluta, anche se non presenta ancora nessuna importante e frequente malattia invalidante e clinicamente manifesta.

Un secondo esempio di risultati utili per le politiche non sanitarie interessa il lavoro e la previdenza. Per la prima volta è possibile osservare le differenze professionali nella speranza di salute elaborate con i dati dell'indagine: cioè l'indagine della salute consente di combinare insieme le differenze nell'aspettativa di vita e quelle nella prevalenza di condizioni di salute compromessa; in questo modo si dimostrano sensibili differenze tra le diverse storie professionali. Le cause di queste differenze non sono univocamente attribuibili a specifiche condizioni di lavoro per sé, ma gettano le loro radici in tutte le fasi della storia di vita delle persone, ognuna delle quali dà un contributo di fattori di rischio per la salute: fattori di rischio ambientali dentro e fuori dall'ambiente di lavoro (fattori sia fisici e sia psico-sociali) e stili di vita rischiosi (anche se assunti con un grado di libertà più o meno vigilata) e meccanismi di mobilità sociale condizionati dallo stato di salute.

Molte di queste cause sono contrastabili con opportuni interventi sulle condizioni e sull'organizzazione del lavoro (prevenzione ambientale, ergonomia del posto di lavoro, stili d'impresa che riducono lo stress, programmi di promozione di stili di vita sani nei luoghi di lavoro) e rimandano alle politiche sulle condizioni di lavoro. Alcune di queste differenze non possono essere evitate, o per intrinseca non modificabilità del lavoro o per non fattibilità nel contesto storico dato (è il caso dei lavori usuranti): in queste situazioni la leva di manovra della politica previdenziale può compensare con uno scambio tra anticipazione del tempo di riposo e tempo di lavoro quello che la storia professionale ha eroso in termini di speranza di vita.

Il tema della revisione dell'età pensionabile continua ad essere un argomento cruciale nell'agenda delle riforme del nostro paese; nel passato il legislatore aveva già tenuto conto di queste disuguaglianze introducendo uno sconto generalizzato di un anno sull'innalzamento dell'anzianità pensionabile per le professioni manuali, e disciplinando la materia delle specifiche professioni usuranti con anticipazione dell'anzianità e dell'età pensionabile proporzionali alla durata della carriera usurante. Le differenze nella speranza di salute osservate con l'indagine confermano l'esistenza di differenze consistenti tra le diverse carriere professionali, differenze che suggeriscono di adottare una politica di maggiore flessibilità nell'età pensionabile, per consentire alle carriere più sfortunate di anticipare l'età pensionabile.

Inoltre, in tema di interventi sulle condizioni di lavoro, risulta dai dati dell'indagine che alcune professioni presentano un prematuro deterioramento delle principali capacità professionali e degli indicatori di salute, fatto che suggerisce la necessità sia di politiche di prevenzione del disagio ergonomico e organizzativo nei posti di lavoro (un posto di lavoro e un'organizzazione del lavoro disegnati per lavoratori giovani e da adattare alle caratteristiche funzionali dei lavoratori che invecchiano), sia di politiche di prevenzione e promozione della salute dei lavoratori (il ruolo dell'esercizio fisico, soprattutto) per il mantenimento delle capacità funzionali dei lavoratori, sia di politiche di mobilità che offrano alternative occupazionali adeguate alle capacità residue di professioni particolarmente usurate. Purtroppo nel nostro paese non c'è nessun esempio di indagine su scala nazionale che esplori l'adeguatezza delle condizioni di lavoro, in particolare nei confronti di una popolazione lavorativa che invecchia.

In conclusione il sistema delle indagini multiscopo consente per la prima volta di mettere a tema la salute come un criterio originale capace di far discutere gli orientamenti e le scelte nelle politiche non sanitarie. Occorre che gli attori istituzionali e sociali interessati a queste politiche siano informati di queste nuove potenzialità conoscitive a livello nazionale e regionale, in modo da valorizzarle al meglio e in modo da sostenerne con idee, proposte e risorse la loro riedizione, secondo modelli più mirati alle necessità conoscitive per il futuro. Fin da subito ci sono buoni argomenti per discutere di priorità nelle politiche redistributive, con particolare attenzione alle disuguaglianze, soprattutto nel meridione; e di priorità nelle politiche del lavoro e della previdenza dove una maggior cura delle condizioni e dell'organizzazione del lavoro e della capacità funzionale del lavoratore che invecchia si dimostrano ingredienti essenziali sia per promuovere salute e quindi occupabilità e produttività nella forza lavoro, sia per promuovere salute ed eque opportunità di riposo nel lavoratore anziano che va in pensione, secondo formule che dovrebbero essere rispettose delle differenti aspettative di salute delle diverse carriere lavorative.

Questo esercizio di valorizzazione dei dati dell'indagine sulla salute per le politiche non sanitarie ha anche permesso di identificare priorità per le necessità di conoscenza. Non c'è dubbio che molti degli aspetti critici per le politiche non sanitarie che sono nell'agenda del nostro paese non possono essere soddisfacentemente soddisfatte dagli attuali sistemi di indagine; alcuni esempi tra gli altri:

- La crescente importanza del lavoro atipico minaccia la salute o costituisce una nuova opportunità per la salute o è indifferente rispetto alla salute?
- Quale ruolo svolge la compromissione della salute nell'iniziare una carriera di povertà ed emarginazione?
- Quale impatto hanno sulla salute le diverse discipline dell'età pensionabile?
- Quanto le disuguaglianze nella salute osservate alla fine degli anni novanta sono influenzate dalle storie di vita di alcune specifiche generazioni e cosa cambierà con l'arrivo all'età pensionabile dei "baby-boomers?"
- Quanto sono adeguate le condizioni di lavoro al fenomeno dell'invecchiamento della popolazione lavorativa?
- Etc.

Naturalmente ognuna di queste domande rappresenta un utile stimolo per la progettazione delle successive indagini campionarie all'interno del sistema di indagini statistiche dell'istituto sulla salute sia per i quesiti che introduce, sia per le esigenze metodologiche che richiama (quella della dimensione longitudinale dell'osservazione, in alcuni casi). A questo proposito un ultimo insegnamento si può ricavare da queste analisi: la dimensione delle disuguaglianze, sociale e geografica al tempo stesso, è quella che permette di identificare le principali priorità di intervento, quelle cioè dove massimo è il potenziale di salute che le politiche sono in grado di guadagnare per il benessere e dello sviluppo della società italiana. Questo significa che tutti i sistemi di indagine statistici dovrebbero poter valorizzare questa dimensione delle diseguglianze per i fenomeni che osservano, e oggi ciò non è ancora possibile. Occorre ripensare ai dati di mortalità, assistenza alla gravidanza e al parto, ricovero ospedaliero etc. nell'ottica di potenziare la loro capacità di studiare le disuguaglianze. Il censimento di popolazione, il ridisegno delle sezioni di censimento e la possibilità di descrivere le caratteristiche sociali delle persone attraverso quelle microcontestuali medie del loro isolato di residenza potrebbe essere un'opportunità da non perdere per propagare a un ricoverato piuttosto che a un deceduto delle informazioni socioeconomiche di qualità attraverso formule di record-linkage di area.