

## Sviluppare la salute (per tutti) oltre il Pil

**Rita Campi, Maurizio Bonati**

*Da molto tempo si sta lavorando per trovare indici che misurino il benessere come alternativa al Pil, oggetto di molte discussioni a vari livelli per la sua incapacità di misurare lo sviluppo di un paese nel suo complesso. In particolare nel confronto tra nazioni è stato utilizzato come strumento alternativo un indicatore composito, l'Indice di sviluppo umano (Isu), che oltre al Pil considera anche la salute e l'istruzione, contribuendo a diffondere un'idea di sviluppo multidimensionale non strettamente correlato al reddito. L'Isu è stato*

*anche disaggregato a livello regionale in Italia e utilizzato per analizzare le disuguaglianze nella salute. Sono stati considerati inoltre altri indici sintetici che spiegano il benessere delle regioni italiane e un indice d'area che consente di misurare la dipendenza economica, sociale, sanitaria e culturale tra i Comuni. Si sta quindi diffondendo sempre più la necessità di trovare indici complessi che consentano di valutare le varie realtà locali in modo da poter pianificare programmi di intervento per ridurre le disuguaglianze sociali e sanitarie.*

RPS

### 1. Introduzione

Lo studio delle variabili socio-sanitarie associate alla salute e l'interesse a costruire indici multidimensionali di sviluppo/povertà che vadano «oltre il Pil» ha caratterizzato da oltre dieci anni l'attività di ricerca di numerosi gruppi anche in Italia.

Da sempre il Pil (e la sua crescita) è assunto come indicatore unico o privilegiato del benessere complessivo di una nazione. Ma da tempo è riconosciuto il suo limite non essendo espressione delle condizioni (i determinanti) che caratterizzano all'interno di una nazione il suo raggiungimento. L'accesso alle risorse, la loro distribuzione e la partecipazione dei cittadini sono alcune delle variabili che possono contribuire al benessere di una nazione, sebbene possano variare ampiamente sia tra nazioni che all'interno di una singola nazione. A parità di Pil, le condizioni sociali ed economiche possono essere molto differenti, le disuguaglianze dei diritti ampie. Andare oltre il Pil è quindi una necessità per meglio comprendere quali sono i bisogni ancora

inevasi per pianificare e monitorare appropriati interventi. Il Pil italiano è di 30.353 (Ppp \$ Us) e colloca l'Italia al 29° posto internazionale. Ma come ha evidenziato anche l'Unicef, nell'ultimo rapporto pubblicato lo scorso dicembre e teso a misurare lo svantaggio dei bambini, l'Italia si trova al quinto posto per diseguaglianze nel benessere materiale, al quarto nel benessere relativo all'istruzione, al secondo nel benessere relativo alla salute tra i 24 paesi Ocse. Le differenze territoriali sono evidenti anche a livello regionale, con un Sud che si colloca quasi sempre in una posizione inferiore rispetto al Centro-Nord. Questo divario è chiaro fin dal momento della nascita di un bambino e si mantiene per tutto il percorso della sua crescita pregiudicando il suo ingresso nel mondo adulto e aumentando così il rischio di esclusione sociale. Andare oltre il Pil è quindi una necessità nazionale per aumentare il benessere di tutti.

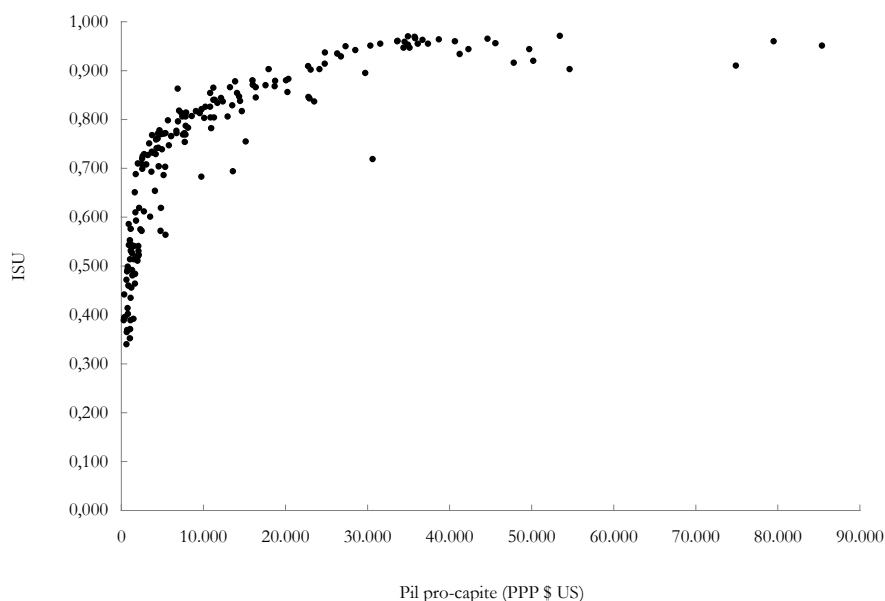
## 2. Confronto tra nazioni: l'Isu

Non si può dire che manchino strumenti e indicatori consolidati che possano sostituire il Pil come misuratori di ricchezza. L'Indice di sviluppo umano (Isu) rappresenta un esempio per dare una misura più appropriata dello sviluppo economico e sociale di un paese che è stato proposto nel 1990 dall'Undp (*United Nations Development Programme*).

Per quantificare il processo di sviluppo di un paese l'Undp non solo pone attenzione alla crescita economica come misura del benessere ma considera anche altre dimensioni, e per far questo utilizza un indice composito (Isu) per classificare i paesi a livello internazionale, per effettuare analisi comparative tra e all'interno di paesi, regioni, aree, monitorare cambiamenti e progressi nel tempo e nello spazio.

L'Isu, che varia tra 0 e 1, dove 0 corrisponde al valore più basso e 1 al valore più alto, indica quanto ci si avvicina ad una vita lunga e sana, espressa dalla speranza di vita, all'accesso all'istruzione per tutti e ad un livello decente di reddito. Questo indice dovrebbe quindi rappresentare una misura dello sviluppo ben più esauriente del solo Pil, rispetto al quale dovrebbe essere una variabile più accurata in particolare per i paesi con scarse risorse (figura 1). L'introduzione dell'Isu ha suscitato molta attenzione e aspettativa sia da parte della comunità scientifica che di quella politica e il suo utilizzo nel tempo è progressivamente aumentato anche come indice di riferimento in supporto a decisioni e programmazioni sociosanitarie.

Figura 1 - Relazione tra reddito e Isu per 181 paesi (anno 2007)



RPS

Rita Campi, Maurizio Bonati

Fonte: Rapporto Undp, 2010.

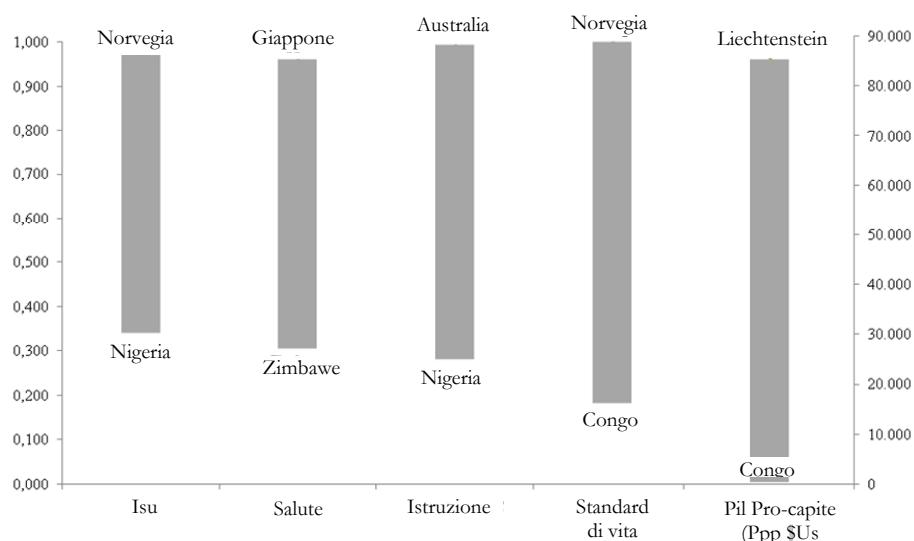
La relazione tra prosperità economica e sviluppo umano non è ovvia e non vi è una relazione automatica tra sviluppo umano e povertà, sebbene oltre certi livelli di reddito, sia difficile avere un Isu basso. Solo alcuni dei paesi di nuova industrializzazione sono riusciti a collegare crescita economica, occupazione e crescita nello sviluppo umano. L'Isu presenta inoltre limiti di carattere sia concettuale che operativo. Molte critiche sono state rivolte sulla scelta delle dimensioni considerate perché l'Isu non contempla il rispetto dei diritti umani, l'autonomia nazionale, la tutela dell'ambiente e dei beni culturali. Anche rispetto alla pertinenza e appropriatezza delle tre dimensioni dell'Isu sono stati sollevati alcuni dubbi. Infatti, la speranza di vita può essere spiegata da reddito e tasso di mortalità infantile, variabile fortemente correlata alla speranza di vita. Il livello di alfabetizzazione degli adulti o il numero medio di anni di istruzione non sono in grado di misurare efficacemente il grado di istruzione conseguito. Infine, la terza variabile, il Pil, è quella che ha maggiormente suscitato discussioni perché è la predominante nella stima del valore di Isu.

Critiche sono state sollevate sul peso uguale delle diverse componenti adottato per la costruzione dell'indice, sulla scelta dei valori minimi e massimi utilizzati per normalizzare gli indici e sul fatto che la sua metodologia è cambiata nel tempo rendendo difficoltose le comparazioni.

Circa la validità della struttura dell'indice, si è visto che l'Isu non dà più informazioni sulla classifica dei paesi di quante non dia ognuno dei suoi componenti.

Tuttavia non si può non riconoscere come la progressiva affermazione di questo indice, affiancando o sostituendo il Pil nella misura dello sviluppo, rappresenti un fatto indubbiamente positivo. La diffusione di un indice complesso come l'Isu ha sicuramente contribuito a diffondere un'idea di sviluppo come fenomeno multidimensionale facendo crescere la consapevolezza che bisogna orientarsi verso altri tipi di misurazioni. Anche nelle comparazioni internazionali l'Isu contribuisce a diffondere un'idea di sviluppo diverso. Negli ultimi venti anni, quasi tutti i paesi hanno compiuto passi in avanti con notevoli miglioramenti nello sviluppo umano, ma lo hanno fatto con velocità diseguale e in connessione abbastanza diretta con le politiche sociosanitarie che i paesi intraprendono per migliorare il benessere dei propri cittadini.

Figura 2 - Variabilità (min-max) dell'Isu, delle sue componenti e Pil (anno 2007)



Fonte: Rapporto Undp, 2010.

Un elevato sviluppo umano può essere raggiunto anche da chi non ha reddito altrettanto elevato, se si investe in altre risorse come la scuola o la salute. Viceversa, paesi con elevato reddito possono avere uno sviluppo umano non elevato (figura 2).

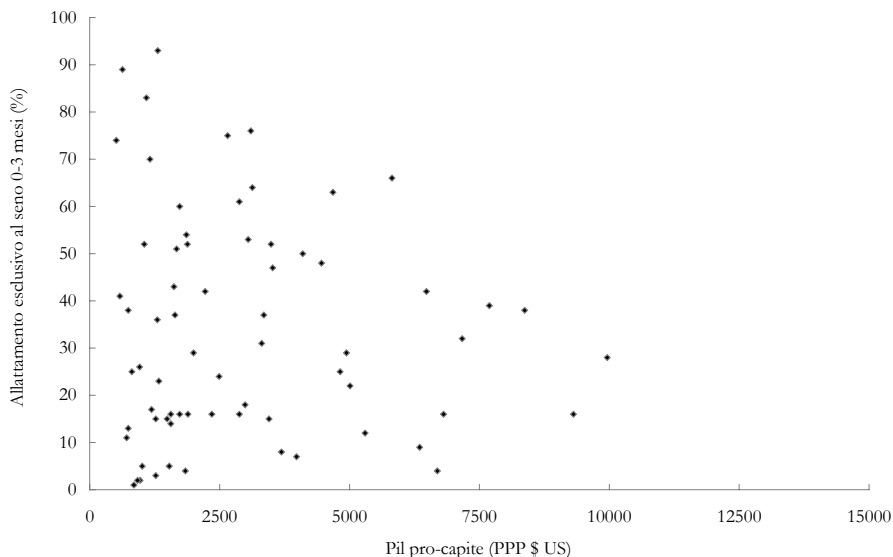
Nonostante i riconosciuti limiti l'Isu è ampiamente impiegato come possibile esplicatore delle differenze tra nazioni per variabili afferenti alla salute come è il caso dell'allattamento al seno esclusivo.

L'importanza dell'allattamento esclusivo al seno è ormai un dato acquisito dalla letteratura scientifica. Si sa inoltre che nei paesi con risorse le madri che allattano hanno redditi più elevati perché la durata dell'allattamento al seno esclusivo è un compito oneroso anche economicamente per chi ha un'occupazione. Sebbene sono i bambini che vivono in paesi con scarse risorse che dovrebbero essere maggiormente allattati al seno, la realtà è ben diversa. Infatti, in 69 paesi a basso o medio Isu e Pil non è stata trovata alcuna relazione tra reddito e allattamento al seno (figura 3).

RPS

Rita Campi, Maurizio Bonati

*Figura 3 - Relazione tra reddito e allattamento esclusivo al seno per 69 paesi a basso o medio sviluppo umano (anno 1997)*



Fonte: Report Undp, 2000.

Tuttavia per alcuni indicatori (ad esempio, i tassi di mortalità infantile e materna, l'incidenza di alcune malattie, gli indici di contaminazione ambientale) è stata anche dimostrata un'elevata correlazione con l'Isu e con il Pil, suggerendo che a livello «macro» (nazioni) l'utilizzo di questi indicatori è poco specifico e sono da utilizzare con cautela in particolare per fare inferenze.

Il Rapporto 2010 dell'Undp impiega differenti indicatori e conteggi e introduce tre nuove misurazioni che integrano il tradizionale Isu: si tratta dell'Isu corretto per la disuguaglianza, dell'Indice della disuguaglianza di genere e dell'Indice multidimensionale della povertà.

La ricerca di un indicatore multidimensionale più appropriato e sensibile a rappresentare le numerose sfaccettature (variabili) che caratterizzano le differenze (caratteristiche) delle nazioni è un'attività in continuo sviluppo.

### 3. *Confronto tra regioni in Italia*

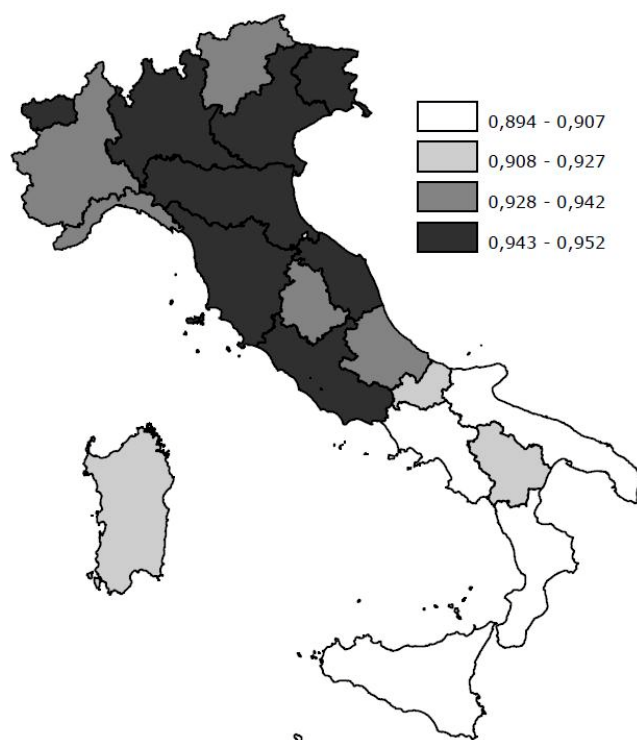
Nonostante i riconosciuti limiti dell'Isu, in un ambito di ricerca, per passare da «macro» a «micro», l'Isu nazionale è stato disaggregato a livello regionale e utilizzato per analizzare le disuguaglianze nella salute su base regionale.

Con tali finalità è stato costruito l'Isu-It evidenziando che esiste un gradiente Nord-Sud, con un Nord più sviluppato rispetto al Sud (figura 4).

Così, ad esempio, la mortalità infantile e neonatale risulta fortemente e negativamente correlata all'Isu-It ad indicare che la mortalità precoce è più elevata nelle regioni del Sud che in quelle del Nord e dove si nasce di più.

L'associazione tra Isu regionale e mortalità infantile e neonatale permane anche applicando una correzione alla componente speranza di vita «alla nascita», utilizzando l'attesa di vita ad un anno per depurare l'Isu-It da una variabile intrinsecamente correlata con la mortalità infantile.

L'Isu-It si è quindi rivelato uno strumento utile per evidenziare disuguaglianze tra regioni anche con profili socio-economici simili. Questi approcci sono corroborati anche dai risultati ottenuti analizzando numerose variabili nei confronti regionali rispetto ai nazionali (andando quindi dal macro al micro). L'uso del Pil è poco accurato (preciso e specifico) rispetto ad un indice complesso.

*Figura 4 - Mappa del valore dell'Isu-It per il 2007*

Fonte: Elaborazioni a cura degli autori su dati Istat e Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

La critica più diffusa sull'impiego del Pil riguarda l'incapacità di misurare il benessere materiale perché non tiene conto della distribuzione del reddito, quindi andrebbe corretto per un fattore che tenga conto delle disuguaglianze. Il Pil rappresenta inoltre il valore della produzione lorda effettuata in un dato paese e delle risorse disponibili per i cittadini. Un secondo limite del Pil concerne la sottovalutazione delle dimensioni di benessere relative alla qualità della vita, oltre quindi al benessere materiale, sulla distinzione tra reddito che un territorio produce e reddito che riceve. Per il Mezzogiorno italiano, ad esempio, c'è chi sostiene che il tenore di vita medio è molto più alto di quanto si creda, e questo è da attribuire al più basso livello dei prezzi e alla maggiore quantità di tempo libero. Quindi, il divario Nord-Sud esiste

ed è molto ampio in termini di reddito prodotto, ma si riduce drasticamente se consideriamo il potere di acquisto del reddito disponibile, e addirittura si capovolge in un vantaggio del Sud se si considera anche il tempo libero.

Alcuni tentativi di sostituire il Pil nel calcolo dell'Isu-It sono stati fatti introducendo correttivi per il potere d'acquisto regionale o utilizzando il reddito regionale medio, e il lavoro è ancora in corso. Ma oltre al Pil come Proxy del tenore lavorativo che troppo incide sulla stima dell'Isu sono anche le altre due dimensioni che necessitano di ulteriore ripensamento.

Per l'educazione gli anni di frequenza scolastica attesa per i bambini in età scolare possono sostituire il tasso di iscrizione lordo, e nella popolazione adulta la media degli anni di frequenza scolastica rimpiazza il tasso di alfabetizzazione degli adulti, così da garantire un quadro più preciso dei livelli di istruzione. Per la dimensione salute, l'aspettativa di vita può essere un indicatore appropriato per i confronti internazionali, ma non certo all'interno delle nazioni del Nord del mondo.

#### 4. *Altri indici multidimensionali*

Tra gli indicatori sintetici e multidimensionali utilizzati a spiegare il livello di benessere in termini di salute delle regioni italiane ci sono il Quars e l'Ips. La finalità è di considerare in modo formale anche aspetti inerenti alla qualità della vita e attribuire valore ai comportamenti e alle preferenze individuali e collettive, sottolineandone l'importanza per la salute. Il Quars, in particolare finalizzato alla valutazione dello stato di salute globale, utilizza anche indicatori soggettivi sulla soddisfazione dei cittadini per i servizi sanitari e una misura dell'investimento nella sanità rappresentato dalla spesa sanitaria. L'Ips, invece, cerca di misurare la capacità/volontà di una comunità di realizzare politiche di promozione della salute, utilizzando indicatori sia oggettivi sia soggettivi relativi agli stili di vita individuali, alle condizioni socioeconomiche e ambientali, nonché al funzionamento dei servizi sanitari.

Entrambi gli indici, pur utilizzando indicatori differenti, sintetizzano dimensioni di benessere simili anche in termini qualitativi, mettendo in evidenza l'insufficienza del Pil pro capite e del reddito come unica (o prevalente) misura del benessere per descrivere il livello di sviluppo di un territorio.



#### 4.1 Il Quars

L'indice di Qualità regionale dello sviluppo, chiamato Quars, esprime la qualità dello sviluppo nelle regioni italiane<sup>1</sup>. Gli indicatori che concorrono a formare il Quars sono 41, suddivisi in 7 categorie: ambiente, economia e lavoro, diritti e cittadinanza, salute, istruzione e cultura, pari opportunità e partecipazione. A queste categorie corrispondono altrettanti macro-indicatori che vengono costruiti sintetizzando le 41 variabili. Il Quars rappresenta un'ulteriore sintesi, in quanto è il risultato dell'aggregazione dei macro-indicatori.

Tutti i dati relativi ai macro-indicatori e al Quars sono stati standardizzati, questo vuol dire che ogni indicatore ha media uguale a zero e lo stesso ordine di grandezza. Tale trasformazione permette di mantenere le differenze relative tra regione e regione. Tanto nel caso dei sette macro-indicatori, quanto nel caso dell'indice di Quars, i valori positivi rappresentano un punteggio al di sopra della media delle regioni e quelli negativi un punteggio inferiore. Quanto più i valori si allontanano dallo zero, tanto più sono distanti dal valore medio.

Nel 2009 si potevano distinguere tre blocchi di regioni: nelle posizioni superiori alla media si collocano, con qualche eccezione, le regioni più piccole del Centro-Nord; nelle posizioni centrali, si trovano quattro grandi regioni del Nord industrializzato (Lombardia, Veneto, Piemonte e Liguria) e Umbria; seguono altre regioni del Centro e le regioni del Mezzogiorno. La soglia dei valori positivi del Quars era rappresentata dalla Liguria all'undicesima posizione, gli estremi sono rappresentati dal Trentino-Alto Adige in prima posizione e da Puglia, Calabria, Sicilia e Campania che non hanno alcun macro-indicatore sopra la media.

#### 4.2 L'Indice di propensione alla salute

L'indice denominato Indice di propensione alla salute (Ips) è finalizzato a fornire una stima di quanto ciascuna regione italiana investe in termini di politiche per la salute, alla luce degli indicatori considerati e in ragione della situazione e delle strategie adottate. L'indice è una media aritmetica di quattro indici che rappresentano quattro categorie di determinanti: stili di vita; condizioni socioeconomiche; condizioni

<sup>1</sup> Per un maggior approfondimento di questo indice si rinvia a Rondinella T., Segre E., Zola D., *infra* (n.d.r.).

ambientali; funzionamento dei servizi sanitari. La costruzione dell'indice di stile di vita è stata effettuata utilizzando tre indicatori: la percentuale di persone che dichiarano di non fumare, la percentuale di persone il cui peso risulta nella norma, la percentuale di persone che dichiarano di non consumare alcol fuori dai pasti. Per sviluppo socioeconomico è stato creato l'indice di sviluppo socioeconomico che prende in considerazione tre indicatori valutati «traccianti»: il Pil pro capite, la percentuale di iscritti alla scuola secondaria superiore, gli occupati. Per la qualità ambientale sono stati utilizzati indicatori soggettivi di percezione anziché indicatori oggettivi in quanto questi ultimi non sembrano poter rappresentare la situazione relativa agli interi territori delle regioni.

Sono stati tenuti in considerazione: la percentuale di coloro che ritengono l'aria poco inquinata; la percentuale di coloro che ritengono poco fastidioso il rumore esistente; la percentuale di coloro che bevono l'acqua proveniente dal rubinetto domestico. Per calcolare l'indice di funzionamento dei servizi sanitari sono stati presi in considerazione quattro indicatori: la speranza di vita oltre i 75 anni di età; la percentuale di persone che in presenza di patologie croniche si dichiara in buona salute; la sopravvivenza infantile a 12 mesi dalla nascita; la spesa sanitaria pubblica pro capite. La speranza di vita oltre i 75 anni costituisce un indicatore indiretto del funzionamento non solo dei servizi sanitari, ma anche di quelli sociosanitari (come le residenze sanitarie assistenziali) e dei servizi sociali in genere. La percentuale di persone che in presenza di patologie croniche si dichiara in buona salute costituisce a sua volta un indicatore utile per misurare, oltre alla capacità dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali di gestire in modo adeguato le patologie croniche, anche la capacità di una società di mettere in atto appropriate strategie per consentire alle persone malate di autogestire, adeguatamente supportate, le patologie a lungo decorso. Il tasso di sopravvivenza a 12 mesi dalla nascita misura, in particolare, la capacità di risposta dei servizi ostetrico-neonatali e pediatrici e viene ritenuto, a sua volta, un indicatore in grado di misurare in modo appropriato, anche se indiretto, l'efficienza e l'efficacia di un sistema sanitario. Infine, considerato che la salute si crea prevalentemente in contesti extra-sanitari, la spesa sanitaria pro capite individua una precisa scelta di priorità nelle politiche.

L'Ips ha un campo di variazione che va da 0 a 1 e conferma le differenze nei livelli di benessere delle regioni italiane, con quelle del Centro-Nord ai vertici e alcune realtà del Sud in coda (Calabria, Campania, Sardegna, Sicilia, Puglia).

### 5. *Gli indicatori d'area*

L'interesse di valutare nel tempo l'efficacia di interventi sociosanitari in aree territoriali ristrette (Province e Comuni) utilizzando l'approccio degli indici multidimensionali ha determinato lo sviluppo di indici composti di area. Un'esperienza interessante è quella svolta nella provincia Monza-Brianza che ha coinvolto 29 Comuni del Vimercatese-Trezzese.

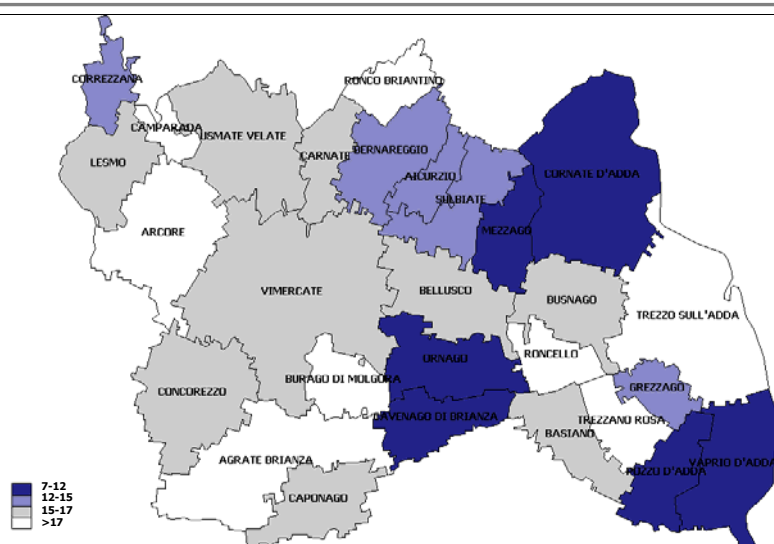
Il lavoro è frutto di una collaborazione con Offerta sociale<sup>2</sup>, un'azienda consortile che gestisce numerosi servizi sociali a tutela delle fasce deboli della popolazione, per conto dei 29 Comuni. Offerta sociale programma gli interventi insieme ai diversi enti che erogano servizi, alle associazioni e al terzo settore e ne sostiene l'integrazione. Per informare e valutare le politiche pubbliche è necessario disporre di indicatori locali con cui misurare il benessere comunitario. La necessità è quella di imparare a leggere il grado di coesione e disagio sociale anche attraverso l'analisi dei dati relativi ai minori in difficoltà, a quelli ospedalizzati, a quelli affidati alle comunità. Tutto ciò presuppone che i territori e gli operatori che lavorano nel sociale acquisiscano strumenti e metodi specifici che facciano a loro volta riferimento ad una rinnovata dimensione culturale, locale, relativamente ai concetti di benessere, qualità della vita, equità di accesso ai servizi. Per misurare la condizione del bambino che vive in questa realtà locale (29 Comuni) è stato costruito un indice sintetico di deprivazione/svantaggio che valuta gli aspetti essenziali della condizione del minore utilizzando i dati disponibili a livello territoriale, in modo da rappresentare il più fedelmente possibile la situazione del territorio per attuare e misurare i programmi di intervento pubblici e privati. Il primo sforzo è stato quello di individuare le tipologie di statistiche da utilizzare in relazione alle dimensioni da misurare: economia, salute, istruzione e partecipazione/esclusione sociale. Con la collaborazione degli enti locali è stata fatta una raccolta di dati che sono stati validati e analizzati per arrivare a determinare un indice di dipendenza che quantifichi le carenze nelle 4 dimensioni considerate: dipendenza economica, dipendenza sociale, dipendenza sanitaria ed esclusione socioculturale. Per ognuna delle 4 dimensioni sono stati individuati gli indicatori più rappresentativi sulla base anche dei dati disponibili a livello comunale. I dati sono stati raccolti per due gruppi d'età, 11-14 e 15-19 anni, e per gli anni 2003, 2004 e 2005 in modo da consentire confronti temporali e per fasce d'età.

<sup>2</sup> Per un approfondimento si rinvia al sito web <http://www.offertasociale.it/default.php>.

Gli indicatori scelti per ciascuna delle 4 dimensioni sono stati:

- ♦ Dipendenza economica
  - n. di minori che ricevono sussidi (nuclei che accedono a contributi economici) per 1000 minori;
  - n. domande per contributo a spese scolastiche (borse di studio) per 1000 minori.
- ♦ Dipendenza sociale
  - n. di minori in affido per 1000 minori;
  - n. di minori in comunità per 1000 minori;
  - n. di minori in Adm (assistenza domiciliare minori) per 1000 minori;
  - n. di minori in carico ai servizio di tutela per 1000 minori.
- ♦ Dipendenza sanitaria
  - esenti per 1000 assistiti;
  - assistiti con 6 o più prescrizioni di farmaci per 1000 assistiti;
  - assistiti con patologie croniche per 1000 assistiti;
  - numero di ricoveri ordinari per 1000 assistiti.
- ♦ Esclusione socio-culturale
  - n. di iscritti biblioteche per 1000 minori;
  - n. di partecipazioni alla vita aggregativa per 1000 minori;
  - abbandoni scuola per 1000 minori.

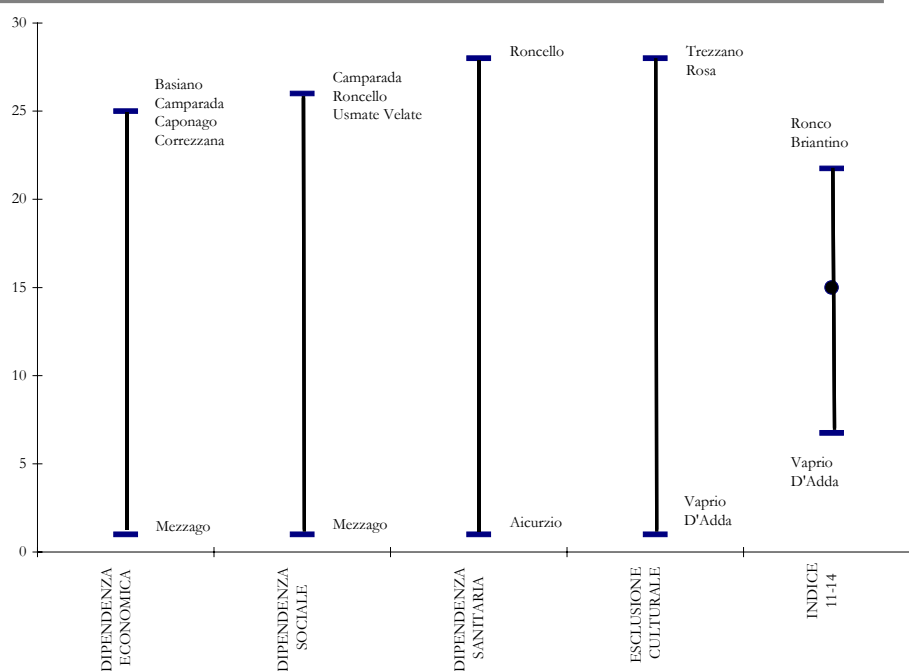
Figura 5a - Indice di dipendenza (11-14 anni) (anno 2005)



Fonte: Elaborazioni a cura degli autori su dati Istat e provenienti da Asl-Monza, Comuni, Scuole ed enti/servizi che operano con Offerta sociale.

Le quattro dimensioni vengono ottenute facendo una media dei valori delle componenti e calcolando la posizione dei singoli valori. I risultati dell'indice complessivo sono ottenuti secondo la posizione media di ognuno rispetto alle quattro dimensioni prese in esame. Questo indice consente quindi di classificare i 29 Comuni: una posizione vicina allo 0 indica una maggior dipendenza, al contrario una minor dipendenza colloca i Comuni nelle posizioni più alte della classifica.

Figura 5b - Variabilità (min-max) del valore di posizione dell'Indice di dipendenza e delle sue componenti (anno 2005).



Fonte: Elaborazioni a cura degli autori su dati Istat e provenienti da Asl-Monza, Comuni, Scuole ed enti/servizi che operano con Offerta sociale.

Nella figura 5a vengono rappresentate per l'Indice di dipendenza relativo alla fascia d'età 11-14 anni e all'anno 2005, le posizioni dei 29 Comuni in quattro classi, indicando che esiste una diversa distribuzione geografica dell'Indice di dipendenza individuando così significative differenze a livello territoriale per identificare meglio quali sono i

Comuni dove i minori «stanno peggio» (7-12) e dove «stanno meglio» (>17).

Nella figura 5b invece è possibile individuare per l'indice complessivo e ciascuna delle quattro componenti quali sono i Comuni che si collocano nella posizione più alta e più bassa della classifica, consentendo quindi di stabilire più precisamente dove e su cosa è necessario investire per migliorare la condizione del minore nell'area considerata.

### 6. Considerazioni conclusive

Salute, istruzione e occupazione sono le tre aree prevalenti dello stato sociale che, basandosi sul principio di uguaglianza, deve garantire i diritti essenziali per il benessere (*welfare*) di tutti i cittadini.

Attorno a questa definizione ha ruotato sinora la ricerca di indicatori e indici che aiutassero a sintetizzare non solo lo «stato» sociale di un popolo, ma anche il suo sviluppo nel tempo. Impresa ardua e forse impossibile considerate le numerose variabili che possono determinare il benessere soggettivo (del singolo) e collettivo (della popolazione). Ma con lo sviluppo della globalizzazione (economica) nel corso degli ultimi decenni anche valutare la qualità della vita tra le nazioni è diventato parte essenziale delle complesse interazioni internazionali. Considerare il benessere di una nazione solo in termini di valore monetario dei beni e dei servizi prodotti (Pil), come è stato fatto dagli anni trenta era sicuramente limitativo e inappropriato a comprendere le capacità, le possibilità e la partecipazione dei singoli alla produzione del benessere comune.

L'Isu è stata la risposta in proposito da parte delle Nazioni unite, ma ancora insufficiente ad esprimere la caratteristica oggi prevalente tra le nazioni e all'interno di queste: la disuguaglianza tra i cittadini. L'Isu ha perciò manifestato gli stessi limiti del Pil e quelli comuni ad altri indici complessi di area. Ne consegue che a tutt'oggi per «superare il Pil» è necessario partire dalle varie disuguaglianze cercando di comprendere quali sono le principali cause a partire dal livello locale delle comunità. Invertire il cono di osservazione dal macro al micro.

Il lavoro svolto dalla Commissione Oms sui determinanti sociali della salute, il Rapporto del governo inglese sulle disuguaglianze di salute in Inghilterra, entrambi del 2008 e coordinati da Sir Michael Marmot, e la «Commissione Sarkozy» tra i cui membri c'era Amartya Sen hanno fornito utili indicazioni per andare «oltre il Pil», identificando un vet-

tore di indicatori che a livello territoriale consenta di valutare in modo più esaustivo le varie realtà così da pianificare interventi più appropriati per ridurre le diseguaglianze sociali e sanitarie.

### Riferimenti bibliografici

- Bonati M. e Campi R., 2000, *Breastfeeding and Infant Illness*, «American Journal of Public Health», vol. 90 (9), pp. 1478-9.
- Bonati M. e Campi R., 2005, *What Can We Do to Improve Child Health in Southern Italy?*, «PLoS Medicine», vol. 2 (9), p. e250.
- Bonati M. e Campi R., 2006, *La salute materno infantile*, in *A caro prezzo. Le diseguaglianze nella salute. 2° Rapporto dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale*, Edizioni Ets, Pisa, pp. 71-84.
- Bonati M. e Campi R., Gruppo Lavoro per la Convenzione sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza, 2009, *I diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia. 2° rapporto supplementare alle Nazioni Unite sul monitoraggio della convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia*, Save the Children Italia, Roma.
- Campi R. e Bonati M., 2005, *Nascere e crescere oggi in Italia*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Cirillo B., Bonati M., Campi R., De Campora E. e Siani P., 2007, *Disuguaglianze nella salute nell'infanzia e nell'adolescenza in Campania*, Phoebus Edizioni, Casalnuovo (Na).
- Clark R., 2011, *World Health Inequality: Convergence, Divergence, and Development*, «Social Science & Medicine», vol. 72 (4), pp. 617-24.
- Fair Society, Healthy lives, 2010, *The Marmot Review*, disponibile al sito web: [www.marmot-review.org.uk/](http://www.marmot-review.org.uk/) (accesso del 24 febbraio 2011).
- Giunta della Provincia autonoma di Trento, Azienda provinciale per i servizi sanitari, 2003, *Relazione sullo stato del servizio sanitario provinciale, Rapporto epidemiologico – Anno 2001*, Trento.
- Undp - *United nations development programme*, 1990, *Human Development Report*, disponibile alla pagina web: <http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr1990/> (accesso del 24 febbraio 2011).
- Undp - *United nations development programme*, 2010, *Human Development Report*, disponibile alla pagina web: <http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2010/> (accesso del 24 febbraio 2011).
- Hurrelmann K., Rathmann K. e Richter M., 2011, *Health Inequalities and Welfare State Regimes. A Research Note*, «Journal of Public Health», vol. 19, pp. 3-13.
- Pickett. K. e Wilkinson R., 2009, *The Spirit Level: Why More Equal Societies Almost Always Do Better*, Allen Lane, Londra, 5 marzo.
- Ricolfi L., 2010, *Il Sacco Del Nord*, Guerini Editore, Milano.

RPS

Rita Campi, Maurizio Bonati

- Segre E., 2010, *Addio al Pil*, dall'introduzione all'VIII Rapporto Quars, *Come si vive in Italia? Rapporto QUARS*, disponibile alla pagina web: <http://www.sbilanciamoci.info/Rubriche/Addio-al-Pil-7084> (accesso del 24 febbraio 2011).
- Stiglitz J.E., Sen A., Fitoussi J.P., 2009, *Report by the Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress*, disponibile alla pagina web: [http://www.stiglitz-sen-fitoussi.fr/documents/rapport\\_anglais.pdf](http://www.stiglitz-sen-fitoussi.fr/documents/rapport_anglais.pdf) (accesso del 24 febbraio 2011).
- Unicef, 2010, *Bambini e adolescenti ai margini. Report card 9*, disponibile alla pagina web: <http://www.unicef.it/doc/2028/bambini-e-adolescenti-ai-margini.htm> (accesso del 24 febbraio 2011).
- Ziebarth N., 2010, *Measurement of Health, Health Inequality, and Reporting Heterogeneity*, «Social Science & Medicine», vol. 71 (1), pp. 116-24.