

## La salute dei più fragili: nicchie di diseguaglianze, cicatrici e innovazione sociale

**Nerina Dirindin e Chiara Rivoiro**

RPS

*Le disuguaglianze di salute sono importanti non solo per il danno al benessere della popolazione, ma anche perché rappresentano indicatori del grado di giustizia sociale e della civiltà di un paese. Nella letteratura nazionale e internazionale ci sono prove che dimostrano l'efficacia di specifici interventi nel produrre effetti positivi sulla salute: sono azioni che i governi dovrebbero adottare come priorità, anche e soprattutto durante periodi di crisi economica. Al contrario, come attesta anche la letteratura internazionale, quasi tutti i paesi colpiti dalla recessione non hanno*

*adottato tempestivamente programmi per monitorare gli effetti delle restrizioni economiche in ambito sanitario. E a fronte di una generalizzata scarsità di risorse destinate ai sistemi pubblici di tutela della salute, si fanno strada nuovi strumenti finanziari per sostenere i bisogni sociali e socio-sanitari. Tale collaborazione tra settore pubblico e finanza privata potrebbe rappresentare uno degli strumenti per affrontare la mancanza di risorse pubbliche, ma ancora mancano evidenze in tal senso. I rischi e le criticità di questo approccio sono discussi nell'articolo.*

*Vi darò un talismano. Ogni volta che sarete in dubbio, o quando sarete preoccupati di voi stessi, applicate questo test. Richiamate alla mente il viso dell'uomo più povero e debole che vi sia capitato di incontrare e chiedetevi se le opzioni che state considerando siano utili per lui. Ci guadagnerà qualcosa? Gli consentirà di riprendere il controllo della propria vita e del proprio destino? A quel punto scoprirete che i vostri dubbi e le preoccupazioni su voi stessi saranno scomparsi.*  
Mahatma Gandhi

### *1. Affrontare le diseguaglianze di salute: azioni possibili in tempi di crisi economica*

La frase di Gandhi riportata in epigrafe è tratta dal recente libro di Michael Marmot, *La salute diseguale* (2016): un testo che dovrebbe rappresentare oggi un punto di riferimento per i decisori pubblici dei

paesi occidentali, impegnati a contrastare le diseguaglianze di salute in tempi di crisi economica. La sintesi delle molteplici e rigorose informazioni che Marmot ha raccolto nel suo testo si potrebbero sintetizzare con un invito a «organizzare la speranza» (è il titolo dell'ultimo capitolo del libro) e a provare a cambiare prospettiva, ponendoci quei quesiti che possono aiutarci a comprendere cosa possiamo fare per introdurre nelle nostre attività quotidiane pratiche mirate a contrastare le diseguaglianze, a partire da quelle di salute.

Il messaggio di Marmot è che le diseguaglianze nella salute sono importanti non solo per il danno che producono al benessere della popolazione ma anche perché sono un indicatore del grado di giustizia sociale e del livello di civiltà di un paese. E in presenza di evidenze che dimostrano l'efficacia di alcuni interventi, dobbiamo impegnarci affinché essi possano essere realizzati in via prioritaria ovunque possano produrre effetti positivi.

Fra le tante sollecitazioni di Marmot, riteniamo utile richiamare le cinque raccomandazioni illustrate dall'autore a conclusione del suo lavoro. Sono rivolte ai professionisti sanitari, ma possono essere estese a tutti i decisori chiamati a interrogarsi sugli interventi che potrebbero essere messi in campo per migliorare la salute delle persone, a partire dai più deboli, agendo sui determinanti sociali.

La prima raccomandazione attiene a *istruzione e formazione*: è necessario assicurarsi che gli studenti di medicina, i medici e tutti gli operatori sanitari capiscano gli elementi caratterizzanti i determinanti sociali della salute. Il primo fattore di cambiamento è quindi l'istruzione, la cultura, cui concorrono in primo luogo le scuole e le università chiamate a preparare i professionisti operanti nei campi che incidono sulla salute: dai medici ai manager, dagli imprenditori agli ingegneri, dai politici ai cittadini.

La seconda raccomandazione invita a *inquadrare il paziente in un contesto più ampio* rispetto a quello della semplice identificazione della malattia e della prescrizione di qualche pillola o «mistura bianca». I pazienti che si rivolgono alle strutture sanitarie portano con sé i problemi della loro vita, non solo la loro malattia. Non basta curare le persone, è necessario domandarsi come sia possibile modificare le condizioni che le hanno fatte ammalare, tentando di agire su più fattori.

La terza raccomandazione è di grande attualità per la realtà italiana. Essa riguarda il *servizio sanitario come datore di lavoro*: gli operatori della sanità devono poter lavorare in un buon ambiente di lavoro, in luoghi sicuri, in un contesto di convinta motivazione a migliorare le condizioni di salute delle persone. Un sistema sanitario produce salute se in

primo luogo assicura ai propri dipendenti buoni condizioni di lavoro, valorizzazione delle competenze, riconoscimento della loro funzione strategica. Gli operatori della sanità sanno le difficoltà che affrontano quotidianamente, compresa la sicurezza degli ambienti di lavoro.

La quarta raccomandazione è *lavorare con gli altri*, promuovere la cultura del confronto, il lavoro in rete, l'approccio intersettoriale, imparando a cambiare prospettiva, a porsi e a porre domande anche irriverenti. Nessuno può pensare di imporre decisioni adottate in solitudine, magari con il pretesto dell'emergenza o della mancanza di risorse. In tutti questi casi, sono sempre i più fragili che ci rimettono.

La quinta condizione è *l'advocacy*: Marmot sostiene che i medici e gli altri professionisti sanitari debbano battersi per politiche che migliorino le condizioni di salute dei propri pazienti. Più in generale è necessario che tutti (e non solo i professionisti sanitari) si impegnino affinché le politiche, le norme e le azioni siano disegnate avendo al centro il benessere delle persone (e non solo la crescita economica, l'aumento della produttività o lo spread dei tassi di interesse), a partire dal benessere di chi vive in condizioni di fragilità ed evitando di concentrarsi solo sul livello medio di benessere della popolazione. Il richiamo è a un impegno civico volto a sensibilizzare e influenzare le istituzioni, a svolgere attività di monitoraggio sullo stato di attuazione delle azioni a tutela del diritto fondamentale alla salute.

Tutte e cinque le raccomandazioni sono in gran parte disattese nella realtà dei nostri giorni.

Le università faticano a formare operatori con le menti aperte e sono, purtroppo, luoghi di potere in cui la cultura del più debole non sembra prevalere.

Il servizio sanitario sembra non riconoscere ai propri dipendenti il valore fondamentale del loro lavoro e considera superfluo il tempo dedicato alla relazione medico-paziente, che al contrario è strumento fondamentale per la presa in carico proprio dei più deboli.

I cittadini sono rassegnati di fronte a politiche restrittive che ostacolano l'offerta di servizi.

Il lavoro intersettoriale – a partire dalla semplice integrazione tra operatori del sociale e operatori della sanità – fatica a svilupparsi.

I professionisti si sentono impotenti di fronte a ristrettezze e complicazioni sempre più gravose e assistono disorientati alle incursioni della *spending review* e agli approcci sanzionatori, perdendo la capacità di riconoscere ciò che peggiora la condizione dei più fragili ed evitando di intervenire a loro sostegno.

RPS

Nerina Dirindin e Chiara Rivoiro

Eppure, come dice Marmot, ognuno di noi può contribuire a fare la differenza.

Ma per fare la differenza bisogna porsi quesiti, mettersi in discussione, evitare l'adesione acritica a luoghi comuni e a posizioni di comodo, mantenere la propria indipendenza di giudizio. Bisogna partire da chi vive condizioni di fragilità, rinunciando all'approccio consolatorio di chi guarda solo ai dati aggregati sulla salute della popolazione (che certamente pongono l'Italia fra i paesi più avanzati) ed entrando nel merito della salute di singoli individui o di specifici gruppi di popolazione.

## *2. Cicatrici e nicchie di diseguaglianze: come agisce la crisi sui soggetti fragili*

La salute è uno dei beni più preziosi per ogni persona: ancora recentemente, in occasione dei lavori per lo sviluppo del sistema di indicatori per il Benessere equo e sostenibile (Bes)<sup>1</sup>, la maggioranza degli italiani interpellati ha indicato la salute come la dimensione più importante del loro benessere. Eppure non sono stati messi ancora in campo strumenti sistematici di monitoraggio dello stato di salute dei cittadini o almeno dei soggetti più fragili, anche rispetto alla persistente crisi economica. In momenti di crisi, le istituzioni dovrebbero avere le capacità di attrezzarsi per tutelare le fasce più deboli e le aree più a rischio di decadimento. Le evidenze mostrano infatti 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 controbilanciati (e quindi mascherati nei dati aggregati) dal miglioramento delle condizioni di coloro che durante una crisi economica possono vedere addirittura migliorare le

<sup>1</sup> Il progetto per misurare il Benessere equo e sostenibile nasce da una collaborazione tra Istat e Cnel, con l'obiettivo di valutare il progresso di una società non soltanto dal punto di vista economico, ma anche sociale e ambientale. Il Bes vuol essere un approccio multidimensionale che integra l'indicatore dell'attività economica, il Pil, con 12 indicatori delle fondamentali dimensioni del benessere e con misure di diseguaglianza e sostenibilità economica. Con la Legge di bilancio approvata il 28 luglio 2016, il Bes entra per la prima volta nel Bilancio dello Stato e consente di rendere misurabile la qualità della vita e valutare l'effetto delle politiche pubbliche su alcune dimensioni sociali fondamentali. Per approfondimenti si rinvia al sito internet: <http://www.misuredelbenessere.it/>.

proprie condizioni, in particolare coloro che posseggono redditi e patrimoni elevati.

Mancano inoltre dati sugli effetti a lungo termine, le cosiddette «cicatrici», della crisi economica sullo stato di salute.

Molti autorevoli studi si sono interrogati sui possibili meccanismi attraverso i quali le crisi economiche producono effetti sulla salute, in particolare dei più deboli. Catalano e al. (2011) 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 molto 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 i più fragili 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.

Il meccanismo denominato di «*frustrazione-aggressione*» fa riferimento al caso in cui, in un contesto di crisi, gli individui sperimentano situazioni psicosomatiche di «*aggressione*», aumentando la percezione di situazioni di ingiustizia sociale che possono favorire atti di violenza o il consumo di sostanze che producono dipendenza. Al contrario, il meccanismo può portare a un «effetto di inibizione»: gli individui a rischio di perdere il lavoro cambiano i loro comportamenti (limitando gli atteggiamenti antisociali e i consumi dannosi) in modo da ridurre al minimo il rischio di disoccupazione.

E così le crisi producono al contempo rassegnazione e violenza, mortificazione e angosce, assuefazione e tensioni sociali.

Ed è proprio la compresenza di fenomeni di insoddisfazione da un lato e di rinuncia dall'altro (rinuncia a far valere i propri diritti o anche solo a esporre i propri bisogni) ciò che trasforma la crisi economica in una spirale di decadimento silenzioso per i più fragili, economicamente, socialmente e psicologicamente. Decadimento che, proprio perché silenzioso, alimenta la convinzione da parte di chi fragile non è

RPS

Nerina Dirindin e Chiara Rivoiro

(e spesso è anche decisore) della bontà della direzione di marcia e della inconsistenza delle situazioni di disagio, da cui la conferma del disimpegno da parte delle istituzioni nei confronti della marginalità, della non autosufficienza, della sofferenza.

In questi anni, gli «ultimi» stanno sempre più sperimentando l'inadeguatezza degli interventi loro destinati, spesso inefficaci e segreganti, che li trascinano in un «labirinto senza vie di uscita», di fronte ai quali chi dovrebbe (e potrebbe) alzare la voce e attivarsi concretamente si limita, al più, a manifestare un lieve imbarazzo.

E così, i fragili diventano sempre più fragili: il timore di perdere il lavoro, l'insicurezza relativa all'abitare (come il dover cambiare casa perché non si è più in grado di pagare l'affitto), l'esclusione dei giovani dal mondo del lavoro sono tutti fattori che incidono anche sulle condizioni di salute, in particolare sulla salute mentale.

Si osservano «nicchie di diseguaglianze» a carico di persone le cui condizioni sono poco riconoscibili all'interno di studi di carattere generale e rispetto alle quali le iniziative sono per lo più assenti. Si pensi alle persone detenute, agli anziani che vivono da soli, alle persone con gravi disabilità, alle persone con disturbi mentali, alle persone ex internate, alle persone senza fissa dimora, le cui condizioni di salute, di per sé già precarie, sono spesso destinate a peggiorare nell'indifferenza dei più. Si pensi alle iniquità di cui soffrono tutti coloro che, malati di epatite C, non hanno potuto accedere alle cure innovative, ad alta efficacia, perché il Ssn non dispone di risorse sufficienti per il loro trattamento. Si pensi a coloro che, gravemente non autosufficienti, non hanno potuto accedere a una residenza sanitaria o all'assistenza domiciliare a causa dei tagli alle corrispondenti voci di spesa. Si pensi ai malati di mente autori di reati (magari prosciolti) parcheggiati per mesi e mesi in carceri o in Spdc (Strutture psichiatriche di diagnosi e cura) senza un minimo piano terapeutico e senza alcuna possibilità di cura, nell'indifferenza delle amministrazioni della sanità e della giustizia.

### *3. Crisi economica e salute della popolazione: le evidenze scientifiche*

Le brevi riflessioni sopra riportate sottolineano la complessità che si pone quando si vogliono analizzare gli effetti di una recessione sulla popolazione, volgendo in particolare lo sguardo alle disuguaglianze di salute. Una recentissima revisione della letteratura internazionale 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» (Karanikolos e al., 2016). Tutti gli studi riportano evidenze robuste di effetti negativi sulla salute mentale, mentre altri esiti sulla salute sono meno evidenti. 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 italiana 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 (De Vogli e al., 2013).

Esiste tuttavia un fattore protettivo della 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 depressione (Katikireddi e al., 2012). Ancora, uno studio longitudinale multicentrico (Riumallo-Herl e al., 2014) 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 a 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).

L'aumento dei suicidi è 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 2012 (Madianos e al., 2014). L'analisi dei dati Istat per l'Italia non sembra invece indicare un aumento dei tassi di suicidio correlabile alla crisi economica.

Più in generale, è possibile affermare che il tasso globale di mortalità per tutte le cause si è ridotto in maniera costante nei paesi europei, non mostrando deviazioni dal trend di lungo periodo nei primi cinque anni dall'inizio della crisi. I dati provenienti dalla Grecia (Baumbach e Gulis, 2014), il paese più colpito dalla crisi, mostrano tassi stabili della mortalità globale, a eccezione di un aumento di morti infantili nel 2011 e 2012. Dati stabili si rilevano anche per la Spagna e l'Italia: l'aumento del tasso di suicidi registrato in questi paesi è stato infatti compensato dalla diminuzione delle morti da incidenti stradali, in particolare nei paesi in cui quest'ultimo tasso era relativamente alto prima della crisi.

Con riguardo alla relazione fra disoccupazione e malattie croniche, i dati disponibili offrono indicazioni robuste, in particolare per malattie

RPS

Nerina Dirindin e Chiara Rivoiro

cardiovascolari, tumori, malattie respiratorie e diabete<sup>2</sup>. 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 diabete (Modrek e Cullen, 2013). In Inghilterra, l'aumento della disoccupazione è associato a un aumento statisticamente significativo di problemi cardiovascolari (Astell-Burt e Feng, 2013). In Grecia, durante la crisi economica si sono riscontrati tassi più elevati di infarto miocardico acuto (Makaris e al., 2013).

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 mostra 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*.

E sono ormai disponibili dati che riportano come gli sforzi degli Stati a sostegno delle famiglie siano efficaci nel ridurre ad esempio il tasso di suicidi: il lavoro di Stuckler e al. (2009) mostra come per 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 riduca di 0,2 punti percentuali.

#### 4. *La salute degli italiani: buoni indicatori ma ancora per quanto?*

Il Rapporto Bes 2016 (Istat, 2016) sottolinea come, nonostante la perdurante crisi, nel 2014 l'Italia continui ad avere buoni indicatori di benessere rispetto ai paesi europei: è infatti uno tra i paesi più longevi in Europa (83,2 anni), seconda solo alla Spagna, con un vantaggio di oltre due anni di speranza di vita rispetto alla media europea (80,9 anni). In Europa, gli uomini italiani sono i più longevi (80,7 anni), secondi solo agli abitanti di Cipro (80,9 anni di vita attesa). Le donne italiane sono al terzo posto per speranza di vita (85,6 anni), dopo Spa-

<sup>2</sup> Mustard e al. (2013); Lundin e al. (2014); Noelke e Avendano (2015); Maruthappu e al. (2015); Maruthappu e al. (2016); Ennis e al. (2015).

gna (86,2 anni) e Francia (86,0 anni). La speranza di vita senza limitazioni a 65 anni continua molto lentamente a progredire per entrambi i sessi e non evidenzia differenze di genere, raggiungendo nel 2015 9,9 anni per gli uomini e 9,6 anni per le donne. Ancora, il tasso di mortalità infantile è tra i più bassi d'Europa, sebbene esistano ancora nel nostro paese differenze geografiche: permane lo svantaggio del Mezzogiorno con i tassi più elevati rispetto al resto del paese, per quanto in diminuzione. Nel 2013, nel Mezzogiorno, il tasso diminuisce rispetto al 2012, passando da 38,8 a 37,8 per 10.000 nati vivi, viceversa un lieve aumento si registra nel Centro Italia dove il tasso da 25,8 sale a 26,2 per 10.000 nati vivi; l'aumento riguarda soprattutto le regioni Marche e Lazio. Si riducono ancora i tassi di mortalità per demenze e malattie croniche e per tumori.

L'analisi degli indicatori sopra citati e di altri ancora legati ad esempio agli stili di vita (alcol, fumo, sedentarietà, eccesso di peso) restituisce l'immagine di un paese nel quale le disuguaglianze di salute si distribuiscono diversamente: al Nord permane un maggior consumo di alcol, al Sud vi è la maggior percentuale di adulti sedentari.

Sono dati ribaditi anche dalla recente pubblicazione dell'Istituto superiore di Sanità che 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 sanitaria (Costa e al., 2016, p. 2). Nonostante la crisi, negli ultimi dieci anni migliorano gli indicatori di salute soggettiva, di salute fisica e di disabilità: «si tratta», dicono gli autori, «dell'onda lunga dell'ingresso nella popolazione anziana di nuove generazioni che hanno condiviso storie di vita più favorevoli per la salute. In questo quadro favorevole si impone all'attenzione un peggioramento significativo della salute psichica e dei disturbi mentali, un peggioramento associato soprattutto ai ritmi della crisi e che riguarda in particolare la popolazione giovane e adulta, di più quella maschile, la più coinvolta dall'emergenza occupazionale». I giovani infatti dai 15 ai 34 anni presentano un peggioramento di tutti gli indicatori di salute mentale, maggiormente colpite sono le femmine che presentano una percentuale più elevata di ansia e depressione rispetto ai maschi. Significativo è il dato sul ruolo esercitato dalla salute mentale dei genitori sulla salute mentale dei figli conviventi. L'impatto è più elevato nelle famiglie mono-genitoriali; quando invece sono presenti entrambi i genitori l'impatto è maggiore se a essere compromesso è lo stato di salute mentale della madre. Ancora, l'esclusione dal mondo del lavoro, soprattutto

RPS

Nerina Dirindin e Chiara Rivoiro

per gli uomini, fa aumentare il disagio dei giovani al crescere dell'età, man mano che è più forte il desiderio di autonomia.

Nel complesso i dati epidemiologici rilevano come l'Italia risulti ancora ai primi posti a livello internazionale quanto, ad esempio, a presa in carico extraospedaliera delle persone affette da patologie croniche (Oecd, 2016), un risultato certamente da ascrivere alla presenza di una sanità pubblica che, pur in mezzo a tante difficoltà, favorisce l'assistenza territoriale. Si tratta di risultati importanti ma che nascondono significative debolezze, compresa la prevalenza di modalità *passive* di presa in carico, inevitabilmente a danno dei più deboli. Ad esempio, i dati elaborati dal Programma nazionale esiti<sup>3</sup> sul ricorso al ricovero ospedaliero per complicanze del diabete rilevano una forte variabilità non solo a livello regionale ma anche all'interno della stessa regione: il rischio di ospedalizzazione va dall'1,34% in provincia di Foggia allo 0,10% in provincia di Fermo (media nazionale 0,51%). Sul minor ricorso al ricovero ospedaliero dell'Italia rispetto agli altri paesi europei incide inoltre la storica minore dotazione di posti letto ospedalieri, che non può che spingere a un contenimento delle attività di degenza per le patologie croniche.

Proprio con riferimento alle malattie croniche, secondo l'Oecd, in Italia sarebbe possibile evitare fino a 50 mila morti all'anno con programmi di prevenzione rivolti a migliorare la qualità della dieta o incrementare l'attività fisica. Le morti evitate potrebbero salire a 75 mila combinando diversi programmi in un'articolata strategia di prevenzione, la cui implementazione comporterebbe un costo annuale pari a circa 17 euro pro capite. Si tratta di interventi con un rapporto costo-efficacia favorevole nel lungo termine, ma purtroppo meno favorevole nel breve termine (e per questo trascurati). L'Italia si colloca infatti, secondo i dati raccolti dall'Oecd, agli ultimi posti in Europa per impegno, in termini di spesa, in attività di prevenzione delle malattie causate da comportamenti a rischio (Who - European Observatory on Health Systems and Policies Series, 2015).

E così, i buoni indicatori di salute del nostro paese rischiano di essere messi a dura prova da un «significativo deficit di prestazioni sanitarie» rispetto alla maggior parte dei paesi europei, in particolare nell'assistenza territoriale, la *long-term care* e la prevenzione (Sassi, 2014), complice le continue restrizioni economiche e il forte disimpegno nei confronti delle politiche per la salute (Dirindin, 2016).

<sup>3</sup> Per un approfondimento si rinvia al Programma nazionale valutazione esiti, ed. 2013, Sdo 2005-2012, disponibile al sito internet: [www.agenas.it](http://www.agenas.it).

Le politiche pubbliche sono utili strumenti per tutelare la salute e contrastare le disuguaglianze, ma le difficoltà di questi anni peseranno probabilmente in modo significativo sulla fotografia che nel prossimo futuro sarà possibile fare rispetto al benessere e alle condizioni di salute degli italiani.

### 5. *L'innovazione finanziaria a sostegno delle fragilità: quali prospettive?*

Di fronte alle tante fragilità ancora presenti in molti paesi, il mondo della finanza (etica e for profit) sembra interessato a proporre nuove modalità di intervento con l'obiettivo di promuovere l'innovazione sociale, sostenere i servizi pubblici (in continuo affanno) e favorire la valutazione degli interventi.

Nel febbraio 2013, la Commissione europea apre il rapporto sull'innovazione sociale con una importante affermazione sui cambiamenti culturali e politici rispetto ai problemi della società: «Negli anni ottanta e novanta, l'agenda dell'innovazione era esclusivamente focalizzata sulle imprese e sulle tecnologie. Era un tempo in cui i problemi economici e quelli sociali erano visti come separati. Il compito di produrre ricchezza era assegnato all'economia, mentre la società era vista unicamente come un soggetto di spesa. Nell'economia del ventunesimo secolo questo non è più vero. Nel lungo termine, un'innovazione nei servizi sociali sarà altrettanto importante di un'innovazione nel settore farmaceutico o in quello aerospaziale» (Commissione europea, 2013).

Il convincimento più diffuso, anche fra i decisori nazionali, è che i pressanti vincoli alla spesa pubblica per il *welfare* rappresentino uno dei principali *driver* per lo sviluppo e la diffusione di un'innovazione finanziaria funzionale ai bisogni sociali e alle molteplici esigenze di innovazione sociale (Social impact investment italian task force, 2014).

Con il termine *innovazione sociale* si intendono tutte quelle soluzioni (prodotti, processi, servizi, programmi, ecc.) potenzialmente in grado di soddisfare un bisogno sociale in modo più efficace rispetto alle soluzioni esistenti, attraverso l'impiego di nuove (o migliori) relazioni e di più efficaci capacità di sfruttamento delle risorse, coniugando finalità economiche e sociali<sup>4</sup>.

<sup>4</sup> Si tratta di un insieme di strumenti con contenuti differenziati, quali *Social impact bond* (Sib), *Pay-for-success* (Pfs), *Social benefit bond* (Sbb) o *Development impact bond* (Dib).

In questo contesto, una parte della finanza si è resa conto che coloro che portano le cicatrici della marginalità possono costituire nuovi ambiti di intervento sui quali scommettere, soprattutto quando si tratta di persone che assorbono rilevanti risorse pubbliche, per lunghi periodi e (attualmente) senza adeguati risultati. In effetti il costo ad esempio di una persona con disabilità, ospitata in una struttura a carico delle finanze pubbliche, è così elevato e così poco capace di produrre benessere che potrebbe essere riconsiderato all'interno di progetti alternativi che scommettono su risultati migliori e se ne assumono il rischio.

Fra le soluzioni innovative si consideri ad esempio il «*social impact bond*», uno strumento di collaborazione pubblico-privato che si propone di sperimentare progetti pilota con un esplicito obiettivo sociale, soprattutto negli ambiti in cui i servizi pubblici non sono in grado di intervenire per mancanza di risorse, e di promuovere sistemi di finanziamento correlati ai risultati. Sono strumenti del tipo «*pay by results*», rispetto ai quali gli investitori hanno la possibilità di realizzare un profitto in relazione al raggiungimento di predeterminati risultati, mentre in caso di insuccesso il capitale investito e la sua remunerazione non sono garantiti (in parte o in toto).

Esperienze in questa direzione sono state sviluppate dal governo britannico, dopo la crisi del 2008, al fine di ridurre e rendere più efficiente la spesa pubblica destinata ai servizi sociali. Il caso più noto è il progetto realizzato presso il carcere di Peterborough, dove sono stati finanziati con *social impact bond* interventi volti a favorire il reinserimento sociale e lavorativo delle persone detenute, con il rischio finanziario legato alla verifica del risultato (riduzione delle recidive) e a carico del privato. Il servizio di re-inserimento coinvolge detenuti in procinto di concludere la pena: a ciascun detenuto interessato viene offerto un programma personalizzato che include anche un alloggio adeguato e permanente, il trattamento per disturbi da droga e alcol, l'avviamento al lavoro, l'assistenza sociale e psicologica (Disley e Rubin, 2014). Un progetto simile è stato avviato dal 2013 nello Stato di New York con i due seguenti macro-obiettivi: aumentare il tasso di occupazione tra gli ex detenuti entro un anno dal termine della pena e ridurre i casi di recidiva. Un progetto analogo è in via di sperimentazione a Torino presso la casa circondariale Lorusso e Cutugno.

Vanno nella stessa direzione anche alcune ipotesi progettuali, avanzate anche nel nostro paese, volte a sperimentare la ri-finalizzazione delle risorse pubbliche destinate a strutture residenziali per persone con disabilità, attraverso la costituzione di un budget personalizzato (da ge-

stire con il privato sociale, le fondazioni filantropiche e gli investitori sociali) e la definizione di un percorso di riabilitazione e reinserimento sociale.

Si tratta di strumenti ancora in via di perfezionamento e, per fortuna, ancora oggetto di analisi e valutazioni, da parte sia della cosiddetta finanza sociale sia della pubblica amministrazione. È indubbio infatti che le risorse utilizzate per le varie forme di istituzionalizzazione potrebbero essere almeno in parte impiegate per progetti capaci di produrre risultati di gran lunga migliori per le persone emarginate, ma se ciò viene fatto nell'ambito di strumenti che legittimano il disimpegno del welfare pubblico e rendono alcune fragilità (quelle più facilmente trattabili) oggetto di profitti finanziari, le diseguaglianze rischiano di aumentare. Inoltre, un approccio orientato al «*pay by result*» (la pubblica amministrazione paga solo i risultati raggiunti) sembra difficilmente percorribile, come dimostrano i tentativi di ridurre i rischi a carico del privato, anche in relazione alle difficoltà a valutare i risultati in un contesto in continua evoluzione e particolarmente complesso.

In sintesi, nonostante i pregevoli studi sulle diseguaglianze nella salute, sappiamo ancora troppo poco sulle condizioni delle persone che soffrono di condizioni di emarginazione e di iniquità. Il recente dinamismo delle imprese sociali, delle fondazioni filantropiche, degli investitori sociali e della finanza privata appaiono in grado di offrire soluzioni che hanno il pregio di evidenziare un problema reale (la scarsa efficacia di molte risorse pubbliche destinate agli *ultimi*) ma presentano il rischio di legittimare il disimpegno dei servizi pubblici e di produrre effetti difficilmente valutabili. A fronte di sperimentazioni ormai avviate da anni, sono ancora purtroppo scarsi i dati che ci consentono di individuare elementi trasferibili ed efficaci nella riduzione di diseguaglianze sociali e di salute. La letteratura internazionale è concorde nel ritenere che, prima di poter arrivare a giudizi oggettivi, sia necessario un serio lavoro al fine di migliorare e mettere a regime sistemi rigorosi di valutazione della reale efficacia di questi nuovi strumenti finanziari.

Il grosso rischio è che strumenti quali i *social bond* non siano ancorati ai reali bisogni delle persone, che per definizione non sono standardizzabili, e possano concentrarsi su casistiche meno impegnative perché più facili da affrontare. Ancora, l'uso di strumenti di finanza etica inducono a uno spostamento di responsabilità del decisore pubblico per le questioni sociali al di fuori del proprio operato: il ruolo pubblico rischia di limitarsi all'acquisto o all'intermediazione dei servizi di cui si ritiene di necessitare.

RPS

Nerina Dirindin e Chiara Rivoiro

La strada maestra resta sempre la qualificazione degli interventi finanziati a carico della collettività e realizzati (dal pubblico o dal privato) nell'ambito di una seria programmazione pubblica.

## RPS

*Riferimenti bibliografici*

- Astell-Burt T. e Feng X., 2013, *Health and the 2008 economic recession: evidence from the United Kingdom*, «PLoS One», vol. 8, n. 2, e56674, Doi: 10.1371/journal.pone.0056674.
- Baumbach A. e Gulis G., 2014, *Impact of financial crisis on selected health outcomes in Europe*, «European Journal of Public Health», vol. 24, n. 3, pp. 399-403.
- Catalano R., Goldman-Mellor S., Saxton K., Margerison-Zilko C., Subbaraman M., LeWinn K. e Anderson E., 2011, *The health effects of economic decline*, «Annual Review of Public Health», n. 32, pp. 431-450.
- Commissione europea, 2013, *Guide to Social Innovation*, DG Regional and Urban Policy e DG Employment, Social affairs and Inclusion.
- Costa G., Crialesi R., Migliardi A., Gargiulo L., Sebastiani G., Ruggeri P. e Meniti Ippolito F. (a cura di), 2016, *Salute in Italia e livelli di tutela: approfondimenti dalle indagini Istat sulla salute*, Istituto Superiore di Sanità, Roma, «Rapporti Istituzionali», n. 16/26.
- De Vogli R., Marmot M. e Stuckler D., 2013, *Excess suicides and attempted suicides in Italy attributable to the great recession*, «Journal of Epidemiology and Community Health», vol. 67, n. 4, pp. 378-379.
- Dirindin N., 2016, *La sanità pubblica tra indifferenza e laisser faire*, «la Rivista delle Politiche Sociali», n. 2, pp. 187-202.
- Disley E. e Rubin J., 2014, *Phase 2 report from the payment by results Social Impact Bond pilot at HMP Peterborough*, Ministry of Justice Analytical Series, Londra, disponibile all'indirizzo internet: <http://www.justice.gov.uk/publications/researchand-analysis/moj>
- Ennis K.Y., Chen M.H., Smith G.C. e al., 2015, *The impact of economic recession on the incidence and treatment of cancer*, «Journal of Cancer», vol. 6, n. 8, pp. 727-733.
- Istat, 2016, *Bes 2016. Il Benessere equo e sostenibile in Italia*, Istat, Roma, disponibile all'indirizzo internet: <https://www.istat.it/it/files/2016/12/BES-2016.pdf>
- Karanikolos M., Heino P., McKee M., Stuckler D. e Legido-Quigley H., 2016, *Effects of the Global Financial Crisis on Health in High-Income Oecd Countries: A Narrative Review*, «International Journal of Health Services», vol. 46, n. 2, pp. 208-240.
- Katikireddi S.V., Niedzwiedz C.L. e Popham F., 2012, *Trends in population mental health before and after the 2008 recession: a repeat cross-sectional analysis of the 1991-2010 health surveys of England*, «British Medical Journal Open», n. 2, e001790, Doi: 10.1136/bmjopen-2012-0017.
- Lundin A., Falkstedt D., Lundberg I. e Hemmingsson T., 2014, *Unemployment and coronary heart disease among middle-aged men in Sweden: 39 243 men followed for 8 years*, «Occupational and Environmental Medicine», vol. 71, n. 3, pp. 183-188.

- Madianos M.G., Alexiou T., Patelakis A. e Economou M., 2014, *Suicide, unemployment and other socioeconomic factors: Evidence from the economic crisis in Greece*, «European Journal of Psychiatry», vol. 28, n. 1, pp. 39-49.
- Makaris E., Michas G., Micha R. e al., 2013, *Greek socio-economic crisis and incidence of acute myocardial infarction in Southwestern Peloponnese*, «International Journal of Cardiology», vol. 168, n. 5, pp. 4886-4887.
- Marmot M., 2016, *La salute disuguale. La sfida di un mondo ingiusto*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Maruthappu M., Shalhoub J., Tariq Z. e al., 2015, *Unemployment, government health-care spending, and cerebrovascular mortality, worldwide 1981-2009: an ecological study*, «International Journal of Stroke», vol. 10, n. 3, pp. 364-371.
- Maruthappu M., Watson R.A., Watkins J. e al., 2016, *Unemployment, public-sector healthcare expenditure and colorectal cancer mortality in the European Union: 1990-2009*, «International Journal of Public Health», vol. 61, n. 1, pp. 119-130.
- Modrek S. e Cullen MR., 2013, *Health consequences of the «great recession» on the employed: evidence from an industrial cohort in aluminum manufacturing*, «Social Science & Medicine», n. 92, pp. 105-113.
- Mustard C.A., Bielecky A., Etches J. e al., 2013, *Mortality following unemployment in Canada, 1991-2001*, «BMC Public Health», vol. 13, n. 1, p. 441.
- Noelke C. e Avendano M., 2015, *Who suffers during recessions? Economic downturns, job loss, and cardiovascular disease in older Americans*, «American Journal of Epidemiology», vol. 182, n. 10, pp. 873-882.
- Oecd, 2016, *Health at a glance: Europe 2016. State of Health in the EU Cycle*, Oecd Publishing, Parigi.
- Rachiotis G., Stuckler D., McKee M. e Hadjichristodoulou C., 2015, *What has happened to suicides during the Greek economic crisis? Findings from an ecological study of suicides and their determinants (2003-2012)*, «BMJ Open», n. 5, e007295, Doi: 10.1136/bmjopen-2014-007295.
- Riumallo-Herl C., Basu S., Stuckler D., Courtin E. e Avendano M., 2014, *Job loss, wealth and depression during the Great Recession in the USA and Europe*, «International Journal of Epidemiology», vol. 43, n. 5, pp. 1508-1517.
- Social impact investment italian task force, 2014, *La finanza che include: gli investimenti ad impatto sociale per una nuova economia*, disponibile all'indirizzo internet: <http://www.socialimpactinvestment.org/reports/Rapporto%20Italiano%20Ultima%20versione.pdf>.
- Stuckler D., Basu S., Suhrcke M., Coutts A. e McKee M., 2009, *The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis*, «Lancet», vol. 374, n. 9686, pp. 315-323.
- Who - European Observatory on Health Systems and Policies Series (a cura di McDaid D., Sassi F. e Merkur S.), 2015, *Promoting Health, Preventing Disease The Economic Case*, Open University Press McGraw-Hill Education, Berkshire, Inghilterra.

RPS

Nerina Dirindin e Chiara Rivoiro