



XVI Convegno Nazionale dei Direttori degli Uffici diocesani, delle Associazioni e degli Operatori di pastorale della salute

Abano Terme 09 - 11 giugno 2014

Le periferie esistenziali in Italia

Fabrizio Oleari

Presidente, Istituto Superiore di Sanità, Rome, Italy



Da tempo, ormai, la domanda di promozione e tutela del benessere proveniente dal tessuto sociale di tutto il mondo occidentale (che è attraversato da una serie di dinamiche comuni, quali la transizione demografica, il cambiamento epidemiologico, la relativa ristrettezza delle risorse a disposizione, ecc.) è in continuo e tumultuoso aumento.

E' sotto la percezione di tutti, infatti, che in una società aperta come l'attuale ed in tutti gli strati di ciascuna società stà progressivamente ampliandosi la consapevolezza che la salute – quella del singolo e quella della comunità - sia un bene non “negoziabile” e, come tale, debba essere intesa dalle politiche messe in atto dai Governi.

La fragilità, dunque, è una condizione:

- che può essere presente fin dalla nascita o sopravvenire nel corso di una fase di vita;
- che può essere transitoria o (più spesso) permanente;
- che, comunque, mina lo “*stare bene*” non solo “*fisico-psichico*”, ma anche “*sociale*”, di una persona; e che,
- conseguentemente, comporta per la persona uno svantaggio.

In questa accezione, la fragilità è, perciò, un universo con infiniti volti dietro i quali c'è sempre una storia di sofferenza, di solitudine e, in qualche caso, di mancato accoglimento.

C'è la storia della malattia fisica e c'è la storia della malattia psichica.

C'è la storia del senza lavoro e c'è la storia del clandestino.

C'è la storia dell'adolescenza inquieta e c'è la storia della non autosufficienza della vecchiaia.

L'Istituto Superiore di Sanità è un Ente tecnico-scientifico che ha come missione la promozione dello stare bene delle singole persone e della comunità, ma che – certamente – non può influire su molti dei “*determinanti*” che, direttamente o indirettamente, possono indurre fragilità, come le politiche economiche o le politiche dell’immigrazione o le politiche dell’occupazione, ecc.

Non di meno, l'Istituto Superiore di Sanità è un punto di osservazione importante sulle fragilità, dal momento che ne registra fedelmente le conseguenze sulla salute, in termini di diseguaglianze.

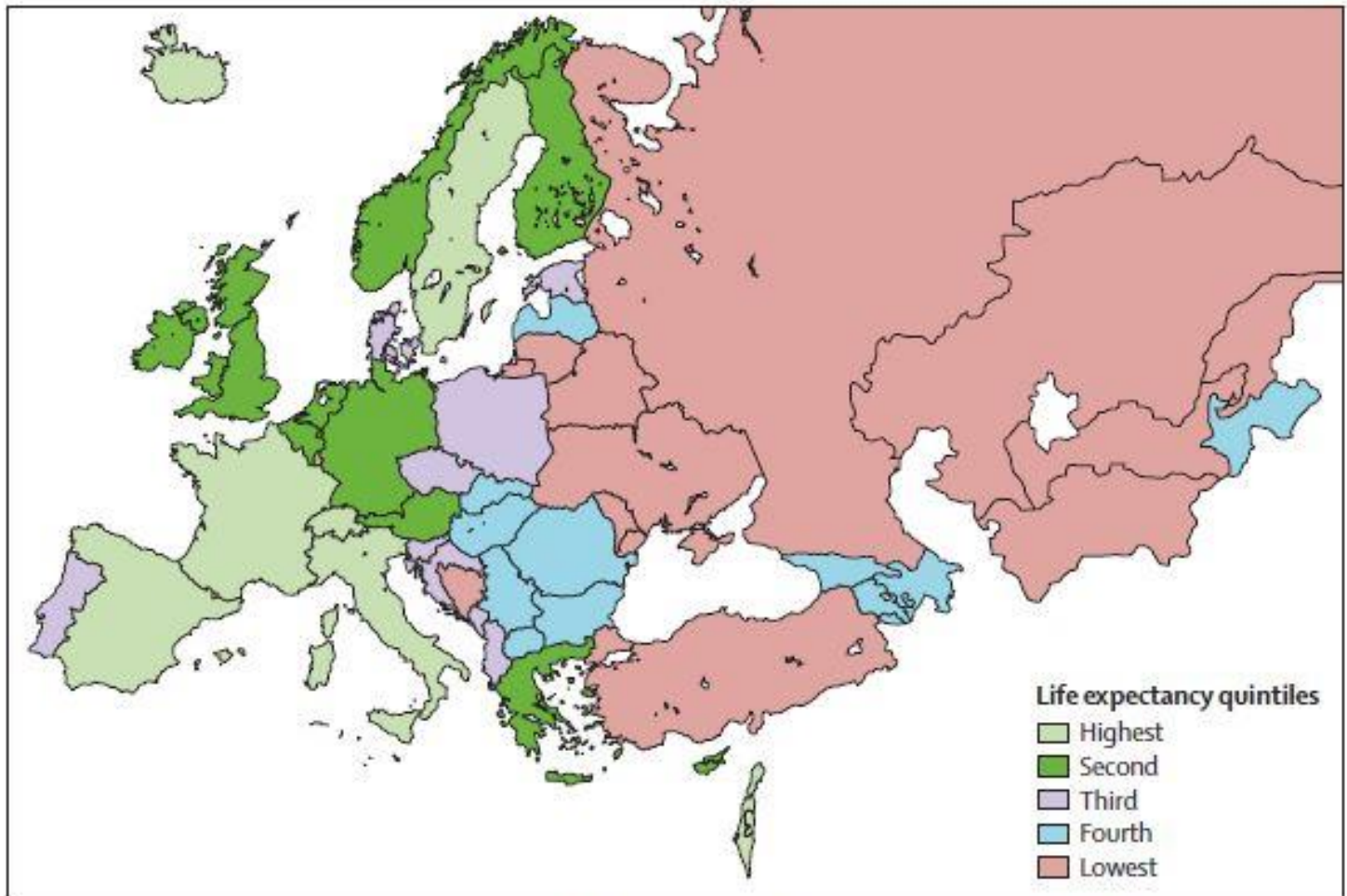


Figure 1: Life expectancy in countries in the WHO European region, 2010 (or latest available data)
 Data from WHO health for all database.¹

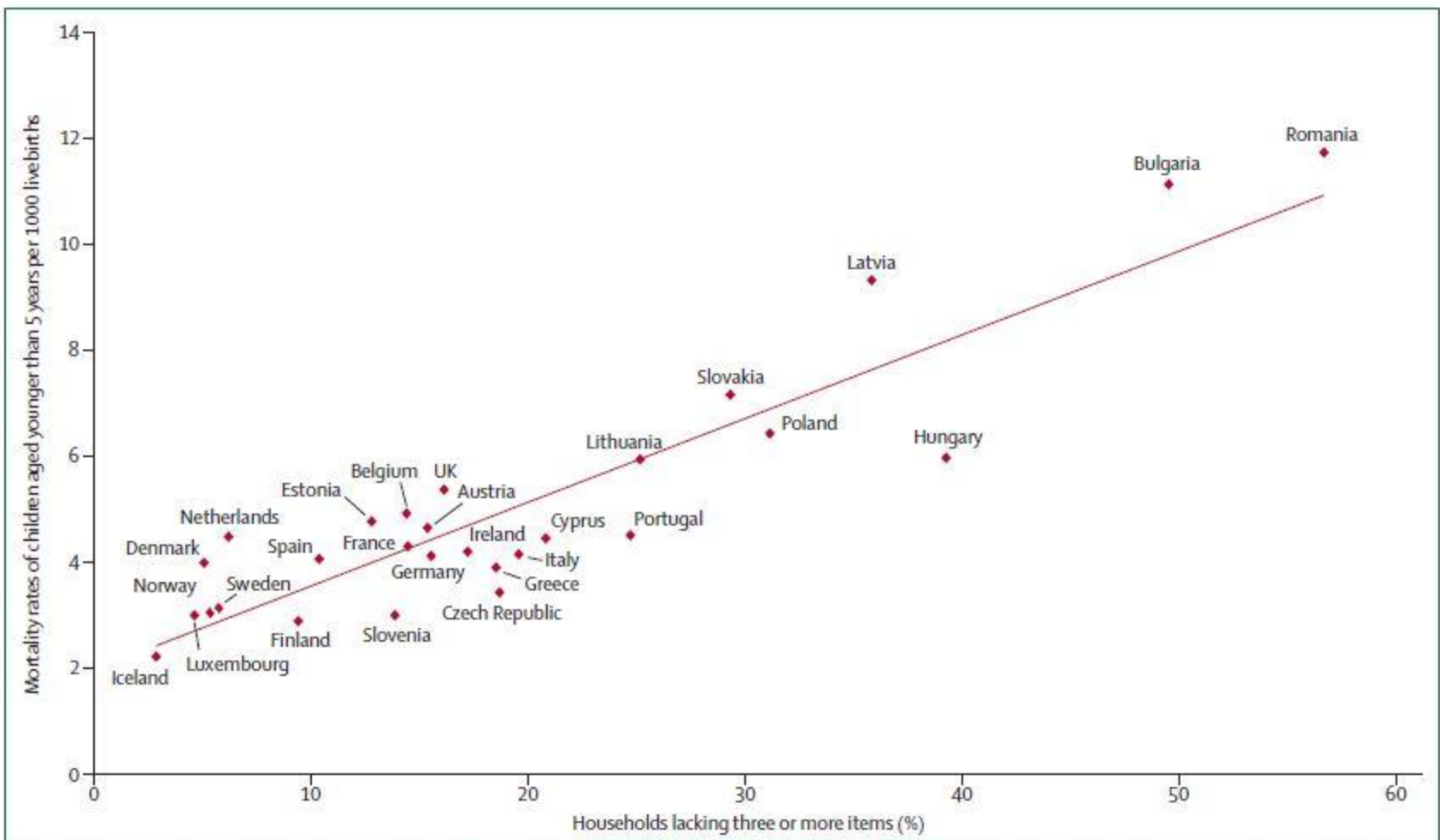


Figure 4: Mortality among children younger than five years of age and percentage of deprived households (lacking three or more essential items) in selected countries in the WHO European Region

Data from UNICEF⁵ and Eurostat database.⁶ Reproduced with permission of Bradshaw J and Mayhew E (University of York, York, UK, personal communication).

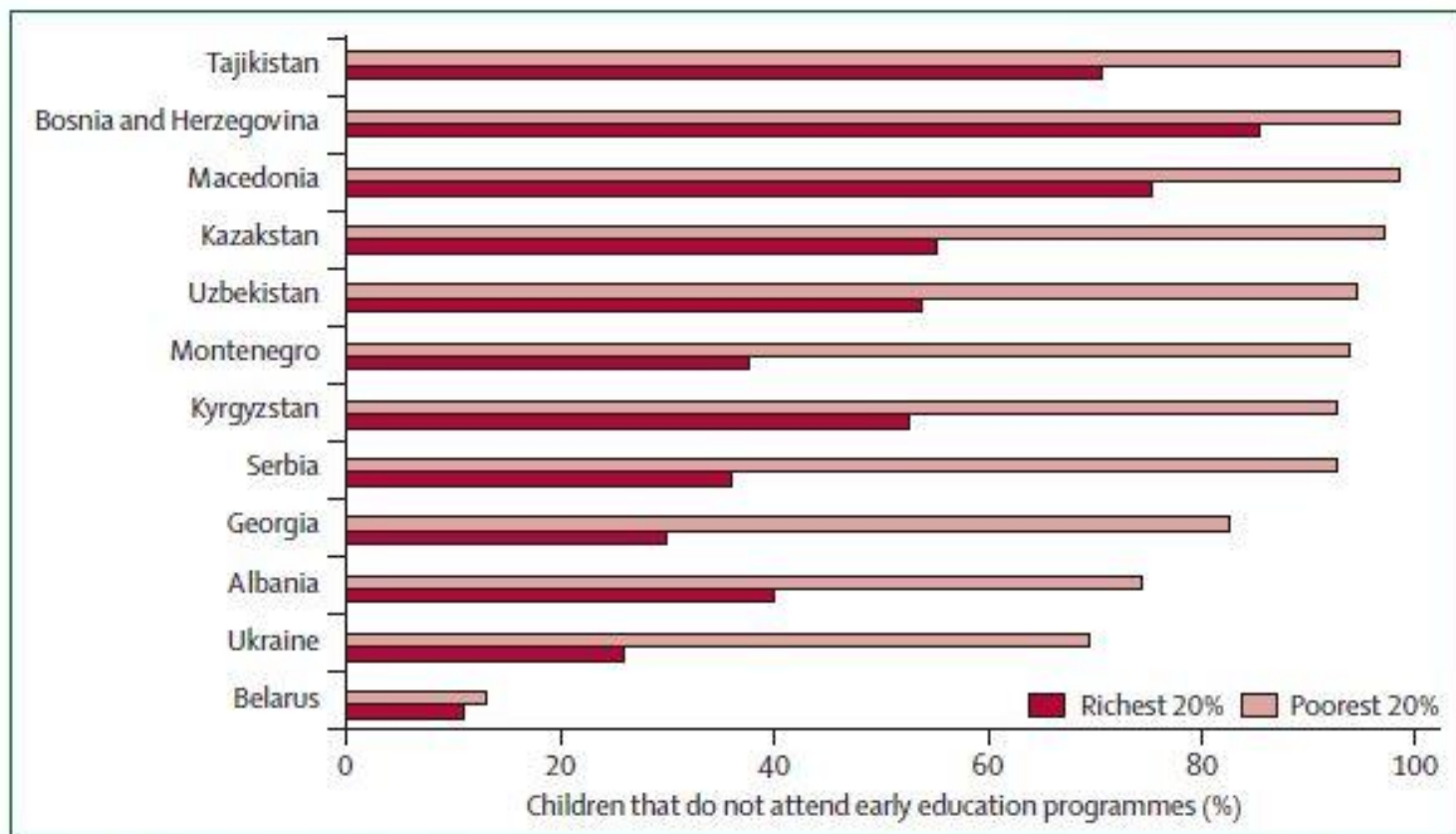


Figure 5: Children aged 3–5 years that do not attend any form of early education programme in selected Commonwealth of independent states and central and eastern European countries
 Data from MICS database.⁷

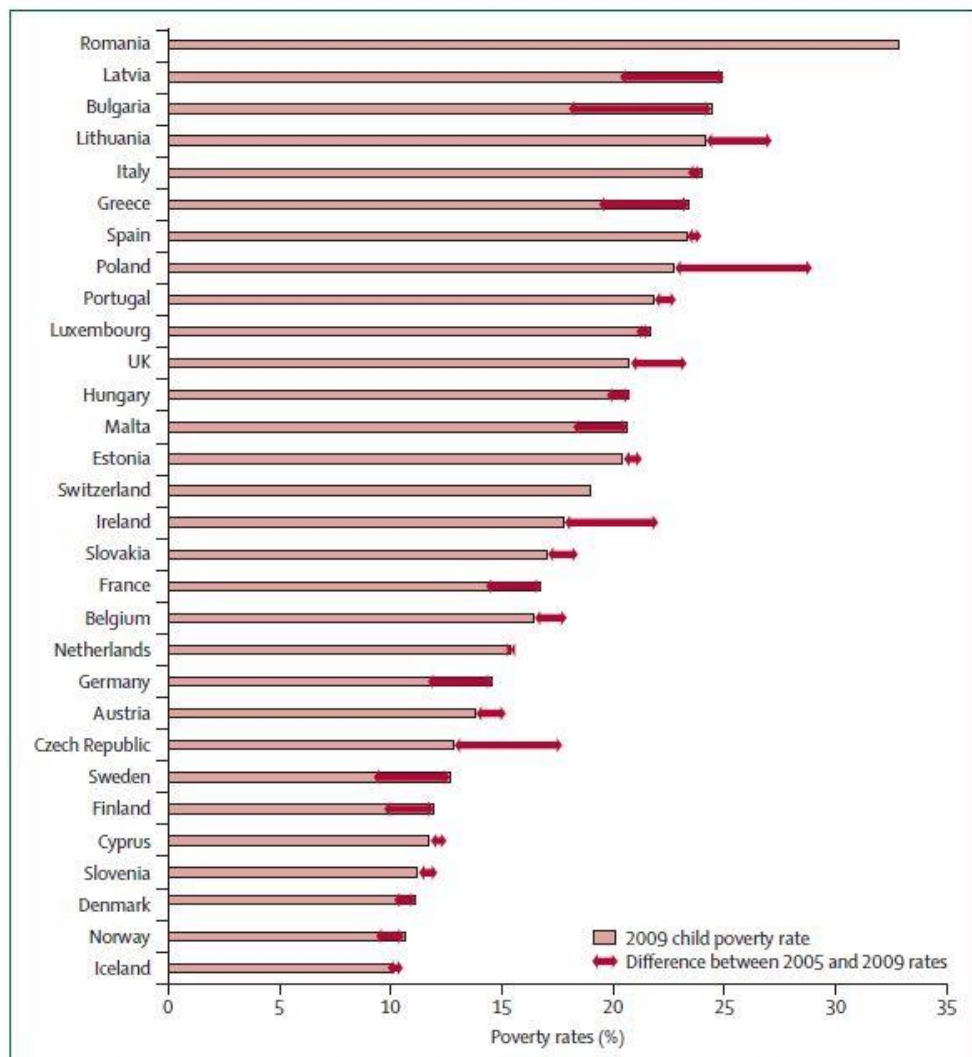


Figure 6: Child poverty rates in selected European countries in 2009 and change since 2005

Analysis of Eurostat database.²⁰ Reproduced with permission of Bradshaw J (University of York, York, UK, personal communication). Solid bars represent the 2009 child poverty rate, defined as the percentage of children living in families under 60% of median income. Where arrows are to the right of the bars, this indicates that poverty rates fell between 2005 and 2009. Where arrows are to the left of the end of the bar, poverty rates increased between 2005 and 2009.

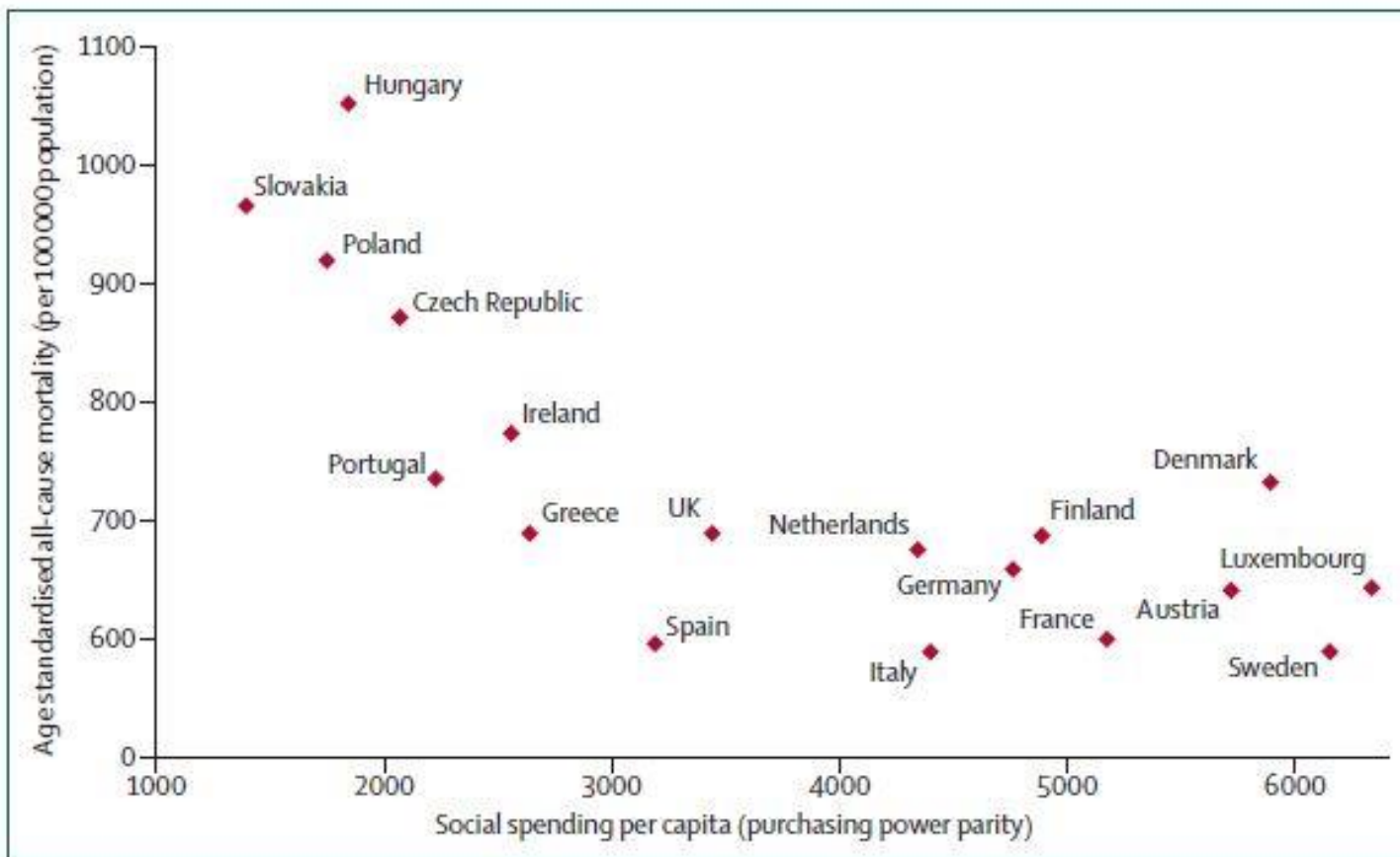
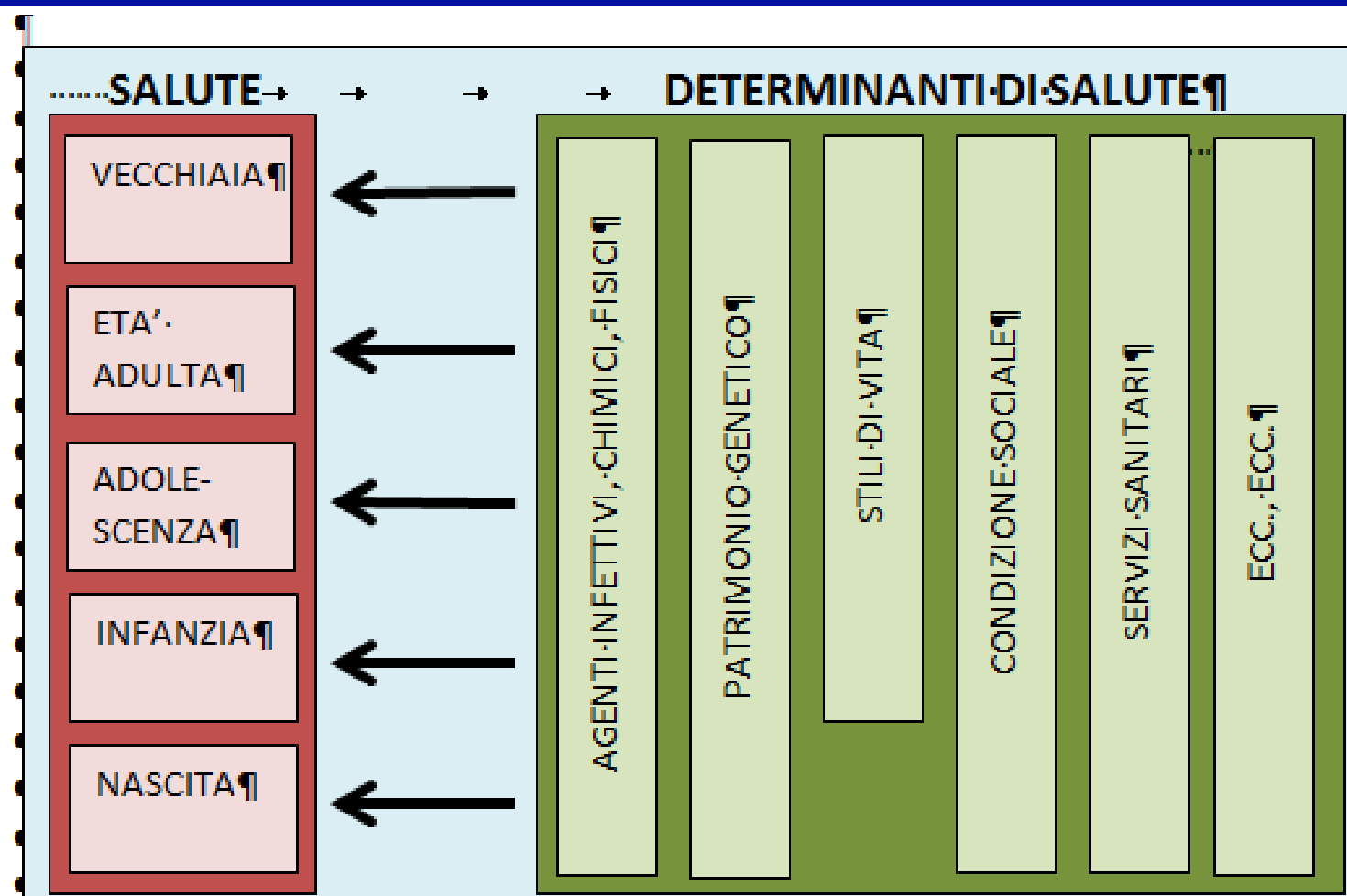
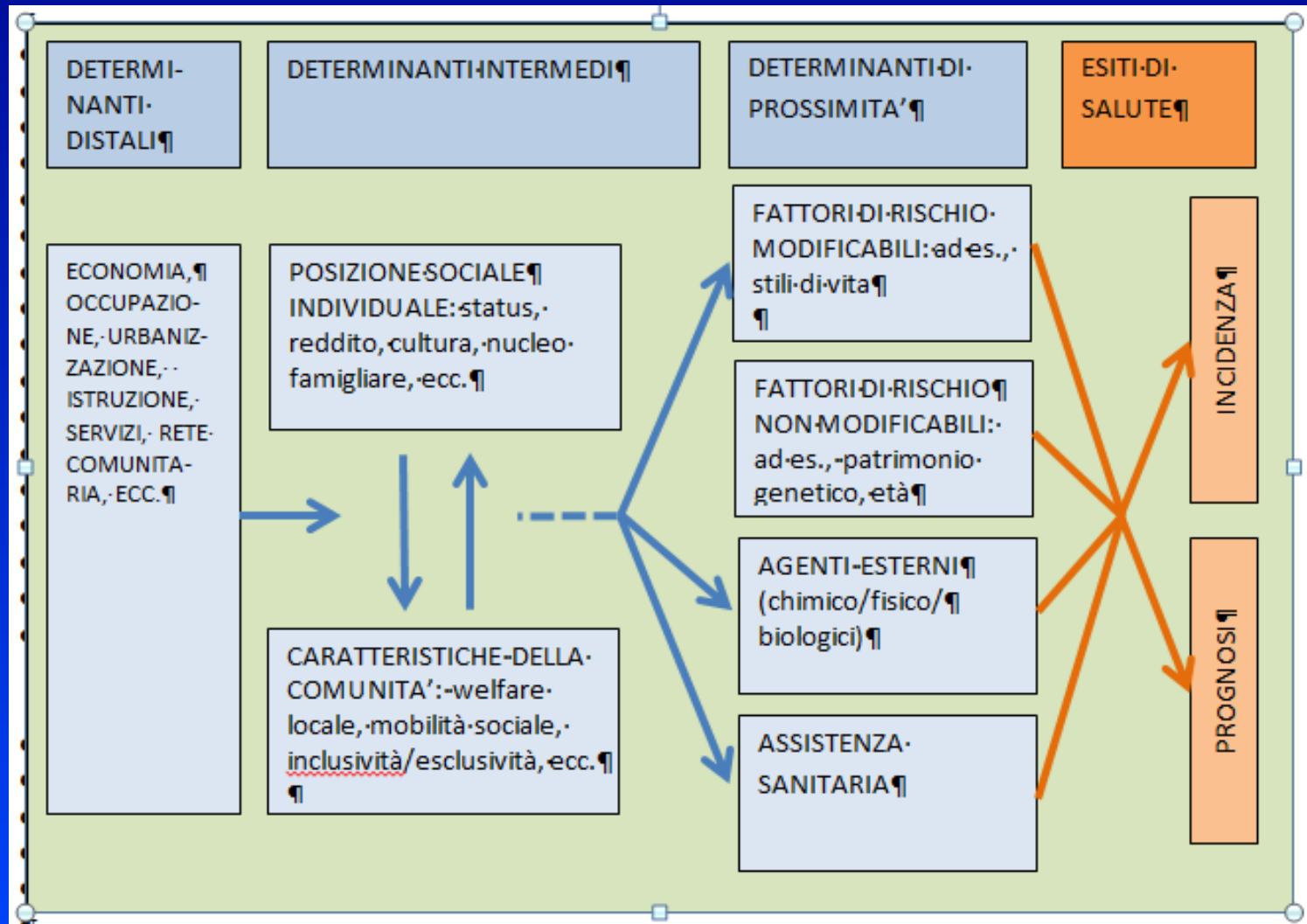


Figure 11: Social welfare spending and all-cause mortality in 18 European countries, 2000
 Reproduced with permission from Stuckler D and colleagues.¹⁶

Lo stare bene di una persona dipende, infatti, da un numero consistente di fattori. La sottostante figura sintetizza al massimo i rapporti tra salute e i suoi principali determinanti.



Il meccanismo generale di generazione delle diseguaglianze è illustrato, invece, nella figura seguente.



Sostanzialmente, i determinanti di contesto (gli effetti delle politiche generali) e i determinanti sociali (sia individuali che quelli interni alla comunità dove l'individuo vive) sono in grado di influire sui determinanti di prossimità della salute (eccezion fatta per i fattori di rischio non modificabili). Qualche esempio, fin troppo intuitivo: alcune patologie legate a particolari stili di vita sono più frequenti nei gruppi sociali a minore istruzione e reddito; una buona capacità di spesa consente di ricorrere all'assistenza privata, ad esempio, per anticipare una diagnosi o un trattamento; ecc., ecc.

In ogni caso, una volta che un determinante di prossimità agisce, si possono avere due esiti:

- nessuna ripercussione negativa sullo stato di salute;
- una ripercussione negativa sullo stato di salute (come, tipicamente, è uno stato di malattia).

Dal punto di vista epidemiologico, per la misura della malattia (o meglio – per quel che qui si discute – per la misura della diseguaglianza di salute che si è generata) si utilizzano due indicatori: l'incidenza (vale a dire i nuovi casi di malattia) e la prevalenza (vale a dire i casi totali di malattia, che, a loro volta, spesso stanno ad indicare l'evoluzione prognostica della malattia) che vengono stratificate rispetto ad alcune variabili.

Se questo è l'inquadramento teorico delle diseguaglianze di salute, ora è il caso di offrire qualche dato che le dimensioni.

A fine 2013, l'Istat ha prodotto un rapporto [<http://www.istat.it/it/archivio/108565>] che ha cercato di legare lo stato di salute della popolazione all'attuale congiuntura di crisi.

Di seguito se ne riportano testualmente le evidenze più interessanti.

AUMENTANO LE DISUGUAGLIANZE SOCIALI NELLA SALUTE TRA GLI ANZIANI: LE PERSONE OVER 65 CON RISORSE ECONOMICHE SCARSE O INSUFFICIENTI CHE DICHIARANO DI STARE MALE O MOLTO MALE SONO IL 30,2% (28,6% NEL 2005) CONTRO IL 14,8% DEGLI ANZIANI CON RISORSE OTTIME O ADEGUATE (16,5% NEL 2005). IN PARTICOLARE GLI ANZIANI DEL SUD SONO IL GRUPPO DI POPOLAZIONE PIÙ VULNERABILE.

AUMENTANO ANCHE LE DISUGUAGLIANZE TERRITORIALI. NEL SUD LE CONDIZIONI DI SALUTE PEGGIORANO RISPETTO AL 2005: CRESCE INFATTI, DAL 13,2% AL 15,5%, LA QUOTA DI MULTICRONICI (IN PARTICOLARE FRA LE DONNE).

PEGGIORA INOLTRE LA PERCEZIONE DELLO STATO DI SALUTE PSICOLOGICO. L'INDICE, CONTROLLATO PER ETÀ, PASSA DAL 49,6 DEL 2005 AL 48,8 DEL 2012; DIMINUISCE IN PARTICOLARE TRA GLI ADULTI DI 45-54 ANNI, I RESIDENTI AL SUD E LE DONNE TRA 45 E 64 ANNI CHE CERCANO DI ENTRARE NEL MERCATO DEL LAVORO.

LE VISITE ODONTOIATRICHE SI RIDUCONO DEL 23%. IL 14,3% DELLE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ VI HA RINUNCIATO NELL'ULTIMO ANNO PUR AVENDONE BISOGNO E, FRA QUESTE, L'85% LO HA FATTO PER MOTIVI ECONOMICI. DIMINUISCONO LIEVEMENTE LE VISITE DIETOLOGICHE.

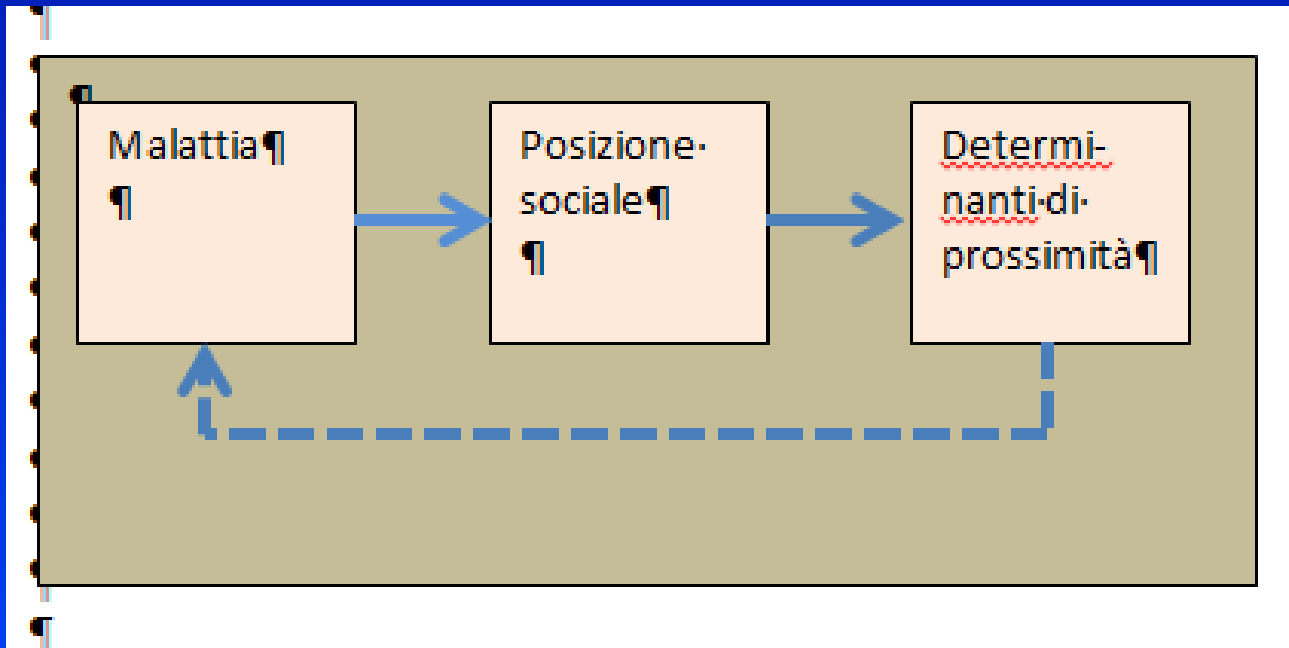
La sintesi è che:

A FRONTE DI UNA SOSTANZIALE TENUTA DEI LIVELLI DI ASSISTENZA, NEL 2012 L'11,1% DELLA POPOLAZIONE HA DICHIARATO DI AVER RINUNCIATO AD ALMENO UNA PRESTAZIONE SANITARIA EROGABILE DAL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (SSN), PUR RITENENDO DI AVERNE BISOGNO. OLTRE UNA PERSONA SU DUE RINUNCIA PER MOTIVI ECONOMICI E CIRCA UNA SU TRE PER MOTIVI DI OFFERTA.

Il quadro dipinto dal rapporto Istat conferma una volta ancora che i determinanti economici e sociali influiscono grandemente sullo stato di salute dell'individuo e della popolazione, ma ci sono ancora due altri elementi da considerare.

Il primo elemento è intuitivo e risiede nel fatto che ogni volta che si osserva una diseguaglianza di salute, probabilmente si stà osservando un circolo vizioso.

La malattia, infatti, può influire sulla posizione sociale dell'ammalato (perché, se cronica o invalidante, ne potrebbe far diminuire il reddito, per esempio) e quest'ultima condizione può, a sua volta, agire sui determinanti di prossimità di malattia.



Il secondo elemento fa, invece, riferimento alle abituali prassi operative dei servizi sanitari (e, in misura minore, sociali) che sono ancora legate ad una visione che si usa definire ospedalocentrica, nel senso che i servizi territoriali od ospedalieri si prendono carico di un bisogno di salute soltanto quando esso si esprime sotto forma di domanda.

Esiste, invece, una consistente quota di popolazione estremamente “fragile” che non riesce – proprio a motivo della sua marcata fragilità - a costituirsi sotto forma di domanda e che perciò rischia di veder conosciuti in ritardo o non conosciuti affatto dai servizi i propri problemi di salute.

Questa quota di popolazione rappresenta la periferia della periferia della fragilità.

Questo rilievo pone, allora, la questione di una revisione del sistema di offerta dal momento che, prima di tutto, lo stare bene è promozione della salute e prevenzione delle malattie e, poi, anche e soprattutto perché il carattere dell'universalità di accesso - che è uno dei pilastri del nostro *welfare* - dovrebbe essere capace di offrire una "presa in carico" coordinata, coniugando la selezione dell'intervento con la sua personalizzazione.

Se è vero che fino a qualche tempo fa la famiglia è stata in grado, con il suo lavoro informale, di surrogare la pigrizia dei servizi, è altrettanto vero che, oggi, la famiglia sta vivendo dei cambiamenti strutturali evidenti in direzione di un rapido processo di “assottigliamento” o nuclearizzazione che dir si voglia

Le trasformazioni che ne hanno modificato i tratti - e che hanno investito la società nel suo complesso - si riflettono, infatti, anche sulle reti familiari e di solidarietà.

Sostanzialmente, si sta assistendo ad una trasformazione delle possibilità e della direzione dei flussi di aiuto tant'è che cominciano a manifestarsi segnali di crisi, soprattutto per quanto riguarda la capacità dei *caregiver* tradizionali di far fronte alle domande di assistenza provenienti da particolari fasce di popolazione e, in special modo, degli anziani.

CONCLUSIONI

- La fragilità – a motivo di una condizione sanitaria e/o sociale e/o semplicemente demografica - è un mondo in espansione.
- La fragilità di una persona ha, comunque, diretti riflessi sul suo stato di salute, in termini di generazione di una diseguaglianza. In Italia, come ovunque, si osserva, infatti, un marcato gradiente sociale correlato alla salute: a ogni livello della posizione sociale misurata, chi sta in posizione più avvantaggiata presenta un profilo di salute migliore rispetto a chi sta in una posizione più svantaggiata. Tale svantaggio è stato documentato per una vastissima gamma di indicatori di salute, in entrambi i sessi, per tutte le classi di età, e per diversi indicatori sociali (classe, occupazione, istruzione, risorse economiche, condizioni abitative e contesto).

CONCLUSIONI

- Si parla spesso di servizi sociali e sanitari come dei nodi della rete del welfare. La rete, per essere tale, deve però rispondere a due requisiti non negoziabili: il primo, è che essa non deve presentare soluzioni di continuità e, il secondo, è che la permanenza della persona nei singoli nodi deve essere in funzione del suo effettivo stato (con tutto ciò che a cascata viene, ad esempio, in tema di istituzionalizzazione).
- Molto certamente è stato fatto e si fa, nel nostro Paese, per assicurare una adeguata assistenza alle persone fragili e per migliorare la loro qualità di vita, ma molto c'è ancora da fare. Parafrasando un documento della diocesi di Modena e Nonantola sulla fragilità si potrebbe dire che *soltanto una cultura che sa dar conto di tutti gli aspetti dell'esistenza è una cultura davvero a misura d'uomo*. Soltanto insegnando e praticando l'accoglienza del nascituro e del bambino, la cura del malato, il soccorso al povero, l'ospitalità dell'abbandonato, dell'emarginato, dell'immigrato, la visita al carcerato, l'assistenza all'incurabile, la protezione dell'anziano, *la Società è davvero "maestra d'umanità"*.