

Crisi sociale, povertà ed health literacy

Giancarlo Biasini
Direttore di *Quaderni acp*

Parole chiave Crisi sociale. Povertà. Health literacy

Quali possono essere le conseguenze della crisi economica in atto sulla salute delle popolazioni, e in particolare sui soggetti più deboli, tra i quali donne e bambini dei Paesi poveri, ma anche donne e bambini poveri dei Paesi ricchi? Margaret Chan, direttore generale dell'OMS, è dell'opinione che, mentre i governi si scambiano opinioni sugli incentivi e disincentivi fiscali, non hanno ancora riflettuto abbastanza su queste possibili conseguenze.

Secondo un recente modello di studio (Lancet 2009;373:399) il riflesso sulla salute delle grandi crisi economiche è principalmente legato all'aumento della disoccupazione. Anche se con non sufficiente documentazione, questo legame sembra essere stato documentato nella crisi del '29, specialmente in USA, e successivamente nella crisi che ha colpito i Paesi dell'Europa orientale dopo la caduta dei regimi comunisti. In questi ultimi ciò che più impressiona è che è fortemente aumentata la mortalità in una popolazione che di solito non risente rapidamente dei cambiamenti sociali. L'aumento della mortalità in età lavorativa (19-55 anni) è stato del 12,8% dal 1989 al 2002; era stato addirittura del 17,8% dal 1992 al 1994, cioè nel periodo più acuto della crisi sociale. Certamente, su questi dati, possono gravare cause di errore come la scarsa attendibilità delle precedenti statistiche e le modifiche delle classificazioni; ma rimane un dato che impressiona.

Negli USA Kate Strully, del Dipartimento di Sociologia della Università di New York (Ilsole24OreSanità 2009;26.5/1/6:12), ha esaminato separatamente, per categorie professionali, i dati del US Panel Study of Income Dynamics, un grande studio che rappresenta la popola-

zione nazionale americana seguita fin dal 1968 in un campione di famiglie. Sono state considerate più di 800 persone (professionisti, manager, commercianti, artigiani, operatori di macchine, lavoratori non specializzati): sono state intervistate tre volte prima ancora che si manifestasse il clima di incertezza di oggi, negli anni 1999-2001-2003.

Già allora la perdita del lavoro, pur rimanendo un fatto "privato", e non rinforzato dalla paura di una crisi generale, comprometteva la salute. Nel corso di un anno e mezzo il 10% di coloro che sono rimasti disoccupati per cause inerenti a una crisi della loro sede di lavoro ha sviluppato diabete, ipertensione, cardiopatie; al contrario, fra coloro che continuavano a lavorare, e con le stesse caratteristiche professionali, si ammalava solo il 6%. Una delle spiegazioni possibili è il cambiamento dello stile di vita legato alla disoccupazione: il disoccupato si muove di meno, tende a bere e mangiare di più, se fumatore fuma di più. Recenti immagini televisive di manager disoccupati e ricoverati in tende ci danno l'idea di questa condizione.

La disoccupazione è un evento sicuro nell'attuale crisi: nella UE i livelli sono già al 10%. In Italia questo valore potrebbe salire, nel corso del 2009, oltre il 10%, secondo il governatore della Banca d'Italia (Relazione del 29.05.09), per la "mortalità", per problemi di credito, delle piccole aziende, che occupano circa due milioni di lavoratori.

È intuitivo che una situazione di preesistente povertà non può che aggravare gli effetti della crisi attuale. Secondo i dati ISTAT, di recente presentati al CNEL, in Italia l'incidenza di minori in povertà è del 25%. È un valore uguale a quello della Romania ed è il più alto in Europa. Seguono la Polonia e la Spagna (24%), la



Harper'Weekly 25.2.1881. I capitalisti fanno affari mentre la morte ghermisce i bambini.

Grecia e il Regno Unito (23%). "Il problema della povertà dei minori nel nostro Paese è serissimo", ha commentato Lina Laura Sabbadini, direttore centrale dell'ISTAT. La stretta connessione bidirezionale tra salute ed economia e le evidenze sulle conseguenze sia negative che positive, per la salute e lo sviluppo dei bambini di quanto avviene nei primi anni di vita, dovrebbero suggerire una preoccupazione più intensa rispetto al passato rivolta alla parte più fragile della popolazione, a favore della quale persistono scarsissimi investimenti, sia in cash che in servizi. Ci siamo tanto spesso occupati di questo argomento che non ci torneremo. Un rischio suppletivo per la salute riguarda le persone con basso titolo di studio e in aree di profondo stress sociale, in una parola in popolazioni vulnerabili a maggior rischio di disoccupazione e con scarsi strumenti educativi e culturali per far fronte alle maggiori difficoltà: oggi si dice con una bassa health literacy.

Negli ultimi tempi, infatti, l'attenzione si è focalizzata sulla capacità delle persone di ottenere e utilizzare informazioni sui servizi sanitari in modo da essere in grado di assumere, poi, decisioni appropriate al bisogno di salute. Questa capacità viene appunto definita health literacy e correla fortemente con le abilità generali di literacy (Sanders et al. Arch Pediatr Adolesc Med 2009;163:131-140) che noi traduciamo grossolanamente con alfabetizzazione; anche se va detto che la relazione non è assoluta, in quanto non pochi adulti hanno livelli di istruzione elevati ma una health literacy non corrispondente. Affrontiamo questo specifico argomento a pagina 151. ♦

Per corrispondenza:

Giancarlo Biasini

e-mail: giancarlo.biasini@fastwebnet.it

editoriale