

9. Salute e crisi economica in Portogallo: uno studio pilota esplorativo

di Alexandra Ferreira-Valente e Laura Coelho¹

9.1 Economia, disuguaglianze e salute in tempi di crisi economica

La salute è uno stato di completo benessere influenzato da un ampio spettro di variabili bio-psico-sociali e non una semplice assenza di malattia. Tra i fattori determinanti che maggiormente influenzano la salute individuale dovrebbero essere prese in considerazione le conseguenze della attuale crisi economica che investono soprattutto i Paesi del Sud Europa (fra cui la Grecia, il Portogallo, la Spagna e l'Italia). Infatti, i report recenti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) riguardanti l'impatto dell'attuale crisi economica, così come le ricerche attuali di altri studiosi, sottolineano la potenziale influenza dei fattori socio economici sulla salute degli individui (WHO 2009, 2011; Ebner 2010; Karanikolos *et al.* 2013; Notara *et al.* 2013; Thomson *et al.* 2013).

In particolare, la deprivazione economica, la disoccupazione e l'eccessivo indebitamento sono stati associati al peggioramento delle condizioni generali della salute delle classi meno ambienti e, soprattutto, di quella mentale. Inoltre, con la crescita progressiva dello stato di crisi economica, si è acuita la disuguaglianza nel campo del trattamento della salute tra i paesi europei, così come all'interno dei distinti contesti regionali delle diverse nazioni (Ebner 2010; Bekhouche *et al.* 2013). Tra i fattori determinanti troviamo alcune variabili di contesto, fra le quali ci sembra opportuno annoverare le condizioni ambientali, di lavoro e di abitazione, i livelli di reddito, lo stile di vita, il livello di scolarità e lo stato sociale nel suo complesso. Inoltre, fattori incidentali come disoccupazione, insicurezza lavorativa (e/o l'ansia derivante dalla paura di essere licenziati), i crescenti debiti che gravano su molte famiglie unitamente ai rischi di pignoramento, così come i bassi redditi incidono notevolmente sul diffondersi sia di problemi di natura psicologica (depressione, ansia e suicidi) che delle loro conseguenze di natura fisica (si pensi, a tal proposito alla crescita dei tassi di

¹ Alexandra Ferreira-Valente ha scritto i paragrafi 1. e 2.; Lina Coelho il paragrafo 3.

mortalità dovuti al consumo di alcol, di sostanze psico-attive ecc.) (Karaniolos *et al.* 2013; Notara *et al.* 2013; Thomson *et al.* 2013).

Seppure tali effetti possono essere mitigati da un adeguato sistema di protezione sociale (Karaniolos *et al.* 2013), le crisi economiche hanno fra gli effetti più frequenti il taglio sulle spese per la salute e per il *welfare*. Anche se alcuni degli effetti della crisi economica globale potranno essere osservati solo dopo alcuni anni dal suo inizio, ci si attende, soprattutto nei Paesi del sud d'Europa un impatto negativo sulla salute degli individui in termini di progressiva diffusione di problemi sullo stato complessivo di salute fisica e mentale della popolazione (Karaniolos *et al.* 2013; De Vogli 2013).

Alcune evidenze riguardanti l'impatto di questa crisi economica sulla salute, concettualizza con la maggiore o minore presenza/assenza della malattia, sono già state analizzate. Vi è tuttavia una conoscenza limitata sul suo impatto sulla salute come stato di completo benessere, così come recentemente indicato dall'OMS. Contemporaneamente, i dati che riguardano l'impatto della crisi sulla salute mentale e fisica nei Paesi del Sud Europa, e in Portogallo in particolare, non sono ancora disponibili.

A tal riguardo è da sottolineare il contributo di Santos e del suo gruppo di ricercatori (Santos *et al.* 2013) che, a partire dai dati dell'*European Social Survey*, ha evidenziato gli effetti della crisi economica globale sullo stato benessere degli europei e dei cittadini portoghesi in specifico, sulla loro felicità e soddisfazione generale.

9.2 Il caso portoghese: dati di uno studio preliminare²

L'Europa mediterranea ha delle specificità socio-economiche che possono essere considerate come variabili importanti nell'analisi del livello generale di salute. A partire da questa premessa, abbiamo considerato utile valutare il livello di salute delle donne portoghesi che, nella maggioranza, uniscono l'attività lavorativa a tempo pieno (Lewis 2012) alle responsabilità familiari e genitoriali. In realtà, disuguaglianze di genere all'interno dei nuclei familiari riguardanti la suddivisione dei lavori casalinghi rimangono tutt'oggi (Bekjouche *et al.* 2013; Torres *et al.* 2005) e possono spiegare il maggiore stress psico-fisico delle donne a confronto di quello dei loro partner³. La

² Questo studio è stato condotto grazie al supporto della Portuguese Foundation for Science and Technology, nell'ambito del progetto "Finances, Gender and Power: how are the Portuguese Families managing their finances in the context of economic crisis?" (PTDC/IVC-SOC/4823/2012 – FCOMP-01-0124-FEDER-029372).

³ Il Portogallo è il Paese EU dove le differenze salariali tra i generi sono cresciute maggiormente negli anni tra il 2010 e il 2013. Negli stessi anni il Portogallo è sceso dalla 32° alla 51° posizione nel *Global Gender Gap Index rank*.

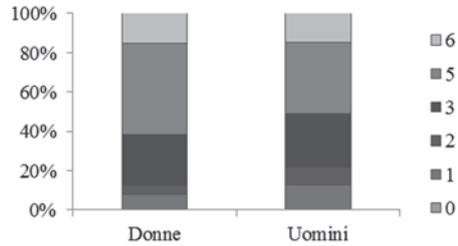
conciliazione dei tempi, nell'intrecciarsi fra responsabilità lavorative e pressanti impegni familiari, diviene un problema non solo sul piano delle politiche sociali ma, per le ricadute sulla salute delle donne, un problema socio-sanitario.

Il Portogallo è, perciò, un caso particolare che merita l'attenzione dei ricercatori. In questo saggio presentiamo i risultati preliminari di una ricerca nazionale focalizzata sulle coppie Portoghesi tra i 30 ed i 50 anni di età che si pone l'obiettivo di tracciare un quadro dei diritti di genere e della gestione dell'economia familiare all'interno delle coppie Portoghesi in tempo di crisi. Intendiamo descrivere la percezione dello stato di salute da parte di uomini e donne sposati e conviventi e confrontarle con la salute media rilevata nell'anno 2005. Intendiamo inoltre comprendere la relazione tra le differenze di genere nella percezione di salute fisica/mentale e le variabili socio-economiche, le variabili associate al mercato di lavoro e le disuguaglianze di genere nella divisione della gestione domestica.

In questo studio abbiamo preso in esame un campione di 774 portoghesi eterosessuali sposati o conviventi, con almeno un figlio a carico. Ai partecipanti è stato chiesto di rispondere ad un questionario costituito da 54 domande chiuse o semi-chiuse su informazioni socio-demografiche, professionali ed economiche. I partecipanti hanno inoltre fornito informazioni riguardanti le modalità della gestione economica familiare e le strategie usate per affrontare le conseguenze dell'impatto della crisi economica sulle diverse dimensioni della vita. In aggiunta, diverse domande hanno valutato la divisione dei lavori casalinghi tra i partner e gli altri membri del nucleo familiare. La percezione della salute degli individui è stata rilevata utilizzando la versione Portoghese dell'SF-8 (Pais-Ribeiro 2005). L'SF-8 è una versione più breve del questionario sulla salute SF-36 che fornisce punteggi sintetici in grado di misurare la percezione della salute fisica (PCS) e mentale (MCS). Entrambi i punteggi possono totalizzare da 0 a 100 punti, dove il punteggio più alto indica una condizione di salute migliore. Il questionario è stato reso disponibile on-line ed in versione cartacea con il proposito di raggiungere un ampio spettro di partecipanti in tutto il paese.

Circa il 68% dei partecipanti erano donne con un'età media di 40 anni, i partecipanti di sesso maschile (251) avevano un'età media di 42 anni. La maggior parte dei partecipanti erano sposati (79%), mentre gli altri convivevano con o senza un vero e proprio riconoscimento legale. Il livello di scolarità del campione è relativamente elevato, con la maggioranza di donne e uomini in possesso almeno di una laurea di primo livello (64% delle donne e 57% degli uomini) (vedi Figura 1). La maggioranza dei partecipanti erano lavoratori a tempo pieno (l'81% delle donne e l'89% degli uomini), mentre solo un gruppo minore di 35 donne e 9 uomini risultavano disoccupati o casalinghe.

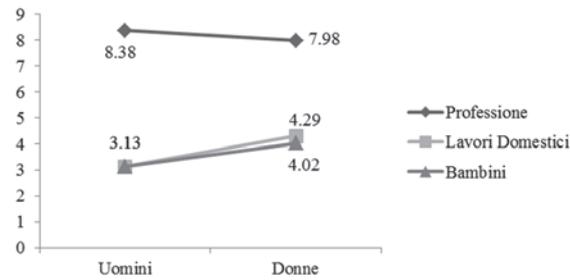
Fig. 1 – Livello di scolarità dei partecipanti secondo la classificazione ISCED-1997



Nota: “ISCED-1997” = International Standard Classification of Education, secondo la classificazione 1997, dove il livello 3 e il livello 4 sono considerati insieme.

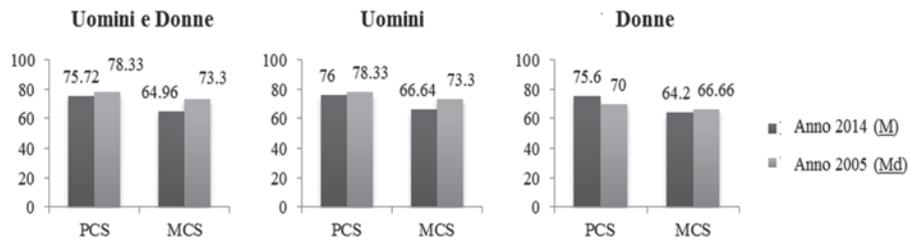
In media, sia uomini che le donne dedicavano alla propria professione uno stesso numero di ore, mentre le donne dedicavano più ore degli uomini all’attività domestica e alla cura dei figli (Figura 2).

Fig. 2 – Numero medio di ore giornaliere dedicate alla professione, ai lavori domestici e alla cura dei bambini



La Figura 3 e la Tabella 1 sintetizzano le statistiche descrittive per le variabili dello studio, così come dei coefficienti di correlazione.

Fig. 3 – Percezione della condizione di salute fisica e mentale di uomini e donne nel 2005 e nel 2014



Nota: “PCS” = SF-8 Physical Component Summary; “MCS” = SF-8 Mental Component Summary.

Tab. 1 – Statistiche descrittive e coefficienti di correlazione

	%	Medie		Rho de Spearman	
		PCS	MCS	PCS	MCS
Redditi Familiari				0.16***	n.s.
< 700€	7.8	-	-	-	-
701 – 1400€	31.5	-	-	-	-
1401 – 2500€	37.1	-	-	-	-
2501 – 3500€	14.6	-	-	-	-
3501 – 5000€	7.8	-	-	-	-
> 5001€	1.3	-	-	-	-
Capacità di spesa personale (% dei Redditi Familiari)				0.15***	n.s.
None	41.4	-	-	-	-
< 10%	28.6	-	-	-	-
10 – 30%	18.5	-	-	-	-
30 – 50%	6.9	-	-	-	-
50 – 70%	3.8	-	-	-	-
> 70%	0.8	-	-	-	-
Status Professionale					
Full-time	-	76.4	64.9	-	-
Part-time	-	71	64.5	-	-
Disoccupato/Casalinga	-	68	65.9	-	-
Altro	-	78.2	65.4	-	-
Education level				0.21***	n.s.
Impegno lavorativo (Ore al Giorno)				n.s.	n.s.
Lavori Domestici (Ore al Giorno)				-0.11**	-
					0.07*
					*
Bambini (Ore al Giorno)				n.s.	n.s.

Nota: * $p < 0.10$; ** $p < 0.05$; *** $p < 0.001$; “PCS” = SF-8 Physical Component Summary; “MCS” = SF-8 Mental Component Summary.

Come evidenziano i dati sopraindicati, i partecipanti hanno riferito di avere una salute fisica migliore di quella mentale. Inoltre, sebbene sia una differenza minima, gli uomini hanno riferito di avere migliore salute mentale delle donne ($t_{[758]}=1.92$, $p=0.05$, $d=0.14$). La percezione della salute fisica e mentale dei partecipanti è, in media, peggiore rispetto alla percezione mediana della salute della popolazione sana del Portogallo nel 2005 (PCS: $t_{[752]}=-3.64$, $p=0.000$, $d=-0.27$; MCS: $t_{[759]}=-14.96$, $p=0.000$, $d=-1.09$). Sia le donne che gli uomini del nostro campione hanno una salute mentale peggiore della loro controparte del 2005 in misura statisticamente significativa (Uomini: $t_{[246]}=-6.99$, $p=0.000$, $d=-0.89$; Donne: $t_{[512]}=-3.06$, $p=0.000$, $d=-0.27$). A differenza, le donne del nostro campione riportano una salute fisica migliore di quella delle loro controparti del 2005 ($t_{[505]}=6.36$, $p=0.000$, $d=0.57$). La PCS è significativamente peggiore per i partecipanti senza lavoro rispetto a quelli con un lavoro a tempo pieno o in altri status professionali ($F_{[3,783]}=2.71$, $p=0.03$, $\eta^2_p=0.01$; $\pi=0.41$). Ciò non di meno, il potere

statistico del test, così come la dimensione dell'effetto, sono limitati. Perciò cambiamenti nel campione potrebbero non confermare questo risultato in futuro.

La salute fisica dei partecipanti è anche correlata, in misura statisticamente significativa, con il reddito familiare, la spesa personale, il livello di scolarità e con il numero di ore giornaliere dedicate ai lavori domestici. D'altra parte, la salute mentale è correlata con il numero di ore giornaliere dedicate ai lavori domestici. In sintesi, gli individui che lavorano a tempo pieno o con altro status professionale, quelli con un alto livello di istruzione, quelli che guadagnano maggiori redditi e che hanno una maggiore capacità di spesa, tendono ad avere un migliore benessere fisico. Al contrario, i partecipanti disoccupati e coloro che dedicano un maggior numero di ore ai lavori domestici tendono a riportare peggiore salute, sia mentale che fisica.

9.3 Risultati in discussione: cosa impariamo dal caso portoghese?

I dati che abbiamo appena descritto sono in accordo con le previsioni dell'OMS (WHO 2011) e con la letteratura sociologica e socio-politica. In linea con alcuni studi portoghesi (Pais-Ribeiro 2005) che hanno temporalmente preceduto la nostra ricerca, gli uomini del nostro campione sembrano godere di un maggiore benessere mentale rispetto alle donne del nostro campione di riferimento. Anche in linea con le previsioni dell'OMS (WHO 2011; Thomson *et al.* 2013), il nostro campione ha riferito un benessere fisico e mentale peggiorato se confrontato con le loro controparti sane prima dell'inizio della crisi economica. Tuttavia, se da un lato sia gli uomini che le donne hanno evidenziato percentuali inferiori di salute mentale nel 2014 rispetto al 2005, non sembra invece che la salute fisica ne sia stata fino ad ora influenzata direttamente. Le ragioni per cui queste differenze sono osservate potrebbero non essere completamente comprese a partire da questi risultati. Tuttavia, è comunque possibile che la salute mentale possa essere influenzata dalle conseguenze della crisi economica e delle misure di austerità che il Portogallo sta tuttora affrontando. Ciò è anche suggerito da precedenti risultati che riguardano Spagna e Grecia. In questi paesi, come Thomson e suoi colleghi (2013) hanno sottolineato, questi risultati potrebbero suggerire che la salute mentale è infatti l'area più sensibile ai cambiamenti economici.

Nonostante, la salute fisica è correlazionata, nella direzione attesa, con lo status professionale, il reddito familiare, la capacità di spesa personale, il livello di scolarità e le ore giornaliere dedicate ai lavori domestici. A sua volta, la salute mentale è associata solamente con l'ultima di queste variabili: il numero di ore giornaliere dedicate ai lavori domestici. Questo *pattern*

di associazioni è in linea con risultati precedentemente rilevati (Ebner 2010; Karanikolos *et al.* 2013; Notara *et al.* 2013; Thomson *et al.* 2013), e potrebbe far luce su quali fattori possono spiegare il calo della salute mentale e fisica riferito dal nostro campione quando si fa il confronto con i risultati raccolti nel 2005. Allo stesso modo questa chiave di lettura potrebbe chiarire alcune delle differenze rilevate tra uomini e donne.

A tale proposito, possiamo solo avanzare delle spiegazioni speculative che richiedono ulteriori studi e ricerca futura. Da un lato, l'associazione tra la salute fisica e le variabili sopra descritte (dove i disoccupati/inoccupati riferiscono una percezione della propria salute peggiore degli occupati; i partecipanti con i redditi più bassi, minore capacità di spesa e minore educazione riferiscono una salute peggiore) sembra dimostrare l'esistenza di una influenza significativa della crisi sulla salute degli individui. Una crescita della disoccupazione, tagli ai salari e un generalizzato abbassamento dei redditi (e della capacità di spesa personale) sono infatti conseguenze dirette ed indirette della crisi che possono spiegare un abbassamento del livello di benessere della popolazione. Dall'altro, la correlazione negativa tra salute fisica e mentale e il numero di ore dedicate alle faccende domestiche, in una società ancora iniqua e tradizionale in termini di divisione dei lavori domestici (Torres *et al.* 2005), è una possibile spiegazione per le differenze rilevate tra uomini e donne riguardo la percezione di salute fisica e mentale. Poiché, come già previsto, le donne del nostro campione dedicano più ore degli uomini alle faccende domestiche e combinano lavori a tempo pieno con consistenti carichi orari dedicati alle loro famiglie, sembra sufficientemente dimostrata la nostra ipotesi: le ineguaglianze di genere all'interno del nucleo familiare riguardanti la divisione dei lavori domestici potrebbero essere associate a un maggiore logorio fisico e psicologico delle donne rispetto ai loro partner.

Tra i limiti dello studio presentato, che dovrebbero essere presi in considerazione quando si interpretano questi risultati, sono da annoverarsi quello relativo alla sua stessa struttura trasversale e alle possibili distorsioni del campione, **soprattutto** per quanto riguarda la scarsa presenza di disoccupati e il livello di scolarità medio evidenziato in maggioranza dagli intervistati. Per queste ragioni, tra altre, il nostro campione non è rappresentativo della popolazione portoghese tra i 30 e i 50 anni e potrebbe escludere i gruppi più vulnerabili della popolazione, i più direttamente investiti dalla crisi economica. Perciò, dovrebbe essere di ulteriore interesse l'ampliamento futuro di questo studio preliminare e esplorativo.

Riferimenti bibliografici

Bekhouche Y., Hausmann R., Tyson L., Zahidi S. (2013), *The global gender gap report 2013*, World Economic Forum, Geneva.

De Vogli R. (2013), *Financial crisis, austerity and health in Europe*, «The Lancet», n. 382, 391-392.

Ebner Y. (2010), «*The impact of the economic crisis on health inequalities*», AER background paper.

Karanikolos M., Mladovsky P., Cylus J., Thomson S., Basu S., Stuckler D., Mackenbach J., McKee M. (2013), *Financial crisis, austerity, and health in Europe*, «The Lancet», n. 381, pp. 1323-1331.

Lewis J. (2012), “Gender equality and work-family balance in a cross-national perspective”, in J. Scott, S. Dex, A. Plagnol, *Gendered lives: gender inequalities in production and reproduction*, Edward Elgar, Cheltenham, 206-224.

Notara V., Koulouridis K., Violatzis A., Vagka E. (2013), *Economic crisis and health. The role of health care professionals*, «Health Science Journal», n. 7, 149-154.

Pais-Ribeiro J. (2005), *The important is health: adaptation study of an instrument to assess health status perception*, Fundação Merck, Lisboa.

Santos A., Teles N., Matias R., Brown A., Spencer D. (2013), *FESSUD empirical report on cross-national comparative analysis of household financial behaviour: recent trends*, FESSUD project, Leeds.

Thomson S., Jowett M., Evetovits T., Jakab M., McKee M., Figueras J. (2013), *Health, health systems and economic crisis in Europe: impact and policy implications*, World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen.

Torres A., Silva F., Monteiro T., Cabrita M. (2005), *Men and women between family and work*, Direcção-Geral de Estudos, Estatística e Planeamento, Lisboa.

World Health Organization (2009), *The financial crisis and global health. Report of high level consultation*, WHO, Geneva.

World Health Organization (2011), *Impact of economic crises on mental health*, WHO, Copenhagen.