

SUMMARY

Editors: Giuseppe Costa,¹ Teresa Spadea²

Authors: Antonio Caiazzo,² Mario Cardano,³ Ester Cois,³ Giuseppe Costa,¹ Chiara Marinacci,² Teresa Spadea,² Francesca Vannoni,³ Lorenzo Venturini³

¹ Dipartimento di sanità pubblica e microbiologia, Università di Torino

² Servizio regionale di epidemiologia, ASL 5, Grugliasco (TO)

³ Dipartimento di scienze sociali, Università di Torino

Corrispondenza: Giuseppe Costa, Servizio regionale di epidemiologia, ASL 5, via Sabaudia 164, 10093 Grugliasco (TO), Italy
e-mail: giuseppe.costa@epi.piemonte.it

Socioeconomic inequality and its impact on health is a growing concern in the European public health debate. In many countries, the issue is moving away from description towards the identification of the determinants of inequalities and the development of policies explicitly aimed at reducing inequalities in health.¹ In Italy, ten years after the publication of the first report on inequalities in health,² this topic is seldom present on the agenda of public policy makers.³ The purpose of this report is to update the Italian profile of social variation in health and health care in order to stimulate the debate on ways to tackle inequalities in health that are preventable.

In the first section of this book, the threefold objective is to describe the principal mechanisms involved in the generation of social inequalities in health (Introduction); to report Italian data on the distribution and magnitude of this phenomenon in the last decade; and to evaluate policies

and interventions in both the social (chapter 1.9, Section I) and the health sector (chapter 2.3, Section I), which are potentially useful to reduce health inequalities. It is intended for anyone who is in a position to contribute to decision-making that will benefit the health of communities. For this reason, chapters are organized by specific determinants of inequalities⁴ on which interventions may have an impact.

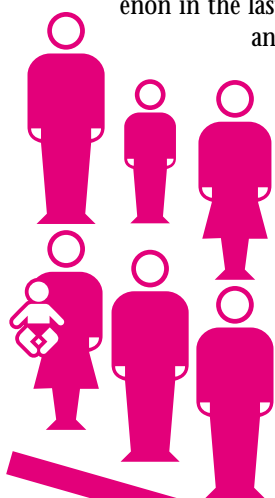
The methodological approach in the second section focuses on

the best methods to monitor social inequalities including recommendations on social indicators, sources of information and study models, based on European guidelines revised for the Italian situation.⁵

According to data from national and local studies, mortality increases linearly with social disadvantage for a wide range of indicators at both the individual (education, social class, income, quality of housing) and the geographical level (deprivation indexes computed at different levels of aggregation). This positive correlation is evident for both sexes, with the steepest gradient observed among adults of working age, although differences persist also among the elderly. The causes of death found to be most highly correlated with social inequality, and largely responsible for the increasing inequality over the last decade, are those associated with addiction and exclusion (drug, alcohol and violence related deaths), with smoking (lung cancer) and with safety in the workplace and on the roads (accidents). Similar gradients and trends have been observed with different outcomes, such as self-reported morbidity, disability and cancer incidence (chapter 1.1, Section I).

Reproductive outcomes confirm this picture: compared to women belonging to the upper classes, those women in low socioeconomic conditions experience more spontaneous abortions and their children suffer from higher infant mortality and low birth weight. This is a critical issue since poor infant health, particularly for metabolic and respiratory pathologies, affects health in adult life. There is now substantive evidence showing that also socio-economic circumstances at birth or during adolescence

may have a strong impact on adult health (chapter 1.2, Section I). Differences in harmful lifestyles, such as smoking, heavy drinking, drug use, unhealthy diet, obesity and physical inactivity, have a similar effect. The



only exception is smoking among women, which is positively correlated with socioeconomic status; however, since women in the upper classes have a greater tendency to quit smoking, the gradient will soon be reversed (chapter 1.7, Section I).

On the other hand, most of these behaviours do not follow from free and conscious individual choice; they are a form of adaptation to chronic stress originating in the workplace (chapter 1.4, Section I), or to particularly unfavourable events and conditions, such as unemployment (chapter 1.5, Section I) or lack of family and social support (chapter 1.6, Section I).

Poor socioeconomic circumstances are the threshold of absolute poverty and may lead to social exclusion, a condition with a heavy impact on health, which in Italy includes marginal groups of the native population and broader classes of immigrants (chapter 1.3, Section I).

Finally, there is recent and consistent evidence on the existence of a «contextual» effect on health, as opposed to the

«compositional» effect given solely by the aggregation of individual processes. According to this hypothesis, characteristics of the infrastructure, and the physical and socioeconomic environment of an area would have an impact on individual health independent from the cultural and economic resources personally available to people living in that area (chapter 1.8, Section I).

With respect to the health care system, various studies are in agreement in demonstrating that poor and less educated people have inadequate access both to primary prevention and early diagnosis (chapter 2.1, Section I), and to early and appropriate care (chapter 2.2, Section I). They also experience higher rates of hospitalization, particularly in emergencies and with advanced levels of severity.

(*Epidemiol Prev* 2004; 28 (3)suppl: 1-160)

Keywords: socioeconomic inequalities in health, determinants, policies, recommendations, monitoring.

References

1. Mackenbach JP, Bakker MJ and the European Network on Interventions and Policies to Reduce Inequalities in Health. Tackling socioeconomic inequalities in health: analysis of European experiences. *Lancet* 2003; 362: 1409-14.
2. Costa G, Faggiano F. *L'equità nella salute in Italia*. Milano, Franco Angeli 1994.
3. Costa G, Spadea T, Dirindin N. Italy. In: Mackenbach J, Bakker M (eds) *Reducing inequalities in health: a European perspective*. London, Routledge, 2002: 229-39.
4. Wilkinson R, Marmot M (eds). *Social Determinants of Health - The Solid Facts*. WHO, 1998. <http://www.who.dk/document/e81384.pdf>
5. Kunst A, Bos V, Mackenbach JP and the EU Working group on Socio-economic Inequalities in health. *Monitoring socio-economic inequalities in health in the European Union: guidelines and illustrations. A report for the Health Monitoring Program of the European Commission*. Rotterdam, Department of Public Health, Erasmus University, 2001.

INTRODUZIONE

INTRODUCTION

Giuseppe Costa,¹ Teresa Spadea²

¹ Dipartimento di sanità pubblica e microbiologia, Università di Torino
² Servizio regionale di epidemiologia, ASL 5, Grugliasco (TO)

Perché un rapporto italiano sulle diseguaglianze nella salute in Italia?

Negli ultimi anni le diseguaglianze sociali nella salute sono diventate un tema importante nella sanità pubblica europea. In poco tempo in molti paesi si è passati dalla misurazione alla ricerca delle cause e alla definizione di interventi di correzione.¹

Sono passati ormai quasi dieci anni dalla pubblicazione del primo rapporto italiano sulle diseguaglianze nella salute,² l'argomento è uscito dalla clandestinità dei pochi osservatori che per primi si sono messi a studiarlo, ma stenta ancora a imporsi nell'agenda delle politiche. L'informazione, la ricerca e l'azione di contrasto sono occasionali e poco coordinate; le politiche della salute stentano a riconoscere che le diseguaglianze sociali nella salute sono una guida concreta per le scelte e tendono invece a confinarle nello spazio delle formule rituali della programmazione, dove il richiamo ai principi di equità non manca, ma non si traduce in criteri e in obiettivi operativi.

Il compito di questo nuovo rapporto è quello di identificare le cause di questo ritardo e di dare un contributo per risolverne alcune. Ovviamente una monografia per sua natura può solo cercare di raccogliere le informazioni disponibili sul tema e sintetizzarle e commentarle per quei lettori che non potrebbero farlo da sé. È per questo scopo che il rapporto comincia dalla presentazione dei meccanismi di generazione di queste diseguaglianze, meccanismi intorno a cui la comunità scientifica, in special modo all'estero, sta lavorando. Prosegue poi con un aggiornamento di ciò che è stato pubblicato per descrivere la diffusione e le dimensioni delle diseguaglianze nella salute in Italia negli ultimi dieci anni. Si conclude infine con i pochi dati disponibili sull'efficacia delle azioni di contrasto. In questo modo il rapporto si propone di aiutare chi decide le politiche e gli interventi a definire obiettivi di salute *evidence-based*, che attingano al potenziale di salute che viene rivelato da queste diseguaglianze.

Ma per far evolvere questa storia la monografia non basta, occorre che ognuno dei decisori si assuma la propria parte di responsabilità per tradurre in concreto il potenziale di trasformazione che si nasconde dietro le diseguaglianze nella salute, senza più l'alibi della mancanza di informazioni. I lettori a cui il rapporto è rivolto sono tutti i soggetti che possono partecipare a decisioni utili per la salute delle comunità

e dei gruppi. A questo scopo il rapporto è organizzato per tipologie di determinanti e di meccanismi di azione delle diseguaglianze di salute, in modo che il lettore possa ritrovare i dati e gli argomenti più utili per le politiche e gli interventi di sua competenza.

Questo capitolo introduttivo si propone dunque di presentare e giustificare i vari capitoli che compongono il rapporto e di sintetizzarne le principali conclusioni ai fini delle politiche per la salute in Italia.

Diseguaglianze intense, regolari e crescenti

«Intense», «regolari» e «crescenti» sono i principali attributi con cui si presentano le diseguaglianze nella salute in Europa alla lettura dei sistemi informativi e statistici disponibili. L'Unione Europea ha sostenuto tre importanti programmi di ricerca comparativa in questo campo. Il primo ha confrontato le differenze sociali negli adulti nella mortalità, nella morbosità percepita e negli stili di vita tra i pochi paesi europei che avevano fonti informative comparabili negli anni ottanta.³⁻⁶ La mortalità presentava diseguaglianze in ogni paese, qualsiasi fosse l'indicatore sociale utilizzato per misurare le differenze. Differenze che erano tuttavia di intensità variabile, a causa del diverso profilo geografico delle cause di mortalità: in particolare le malattie cardiocircolatorie, soprattutto quelle ischemiche del cuore, facevano la differenza, spiegando una quota consistente sia della mortalità sia delle diseguaglianze nella mortalità nei paesi del Nord Europa, senza influenzare le diseguaglianze nella mortalità generale nei paesi dell'Europa meridionale. Il secondo programma di ricerca ha esteso anche l'osservazione fino alla fine degli anni novanta, anni per i quali erano arruolabili nuovi paesi che nel frattempo avevano sviluppato sistemi informativi e statistici adeguati: in questo caso è risultato evidente che le diseguaglianze nella mortalità in senso relativo si stavano allargando, mentre quelle in senso assoluto erano, al meglio, stabili.⁷ Il terzo programma ha incluso l'osservazione delle fasce di età anziane, dimostrando che differenze significative nella mortalità persistono anche oltre i 65 anni, differenze che sono di intensità relativa attenuata ma di impatto assoluto più importante.⁸

Sul piano della morbosità percepita le diseguaglianze misurate da questi studi comparativi sono di grandezza comparabile tra i diversi paesi, sono riproducibili con tutti gli indicatori so-

ciali utilizzati^{4,5,9} e sono sostanzialmente stabili nel tempo.¹⁰ Alla ricerca di indizi sui possibili determinanti prossimali di queste diseguaglianze nella salute, le stesse fonti hanno permesso di esplorare le differenze negli stili di vita rilevanti per la salute: l'obesità ha mostrato variazioni sociali nella stessa direzione di quella degli indicatori di salute in tutti i paesi esaminati¹¹ e così pure il fumo, seppure con maggiori eterogeneità tra i paesi, in particolare con un consistente ritardo temporale nella diffusione dell'epidemia nei paesi dell'Europa meridionale, soprattutto tra le donne.⁶

In questo contesto europeo l'Italia è stata rappresentata fin dall'inizio con i dati delle indagini campionarie ISTAT sulla salute¹² e con i dati dello Studio Longitudinale Torinese,¹³ perché non è disponibile un sistema di osservazione della mortalità rappresentativo a livello nazionale. Le diseguaglianze risultano, in confronto a quelle dei paesi del Nord Europa, di grandezza più attenuata per quanto riguarda la mortalità e comparabile nel caso della morbosità riferita.⁴ Nell'ambito del programma europeo *Health Monitoring*⁴ sono state sviluppate linee guida per la misura delle diseguaglianze nella salute nei paesi europei;¹⁵ linee guida che, se verranno messe in opera, aumenteranno considerevolmente la capacità di monitoraggio e confronto geografico a livello europeo.

In Italia la Regione Piemonte e la Regione Lazio, con il contributo della ricerca finalizzata ex art. 12, hanno sviluppato ulteriormente le capacità di osservazione italiana delle diseguaglianze nella salute attraverso diverse fonti informative sanitarie e statistiche correnti. I capitoli 1.1 e 2.2 (Parte I) presentano i principali risultati della lettura di queste fonti, da cui emerge un quadro delle diseguaglianze nella salute nel nostro paese. Tale quadro è sufficientemente analitico da indicare in modo valido le diseguaglianze nella salute come una priorità assoluta per le politiche di salute in Italia. Nessun singolo fattore di rischio è in grado di spiegare una quota così alta di mortalità e di morbosità attribuibile nella popolazione. Tutti gli indicatori sociali utilizzati – classe, educazione, casa, risorse economiche, contesto – misurano variazioni sociali dello stesso segno seppure con sensibilità differenti. Il gradiente è regolare, tanto che, 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. Le differenze nella mortalità si sono allargate muovendo dagli anni settanta agli anni novanta, soprattutto tra gli uomini adulti. Gran parte degli indicatori generali di salute considerati hanno dimostrato diseguaglianze sociali: la mortalità, la morbosità autoriferita, l'incidenza di importanti patologie coperte da sistemi di registrazione e la disabilità. Quasi tutte le voci nosologiche sono bersaglio delle diseguaglianze sociali, con particolare sensibilità per quelle correlate alle dipendenze da droghe, alcol e fumo, quelle associate ad alimentazione scorretta e sedentarietà, quelle legate ai rischi per la sicurezza, quel-

le dipendenti dalla qualità delle cure e quelle correlate a condizioni di povertà nell'infanzia.

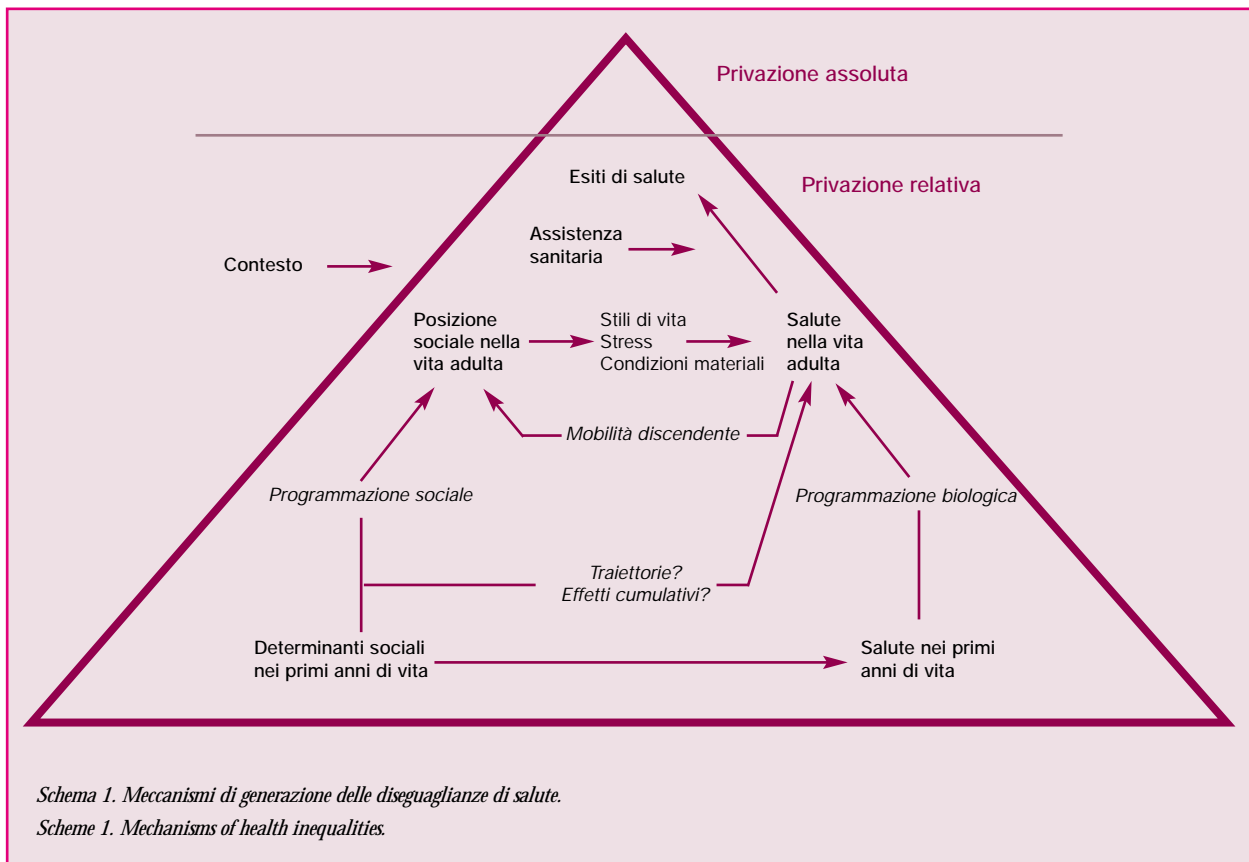
Dunque i dati sono sufficienti per mettere la questione in agenda, ma non sono ancora sufficientemente analitici per assistere la programmazione, soprattutto a livello regionale. Per ovviare a queste lacune informative il rapporto ha elaborato una serie di raccomandazioni (vedi Parte II) su come sia possibile riorganizzare i sistemi informativi e statistici correnti per migliorare la capacità di monitoraggio delle variazioni sociali nella salute in Italia a livello nazionale e regionale, insieme ad alcune istruzioni su come si misurano le diseguaglianze attraverso questi dati.

Come nascono le diseguaglianze nella salute nel corso della storia di vita della persona

Dalla constatazione delle diseguaglianze nella salute si può passare alla scelta di specifiche azioni e politiche di contrasto, ma occorre che siano ben compresi i meccanismi attraverso cui lo svantaggio sociale, relativo e assoluto, agisce sulla salute. Una volta rivelati tali meccanismi, ognuno di essi può diventare una porta d'ingresso di un intervento di prevenzione o di correzione degli effetti sfavorevoli sulla salute. Le ipotesi esplicative più spesso riprese si focalizzano su più distinti percorsi così come descritto nello schema 1.

Una prima spiegazione tenta di ricondurre le diseguaglianze di salute a differenze genetiche tra le classi, ma la sua plausibilità appare minata da una solida argomentazione, fondata sull'inversione del gradiente sociale di un fenomeno epidemiologico epocale noto come «transizione epidemiologica». L'espressione si riferisce al passaggio, nel secolo appena concluso, da una fase storica in cui la causa di morte dominante nelle società occidentali era rappresentata dalle malattie infettive, alla fase attuale, in cui questo ruolo è stato assunto dalle malattie cardiovascolari e dai tumori; queste ultime patologie, un tempo definite «dell'opulenza», per la loro stretta correlazione con la mortalità delle fasce sociali privilegiate, si sono progressivamente concentrate, fino a dilagare, negli strati più svantaggiati delle ricche popolazioni occidentali. Lo stesso comportamento è peraltro tipico anche di importanti fattori di rischio responsabili di gran parte delle diseguaglianze di salute, quali per esempio il fumo, e viene spesso descritto come un'epidemia, che va per fasi;¹⁶ fenomeno, questo, difficilmente conciliabile con un determinismo genetico delle diseguaglianze sociali di salute.

Oggetto di critiche ricorrenti, è anche l'ipotesi che fa dipendere le diseguaglianze di salute da differenze nella qualità dell'assistenza sanitaria. Sebbene varie ricerche abbiano riscontrato un significativo impatto di questo fattore sulle diverse probabilità di sopravvivenza in ragione delle diseguaglianze socioeconomiche, il peso complessivo degli interventi preventivi di popolazione (vaccinazioni, *screening*) e delle cure mediche sul miglioramento della sopravvivenza non sembra superare il 20%.¹⁷ Altro è l'accesso ai servizi sa-



nitari, per il quale la letteratura documenta la presenza di una significativa relazione tra la mancanza di equità sotto questo profilo e gli squilibri di benessere psicofisico su scala sociale, soprattutto laddove l'incongrua possibilità (di natura materiale, culturale, fisica, eccetera) di beneficiare di adeguati trattamenti incida sulle opportunità di prevenzione e sulle probabilità di esito positivo di specifici decorsi patologici (vedi capitoli 2.1-2.2, Parte I).

Una terza proposta esplicativa indica, come determinanti primi delle disuguaglianze sociali di salute, gli stili di vita, o meglio, la diversa propensione ad adottare comportamenti insalubri (fumo, sovraconsumo di alcol, alimentazione inadeguata, assenza di esercizio fisico) o, in altri termini, a esporri ai classici fattori di rischio individuali. Benché apparentemente lineare, questa interpretazione si accompagna a fondate obiezioni. Anzitutto, sul piano logico, il paradigma comportamentista condurrebbe a uno slittamento del problema, lasciando dietro le quinte la spiegazione sottesa alla variazione della salute e della speranza di vita degli individui in ragione della loro classe sociale, e focalizzando l'attenzione sul perché la propensione degli individui ad adottare stili di vita insalubri appaia variare secondo la loro classe. A questo proposito, l'assunto per cui l'adozione di comportamenti nocivi sarebbe conseguente alla mancanza di informazione ac-

curata e, in definitiva, di piena consapevolezza circa gli effetti dannosi delle proprie abitudini, non ha trovato conferma empirica; al contrario, non sembrano esserci differenze sociali, per esempio, nell'intenzione di smettere di fumare espressa dagli intervistati nell'indagine nazionale britannica sulle famiglie,¹⁸ a riprova che la consapevolezza delle conseguenze negative di specifici comportamenti non sempre riesce a render conto della diversa incidenza tra le classi sociali di quegli stessi comportamenti (vedi capitolo 1.7, Parte I). Inoltre, per molte altre abitudini, come l'esposizione ai rischi professionali, i margini di libera scelta individuale tendono ad annullarsi, rendendo eticamente discutibile una spiegazione generica in chiave di stili di vita: un simile approccio conduce alla colpevolizzazione della vittima, cui si attribuisce la responsabilità morale dello stato di salute in cui versa, sempre e comunque. Infine, se all'argomentazione «stili di vita» è stata riconosciuta una certa valenza euristica in relazione a disuguaglianze di morbosità e mortalità per patologie eziologicamente correlate a determinate condotte (come nel caso delle malattie cardiovascolari, associate direttamente all'abitudine al fumo, alla vita sedentaria e a una scorretta alimentazione), sarebbe difficile collocare in questa cornice teorica le cause di morte poco o nulla dipendenti dall'adozione di stili di vita rischiosi per la salute, che pure si le-

gano a diseguaglianze di mortalità non meno nette (come il tumore dello stomaco o le malattie respiratorie nelle donne). Molti dei più diffusi comportamenti insalubri, quali il consumo di tabacco, di bevande alcoliche, dei cosiddetti *comforting food*, ricchi di zuccheri e grassi saturi, possono esprimere non tanto l'esito di una libera scelta, informata e responsabile, quanto la ricerca di un adattamento a condizioni di *stress* cronico. Il contributo alle diseguaglianze di salute dei fattori psicosociali è infatti ormai ampiamente riconosciuto, sebbene sia spesso sottovalutato, a favore delle condizioni materiali o degli stili di vita.¹⁹ Occorre ricordare inoltre che l'esperienza di *stress* cronico può innescare o far precipitare alcuni dei processi patologici già sviluppati in nuce nell'individuo. Due sono i modelli analitici più comunemente impiegati per raffigurare la tossicità delle diverse circostanze sociali, in particolare sul luogo di lavoro: il modello *demand/control*, che attribuisce la responsabilità dell'origine delle diseguaglianze sociali di salute allo squilibrio esistente tra le classi sociali nell'accesso alle risorse di controllo, in relazione alle richieste psicofisiche subite,²⁰ e il modello di *effort/reward imbalance*, che sottolinea piuttosto, come causa determinante, lo scompenso nel rapporto tra impegno spesso dagli individui nello svolgere i compiti che competono loro, in funzione dei diversi ruoli sociali assunti, e ricompense ottenute²¹ (vedi capitolo 1.4, Parte I).

Di segno opposto, nella sequenza causale tra diseguaglianze sociali e squilibri di salute, appare la tesi che si richiama all'operare di un «effetto selezione» (*health selection effect*), letta, di norma, in un registro quasi darwiniano: lo stato di salute degli individui dipenderebbe solo in minima parte dalle condizioni economiche e sociali del proprio ambiente di vita; piuttosto, sarebbe lo stato di salute, o «capitale biologico», proprio di un individuo, a condizionarne l'accesso alle diverse posizioni sociali, così come la mobilità tra esse. Gli studi che hanno tentato di verificare questa ipotesi, tuttavia, hanno sì dimostrato la fondatezza di questa tesi, ma hanno anche stimato che il suo impatto sulle diseguaglianze nella salute rimane sostanzialmente modesto.²²

Alla relazione tra posizione sociale e squilibri di salute, la prospettiva del «corso di vita» offre invece una più convincente interpretazione in chiave dinamica.^{23,24} In questa ottica, il patrimonio di salute di un individuo, sotto il profilo del benessere psicofisico generale, è assunto come un prodotto della posizione sociale occupata lungo tutta la vita passata; inoltre, attraverso specifici meccanismi di strutturazione dei processi sociali, l'individuo resterebbe esposto a un'accumulazione selettiva di futuri vantaggi o svantaggi. In altri termini, le esperienze sociali precedentemente vissute da una persona, interagendo con fattori di natura biologica, tenderebbero a incidere profondamente nella fisiologia e nella patologia del suo corpo: la matrice sociale risulterebbe, così, letteralmente «incorporata», al pari di una cicatrice. Trasponendo su un piano collettivo la logica del corso di vita, an-

che la distribuzione sociale della salute e della malattia sarebbe la risultante di simili processi cumulativi di vantaggi o svantaggi. L'assunto centrale della teoria è che lo sviluppo biologico individuale abbia luogo in un contesto sociale capace di strutturare le opportunità di vita in modo tale che i vantaggi e gli svantaggi tendano a concentrarsi trasversalmente e ad accumularsi longitudinalmente: è probabile che l'esposizione a un ambiente di vita e di lavoro «rischioso» sia combinata con l'esposizione ad altri fattori di rischio, ed è anche probabile che tali esposizioni si accumulino lungo il corso della vita. In senso trasversale, per esempio, è verosimile che un individuo esposto a rischi di natura fisico-chimica o psicosociale nella sfera professionale, presenti una probabilità maggiore di vivere in un'abitazione precaria e con scarse condizioni igieniche, di risiedere in un quartiere deprivato o con superiori tassi di inquinamento atmosferico, di percepire un reddito che non gli consente un'alimentazione sana ed equilibrata. D'altra parte, l'organizzazione sociale risulta strutturare vantaggi e svantaggi anche lungo l'asse longitudinale, essendo ragionevole che il vantaggio o lo svantaggio emergente in una fase del proprio corso di vita sia stato preceduto e sia seguito da simili condizioni negli altri passaggi della biografia individuale: per esempio, un bambino cresciuto in una famiglia benestante potrebbe godere di maggiori opportunità di successo in ambito scolastico, il che ne favorirebbe l'ingresso nei settori più privilegiati del mercato del lavoro, dove un adeguato schema pensionistico potrebbe garantirgli la sicurezza economica in tarda età; all'altro estremo, è probabile che un bambino proveniente da una famiglia svantaggiata interrompa gli studi precocemente, acquisisca limitate competenze scolastiche e professionali e venga reclutato nei settori meno qualificati del mercato del lavoro, dove scarse retribuzioni e ambienti insalubri tendono a combinarsi con minime o inesistenti coperture previdenziali e pensionistiche, innescando la spirale della dipendenza assistenziale in età anziana.

Questi processi sociali interagiscono con quelli biologici, e quindi con la salute secondo svariati percorsi. La relazione può essere diretta e correlata a una specifica patologia, o di carattere più generale, nell'ambito di un'interazione costante tra una sorta di «programmazione biologica»²⁵ e determinati processi sociali in continuo divenire (vedi capitolo 1.2, Parte I). La dinamica soggiacente al primo di questi processi, l'accumulazione (o «programmazione») sociale, è data dalla continuità tra le condizioni economico-sociali della classe di appartenenza dei genitori, le circostanze consequenzialmente esperite durante la propria infanzia e adolescenza e, infine, la posizione socioeconomica in età adulta.^{26,27} Ciò che appare importante è che non si individua un unico fattore dominante dotato di un'influenza a lungo termine sulla salute, ma una serie di condizioni che influenzano la vulnerabilità dell'individuo e si legano progressivamente in una catena di svantaggi che si accumulano.

La mobilità sociale costituisce un ulteriore meccanismo attraverso cui la salute e i fattori sociali possono concatenarsi lungo il corso della vita.²³ La posizione socioeconomica dei genitori influenza molti aspetti dell'infanzia che, a loro volta, condizionano le *chances* e la direzione della mobilità sociale – inter e intragenerazionale – in una diversa classe, dove ulteriori vantaggi o svantaggi tendono ad accumularsi. D'altra parte, la posizione sociale condiziona l'impatto di nuovi svantaggi, minimizzandolo tra i privilegiati e amplificandolo tra gli individui già deprivati. La probabilità che una salute compromessa sia, per esempio, associata alla disoccupazione varierebbe, secondo questo schema, in ragione della propria posizione socioeconomica o, più in generale, in ragione del proprio consolidato livello di vantaggio (o svantaggio) sociale, come se questo agisse da meccanismo «protettivo» o «additivo» rispetto alla possibile esposizione a un evento svantaggioso.

Un'ultima argomentazione rinvia all'ipotesi dell'esistenza di un effetto di contesto di per sé, secondo cui l'ambiente di vita circostante, espresso dalle caratteristiche fisiche, ecologiche, infrastrutturali e socioeconomiche dell'area di residenza, avrebbe comunque un suo impatto sulla salute dei singoli soggetti, agendo secondo dinamiche indipendenti da quelle legate alla disponibilità individuale di risorse economiche, culturali o di potere, e talvolta, sovrapponendosi a queste ultime fino ad amplificarne l'effetto.^{28,29} Al di là della valenza euristica di questo paradigma interpretativo, sul piano metodologico la misurazione della posizione socioeconomica a livello di piccole aree, mediante l'analisi ecologica e l'elaborazione di indici di deprivazione su base territoriale, si è dimostrata uno strumento estremamente utile per analizzare le disuguaglianze sociali nello stato di salute (vedi capitolo 1.8, Parte I).

Negli ultimi tre anni la *European Science Foundation* ha promosso un interessante programma di scambi e formazione, con lo scopo di favorire lo sviluppo della ricerca dei gruppi europei interessati al tema.³⁰ Il programma si è concentrato sui modelli di studio più promettenti per la comprensione dei percorsi eziopatogenetici che generano le variazioni sociali nella salute: le storie di povertà e salute lungo le traiettorie di vita, gli effetti psicosociali delle disuguaglianze relative, il ruolo della povertà di contesto. Attraverso questi modelli è possibile apprezzare quali siano le spiegazioni più verosimili per le disuguaglianze per la salute e come le si possa utilizzare per la predisposizione di azioni di contrasto.

L'interesse e l'investimento italiano in questi filoni di studio rimane modesto, perché i principali centri di ricerca epidemiologici coinvolti in questo genere di studi sono per loro natura prevalentemente interessati agli aspetti di sanità pubblica piuttosto che a quelli eziologici. Inoltre la natura interdisciplinare degli obiettivi di ricerca risulta di non facile applicazione in Italia, dove la collaborazione tra scienze mediche, scienze sociali, scienze economiche e ricerca operati-

va ha una scarsa tradizione e non è sostenuta da adeguati finanziamenti e da idonei sistemi informativi di studio. In questo contesto il libro si propone anche di fare in ogni capitolo il punto della situazione sui meccanismi eziopatogenetici che sottostanno alle variazioni sociali nella salute, in modo da offrire stimoli allo sviluppo di iniziative di ricerca interdisciplinari, che sappiano creare nuove opportunità di studio o anche solo valorizzare in modo secondario occasioni di ricerca già disponibili per altri scopi.

Le politiche per la limitazione delle disuguaglianze nella salute

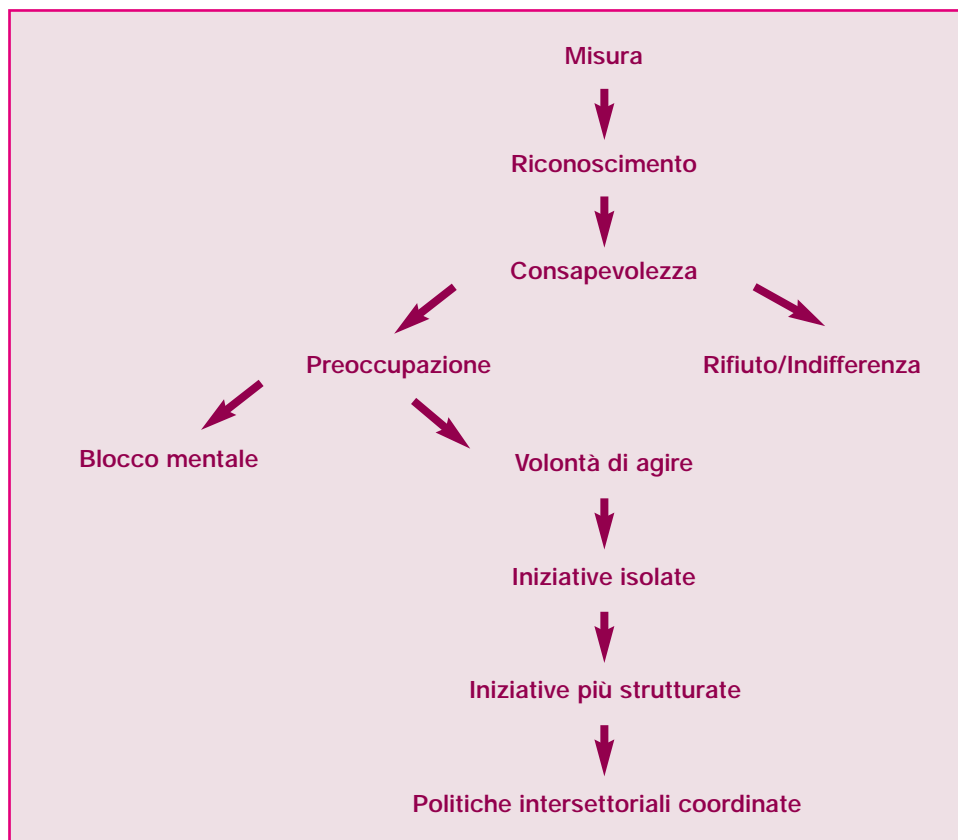
In alcuni paesi europei l'attenzione alle disuguaglianze nella salute e alle loro spiegazioni ha fatto nascere iniziative per contrastarle e una discussione sulla loro efficacia e utilità. Margaret Whitehead ha proposto uno schema – riprodotto di seguito – che rappresenta il percorso attraverso cui le diverse società stanno passando per mettere a tema le disuguaglianze di salute nell'agenda delle politiche e per tradurle in programmi di intervento.³¹

Un *network* europeo costituito appositamente ha esaminato con questo schema le esperienze nazionali riconoscendo uno spettro molto vario di posizioni.¹ Per esempio la Grecia sarebbe in una fase molto preliminare, di cosiddetta «pre-misura», una fase in cui si devono ancora costruire strumenti informativi idonei per dimostrare l'esistenza o meno delle disuguaglianze nella salute. La Spagna, dopo un periodo di relativa attenzione legata alla pubblicazione di un libro bianco sul tema, sta attraversando una fase di rifiuto/indifferenza, legata alla nuova maggioranza politica. Francia e Italia sarebbero in uno stadio di incipiente responsabilizzazione, dove la pubblicazione di rapporti specialistici sulla questione avrebbe aperto l'attenzione al tema da parte della pianificazione, sanitaria nel caso italiano. La Lituania sarebbe giunta molto in fretta a una fase di decisione, con pronunciamenti parlamentari e rapporti di commissioni governative. Finlandia, Olanda e Svezia sarebbero in uno stadio che vede sviluppi più strutturati di politiche, con programmi nazionali di ricerca, commissioni istituzionali di studio per lo sviluppo di politiche e risposte positive da parte dei governi. Ma l'esperienza più avanzata di tutte è ormai quella britannica, l'unica che starebbe in una fase di sviluppo di un'intera politica coordinata e integrata verso questo scopo.

Non c'è un'unica spiegazione alle differenze osservate tra i paesi in questo tracciato. Occorrono i dati, ma, come nel caso della Spagna, non bastano. Occorre la volontà politica, come chiaramente dimostrato dalla diversa posizione del Regno Unito, dove il tema decolla con il governo laburista, e della Spagna, dove viceversa il libro bianco diventa clandestino con il governo liberista. Ma anche questo non basta: infatti in Olanda e Svezia il tema delle disuguaglianze rimane in agenda e si trasforma in politiche indifferentemente dal colore politico delle coalizioni che guidano i paesi. La con-

Schema 2.
Spettro di azione sulle
diseguaglianze di salute.

Schema 2.
Action spectrum on
inequalities in health.



giuntura economica può essere importante, ma il suo andamento temporale non è molto diverso da paese a paese in Europa. Infine, anche il ruolo di *advocacy* delle Agenzie internazionali può risultare significativo: è il caso dell'OMS per la Lituania.

Per quanto riguarda le specifiche esperienze di intervento, il rapporto del network europeo sulle politiche ha esaminato numerosi casi di dimostrata utilità sulla base di una buona documentazione empirica: si tratta di interventi sul mercato del lavoro e sulle condizioni di lavoro, di programmi di correzione dei comportamenti individuali correlati alla salute, di interventi sull'accesso ai servizi sanitari, di interventi territoriali su zone ad alta concentrazione di svantaggio e persino di interventi sui processi di sviluppo delle politiche, come l'introduzione dell' *Health Inequalities Impact Assessment*. Ma nessuna di queste azioni singolarmente sembra in grado di modificare significativamente il quadro delle diseguaglianze intense, regolari e crescenti descritto ovunque.

Solo un programma multipolare, coordinato e orientato allo scopo può essere capace di aggredirle, ma finora se ne sono visti solo tre esempi, e tutti ancora in una fase molto iniziale: nel Regno Unito la strategia ha preso le mosse dall' *Independent Inquiry into Inequalities in Health* e dalle sue diciotto rassegne sulle potenzialità di intervento, curate da altrettanti gruppi di esperti e conclusesi con 39 raccomanda-

zioni e 123 sotto-raccomandazioni;³² in Olanda il *Program Committee on Socio-economic Inequalities in Health*, costituito da un gruppo misto di esperti e politici, ha formulato 26 specifiche raccomandazioni;³³ in Svezia la *National Public Health Commission*, un comitato misto di rappresentanti dei partiti e di esperti, utilizzando estese formule di consultazione, ha elaborato diciannove obiettivi di politiche di salute.³⁴ Scorrendo le raccomandazioni si scopre che esse sono fondate su livelli molto diversi di documentazione di efficacia; infatti quelle inglesi e quelle svedesi sono fondate solo sulle prove del ruolo causale di singoli fattori determinanti nella nascita delle diseguaglianze nella salute più che sull'efficacia dimostrata degli interventi, che dovrebbero agire su tali determinanti. Mentre le raccomandazioni olandesi sono basate su prove quasi-sperimentali realizzate da dodici differenti studi-intervento promossi dalla Commissione. Solo nel caso olandese le raccomandazioni si spingono a definire target quantitativi, con proposte molto orientate a specifici interventi su piccola scala, mirati a modificare la distribuzione sociale di specifici mediatori di salute. Invece nel caso inglese e svedese le raccomandazioni includono obiettivi per le cosiddette *mainstream policies* insieme a interventi su fattori più prossimi per la salute delle persone.

È difficile fare previsioni su quanto e come si potrà imparare da queste esperienze per perseguire obiettivi di maggiore ugua-

gianza nella salute. In questo caso è come se si inaugurasse una disciplina nuova, che si potrebbe definire «politica della salute»; una disciplina che non ha ancora uno statuto e una tradizione; che sa di doversi occupare dei rapporti tra la salute (e la sanità) da un lato, e la politica (quella dei partiti), le politiche pubbliche (quelle delle istituzioni), l'esercizio del potere nella società (sia formale sia informale) e le scienze politiche dall'altro. Chi è interessato a partecipare a questa storia sa di doversi occupare un pò di teoria (per elaborare, discutere, valutare e pubblicare dati, esperienze, prove di efficacia), ma anche di pratica (per patrocinare il tema delle disuguaglianze presso i soggetti istituzionali sociali e tecnici che devono decidere e per costruire reti di collaborazione che realizzino quella interdisciplinarietà e quel multilateralismo che sono indispensabili per condurre a risultati significativi), un pò come succede ai pochi gruppi di lavoro che si stanno incamminando per questa strada (EQUAL, Equity in Health RD Unit; Dept Public health, University of Liverpool).

Purtroppo in questa direzione il contributo italiano è ancora modesto³⁵ e, pertanto il libro si limiterà a passare in rassegna le politiche e gli interventi che possono in qualche modo avere un impatto sulle disuguaglianze nella salute. In Italia non ci sono politiche e interventi esplicitamente intesi a contrastare le disuguaglianze nella salute o limitarne l'impatto negativo; mentre quelli che potrebbero indirettamente influenzare la salute non sono stati progettati con un impianto valutativo che consenta di apprezzarne l'effetto. Pertanto il lettore potrà trovare nella Parte I di questo volume (capitolo 1.9 per le politiche non sanitarie e capitolo 2.3 per quelle sanitarie) solo alcuni primi passi di un *Health Inequalities Impact Assessment*, che dovrà essere sviluppato ben oltre dai cultori della nuova disciplina di politica della salute anche nel nostro paese.

Che spazio hanno le disuguaglianze nella salute nell'agenda della società italiana

Un pronunciamento importante per il nostro paese è venuto dal Piano sanitario nazionale 1998-2000,³⁶ che ha collocato la riduzione delle disuguaglianze nella salute tra i punti qualificanti del piano stesso; un punto qualificante con cui tutti i programmi attuativi ai diversi livelli istituzionali e professionali avrebbero dovuto misurarsi in modo non rituale e concreto. In verità questa prescrizione solenne non ha dato luogo a nessuno specifico programma attuativo capace di orientare le energie e i contributi che è necessario attivare, nelle diverse discipline e settori della società e delle istituzioni, per perseguire un obiettivo così ambizioso.

Solo alcune iniziative legislative e di programmazione, prevalentemente sanitarie, hanno inteso testimoniare uno sforzo del paese verso questa meta. Nel campo degli investimenti si possono citare il programma per le aree metropolitane ex art. 71 (L. 448/98) e il più recente programma ministeriale per l'assistenza agli osservatori epidemiologici delle regioni

meridionali interessate dagli investimenti dei fondi strutturali del cosiddetto Obiettivo 1. Nel settore dei gruppi vulnerabili è da ricordare la disciplina dell'accesso all'assistenza in regime di emergenza, con continuità delle cure, per gli stranieri non regolari (DLG n.286 del 25.07.1998). Nel settore della prevenzione il programma di sviluppo degli *screening* organizzati per i tumori femminili persegue obiettivi di riduzione delle disuguaglianze.³⁷

Nel mondo delle politiche non sanitarie solo l'intervento di differenziazione dell'età pensionabile in ragione delle disuguaglianze professionali nella speranza di vita, introdotto nella riforma Dini dei regimi previdenziali, può essere citato come un intervento di riparazione esplicita di svantaggi sociali nella salute attraverso uno scambio tra tempo di vita e tempo di lavoro. Tutte le altre numerose politiche non sanitarie intraprese per contrastare lo svantaggio sociale non includono esplicitamente la salute e le sue disuguaglianze tra i loro *target*, anche se alcuni interventi settoriali o di area in campo di assistenza sociale possono attendersi un impatto di questo tipo.

Sul piano regionale e locale non sono molte le iniziative strutturate, esplicitamente intese a questo scopo. Forse quella che si avvicina di più agli esempi passati in rassegna dal *network* europeo è quella dei Piani territoriali di salute della Regione Emilia Romagna,³⁸ che dal punto di vista dei processi risultano molto simili alle *Health Action Zones*, ma che non vengono attivati selettivamente in zone caratterizzate da condizioni di deprivazione, come accade nel Regno Unito. Ad esperienze simili si potrebbe giungere attraverso la realizzazione sistematica dei Piani di zona secondo la legge 328/2000.

Dal punto di vista della ricerca, al pronunciamento del Piano sanitario nazionale sono seguiti in modo coerente i bandi di ricerca sanitaria finalizzata del Ministero della salute («Programmi speciali» ex art. 12 c. 2 lett. B. Dlgs. 502/92), che almeno in alcune edizioni hanno inserito le disuguaglianze nella salute nella lista dei temi prioritari. Ai bandi sono seguiti alcuni importanti programmi di ricerca, di cui questo rapporto è in parte risultato e testimone. Tuttavia il contributo delle altre discipline non sanitarie a questa attività di ricerca è rimasto piuttosto povero. Le collaborazioni che si sono avviate dal mondo della ricerca economica o da quello della ricerca sociale continuano a essere sporadiche, come quelle registrate nel primo rapporto sulle disuguaglianze nella salute in Italia del 1994.² La stessa partecipazione italiana al programma europeo dell'ESF, struttura scientifica per sua natura interdisciplinare, è stata limitata ai pochi contributi dell'epidemiologia, mentre nel Regno Unito e nei paesi Scandinavi la ricerca economica e quella sociale fornivano collaborazioni di pari dignità.

Infine, sul versante dei sistemi informativi e dei metodi di osservazione si sono sperimentate nuove formule di studio, come l'utilizzo di indicatori di reddito per micro-aggregati (tipo la sezione di censimento), o si sono allargate le espe-

rienze già collaudate, come gli studi longitudinali urbani (tipo quello torinese¹³ e quello toscano³⁹), ma nessuna di queste formule è diventata una consuetudine codificata nei sistemi informativi e statistici del nostro paese, tale da assicurare una possibilità permanente e dovuta di monitoraggio delle diseguaglianze nella salute.

A questo punto quali sfide deve affrontare questo tema per imporsi nell'agenda pubblica del nostro paese? Da un lato ci sono tutte le difficoltà incontrate finora: una difficoltà di *marketing* sociale dell'argomento, anche legata alla povertà dei sistemi informativi e statistici e alla scarsa corralità delle comunità scientifiche nella ricerca; una lettura un po' rituale del tema dell'equità da parte del programmatore con ricadute occasionali sulle scelte; la difficoltà di riconoscere la salute come un criterio di valutazione di politiche non sanitarie. Dall'altro ci sono le nuove condizioni di contesto economico, sociale, politico, istituzionale che sollecitano una rinnovata attenzione, ma anche nuove risposte. Prima di tutto si è instaurato un clima di maggiore competitività, favorito dagli orientamenti politici più liberisti che prevalgono nelle amministrazioni, ma anche irrobustito col progredire del federalismo nelle istituzioni e comunque propagato agli umori della società e alimentato dalle trasformazioni economiche, produttive e del mondo del lavoro. Non c'è dubbio che questo clima, con le nuove regole che porta con sé, rischia di innescare nuove diseguaglianze sociali e territoriali e, quindi, esacerbare le variazioni sociali nella salute.

Il nuovo Piano sanitario nazionale⁴⁰ si muove ancora nella consapevolezza del ruolo dello svantaggio sociale nella salute; tuttavia esso sembra derubricare la questione dal rango di determinante capace di giocare un ruolo trainante lungo la storia di ogni problema di salute come era nel precedente piano, dove si giudicavano le diseguaglianze di salute meritevoli di priorità in ogni politica e intervento settoriale. Nel nuovo piano, infatti, le diseguaglianze nella salute diventano invece un obiettivo più limitato, specificamente orientato alle fasce di povertà e di emarginazione, con particolare attenzione e rimandi ai settori della non autosufficienza, della salute mentale, delle tossicodipendenze e della salute degli immigrati. I dati accumulati in questo rapporto ci ricordano però che le diseguaglianze di salute che colpiscono le fasce di popolazione più emarginata sono sì meritevoli di attenzione prioritaria, ma rappresentano solo la punta di un *iceberg* più grande, quello delle diseguaglianze relative che minacciano le opportunità di salute di chiunque nella popolazione sia in posizione più svantaggiata: questa parte sommersa dell'*iceberg* rivela rischi attribuibili molto elevati e quindi frazioni evitabili di problemi di salute che gli sviluppi della pianificazione sanitaria, soprattutto quella operativa regionale e locale, non possono eludere.

Gli altri più significativi atti di programmazione del governo nei campi del *welfare*, come il libro bianco sul *welfare* e il libro bianco sul lavoro, che pur diagnosticano correttamente i

principali punti critici per la povertà nella società e nella famiglia italiana, tendono poi a privilegiare meccanismi redistributivi fondati sulla leva fiscale piuttosto che sul sostegno pubblico al reddito, e formule di assistenza centrate sulla stessa famiglia già gravata da carichi eccessivi di assistenza piuttosto che sulle risorse del pubblico e della comunità. Si tratta di orientamenti politici legittimi per la maggioranza che governa il paese, ma che devono recare con sé la consapevolezza che possono provocare un allargamento delle diseguaglianze con un impatto sulla salute non secondario.

In questo scenario il tema delle diseguaglianze di salute rischia di essere il campo arido di una registrazione notarile degli effetti marginali dei processi sociali, economici e politici in atto: effetti indesiderati, ma anche conseguenza inevitabile per lo sviluppo nella nostra epoca, conseguenza di cui occorre moderare l'impatto. In questo contesto infatti, come testimonia il nuovo orientamento di piano sanitario, le diseguaglianze sociali nella salute diventano oggetto di una rinnovata attenzione attraverso politiche di riparazione tese a riscattare quei costi marginali dello sviluppo patiti dai settori più vulnerabili della società, senza mettere in discussione le radici delle diseguaglianze, la parte sommersa dell'*iceberg*. Dall'altro lato, nel campo degli orientamenti più progressisti, le diseguaglianze nella salute potrebbero essere viste invece come il tema centrale della lotta politica, per contrastare con il principio di giustizia la deriva a cui porta il principio di libertà quando prevale sul resto. Ma si può ancora sostenere che l'uguaglianza nella salute, stante che la giustizia sociale non è necessariamente nell'agenda di tutte le parti politiche come diritto umano, sia una missione della sanità pubblica? Il Comitato nazionale di bioetica ha autorevolmente argomentato intorno al bilanciamento dei principi che dovrebbero ispirare le scelte di equità nelle politiche pubbliche.⁴¹

Tuttavia per progredire sulla strada delle politiche di contrasto delle diseguaglianze nella salute nulla è più controproducente di un uso politico del tema. Infatti quando le diseguaglianze nella salute diventano oggetto della contesa politica, come è accaduto in Spagna negli anni più recenti o in Gran Bretagna nei primi anni dell'amministrazione Thatcher, è inevitabile che si entri in una fase di stallo che non consente scelte di intervento *evidence-based*. Si tratta forse di emulare situazioni come quella olandese o quella svedese, dove, si sono succedute amministrazioni di colore diverso, ma il tema delle diseguaglianze nella salute ha mantenuto un carattere, come usa dire, *bipartisan*.

Alla base di ciò c'è il riconoscimento che le diseguaglianze nella salute sono, prima che una questione di giustizia, un problema di efficienza allocativa per la società. Esse infatti rivelano possibilità di salute che la società con tutti i suoi investimenti nel *welfare* non riesce a mobilitare. L'Organizzazione mondiale della sanità nei suoi nuovi *target* per gli anni Duemila⁴² privilegia priorità trasversali come l'equità, piuttosto che priorità verticali come singole voci nosologiche; in-

fatti l'equità di fronte all'accesso ai servizi, di fronte alla promozione della salute e di fronte alla qualità è un target in grado di mobilitare maggiori riserve di salute di qualunque altro criterio. Ogni volta che si dimostra che qualcuno ha saputo far meglio di qualcun altro, si è scoperto un potenziale di salute a cui si può attingere. Le disuguaglianze sono lo strumento empirico più facile da usare per identificare potenziali obiettivi di salute che sono alla portata delle politiche: basta dimostrare che tali differenze sono evitabili e identificarne il punto di entrata, per evitarle con appropriati interventi. E poi le disuguaglianze nella salute non sono convenienti perché, seguendo le argomentazioni di Amartya Sen,⁴³ fatte proprie ormai anche dai sacerdoti del liberismo nella Banca mondiale, esse limitano le possibilità di sviluppo di una società, in quanto la compromissione della salute sottrae un prerequisito essenziale per la libertà di una persona di scegliere il proprio piano di vita, libertà che condiziona a sua volta il successo nello sviluppo di una comunità. Con questa premessa le disuguaglianze nella salute escono dalla contesa politica ed entrano a pieno titolo tra i criteri di individuazione delle priorità di una comunità. E come per ogni problema, ne va stimata l'importanza, ne vanno cercate le cause, per identificare le possibili soluzioni, che risultino accettabili nel contesto dato. Ed è a questo punto che emerge tutta la rilevanza di questa questione. Si è già ricordato che non esiste nessun singolo fattore di rischio capace di spiegare una quota così rilevante di casi attribuibili di mortalità, morbosità e disabilità. Occorre dunque che ogni comunità e situazione ne documenti la rilevanza, ne ricerchi i determinanti e mobiliti le sue risorse per contrastarne l'azione.

Una sfida per molti soggetti

In questo processo allora emergono le responsabilità e le competenze di ogni soggetto coinvolto. Intanto bisogna che a ogni livello di popolazione, comunità, organizzazione, si possano misurare le disuguaglianze nella salute senza dover ricorrere a studi *ad hoc*. Non si può esigere che ognuno secondo le proprie responsabilità si faccia carico di questa questione, se poi misurarne la direzione e la grandezza si rivela un'impresa troppo difficile. Il monitoraggio delle disuguaglianze di salute è alla portata di un paese come l'Italia (vedi Parte II). Fintanto che i sistemi informativi e sanitari correnti non rileveranno in modo ordinario il dato necessario a caratterizzare la posizione sociale di una persona, della sua famiglia e del suo contesto, non sarà possibile far entrare le disuguaglianze tra i criteri di definizione dei problemi: è come fare del *benchmarking* tra aziende sanitarie senza poter classificare per area geografica di residenza o per presidio di erogazione le prestazioni fruite. La semplice presenza di una covariata sociale su un sistema informativo ad ampia diffusione come i ricoveri ospedalieri potrebbe far decollare la curiosità degli utilizzatori circa la dimensione delle variazioni sociali. E poi occorre che la comunità scientifica nelle varie anime di-

sciplinari che la compongono possa e voglia rivolgere un po' della sua attenzione alla ricerca dei meccanismi causali che spiegano le disuguaglianze nella salute in Italia. Spunti stimolanti non mancano nel rapporto, a cominciare dall'anomalia italiana (e più in generale dei paesi del Sud Europa), che vede disuguaglianze di intensità inferiore rispetto ai paesi del Nord, soprattutto per le malattie ischemiche del cuore: si tratta di fenomeni di coorte che registrano un ritardo epidemico nei fattori di rischio cardiovascolari o sono le caratteristiche dell'alimentazione, distribuite socialmente in modo piuttosto uniforme, che mitigano l'effetto degli altri fattori di rischio? Perché a parità di povertà e di altre caratteristiche individuali, un povero di una regione meridionale presenta una salute più compromessa del suo omologo del Nord? Quali caratteristiche del contesto meridionale sono in grado di spiegare questa intensificazione dell'effetto della povertà sulla salute soggettiva nelle persone svantaggiate delle regioni del Sud? Per stimolare nuovi contributi di ricerca occorre che da un lato i canali di finanziamento facciano la loro parte, e dall'altro gli organismi di coordinamento della ricerca scientifica promuovano in forme collegiali e multicentriche in Italia quei sistemi di studio, soprattutto longitudinali, che per costo e impegno nessun singolo gruppo e nessuna singola disciplina potrebbero permettersi. Altrettanto stimolante è la ricerca di nuovi paradigmi con cui sviluppare la valutazione degli interventi di contrasto delle disuguaglianze nella salute.

Infine, veniamo alle responsabilità degli interventi. Intanto bisogna distinguere tra mondo della sanità e il resto. Infatti, benché lo studio delle cause delle disuguaglianze di salute abbia dimostrato l'importanza prevalente dei fattori non sanitari, tuttavia occorre constatare che il mondo non sanitario difficilmente si farà carico in modo spontaneo delle disuguaglianze di salute che concorre a creare o a non alleviare. E evidente che spetta al mondo sanitario fare da patrocinatore di questo tema nella società; i poveri non hanno nessuno che parli per la loro salute, che assuma cioè il patrocinio dei loro diritti di salute, di prevenzione, di cura, di assistenza, di accompagnamento nella malattia. Non c'è nessun altro eccetto il medico, l'infermiere, e l'operatore di prevenzione che possa assumersi nella società l'onere di riconoscere nei singoli casi o nei gruppi sociali della propria comunità di riferimento le disuguaglianze nella salute, le loro radici e informarne l'opinione pubblica e le istituzioni, in modo da sollecitare interventi di correzione e di compensazione. Lo stesso ruolo vale per chi ha responsabilità di direzione sanitaria. Più in generale occorre dunque per i medici e per il sistema sanitario un nuovo «saper essere», un atteggiamento più sensibile e disponibile a quel ruolo di patrocinio, così necessario per promuovere la causa dell'equità nella salute in tutte le pieghe della società e del sistema sanitario.

A questo punto ognuno sarà sollecitato a interrogarsi sulle proprie responsabilità specifiche nella promozione della salute, a proposito delle situazioni che controlla per ruolo e

competenza. Chi fa pianificazione urbana dovrebbe spostarsi da politiche che si preoccupano solo di aggiustare i guasti urbanistici del mercato a politiche che promuovano la salute come bene pubblico (attraverso la densità urbana, il consumo di carburanti, la qualità della casa, l'efficienza energetica...), tenuto conto che politiche pianificate per il beneficio dei più deboli portano beneficio a tutti. Chi si occupa di lavoro dovrebbe promuovere la qualità delle condizioni organizzative, ergonomiche e psicosociali del lavoro, per il mantenimento di quella «capacità lavorativa» delle persone, che ormai viene riconosciuta dai più non solo come un indicatore di salute degli addetti, ma anche come il principale fattore di qualità della produzione nelle imprese del mondo occidentale. Le azioni di comunità dovrebbero ruotare intorno a una agenda locale centrata sulle disuguaglianze, alla ricerca di strumenti di cambiamento, che passano attraverso la partecipazione nelle scelte, la rappresentanza nelle istituzioni, la disponibilità di investimenti da dedicare alle aree più critiche, un ruolo centrale per i servizi di base... I gruppi più vulnerabili, o perché più marginalizzati o perché potenzialmente fragili, come l'infanzia, dovrebbero beneficiare di reti di protezione sociale adeguata.

Infine, chi si occupa di organizzazione dell'assistenza sanitaria dovrebbe saper analizzare ogni percorso assistenziale, per riconoscere tra le sue maglie quei punti critici dove maggiore è il rischio di discriminazione o comunque di limitazione all'accesso a cure efficaci e appropriate. A questo proposito il capitolo 2.2 (Parte I) identifica una particolare criticità sia nella parte iniziale della storia naturale della malattia, quella in cui la persona svantaggiata risulta in maggiore difficoltà a riconoscere e presentare tempestivamente i suoi sintomi e segni al sistema sanitario, sia nell'ultima parte della malattia, quella in cui la persona svantaggiata ha maggiori difficoltà a gestire le fasi critiche della malattia o a convivere con una comorbidità particolarmente densa.

Ma difficilmente queste responsabilità vengono assunte dai soggetti che ne hanno competenza, se non vengono introdotte delle regole di processo che ne condizionino l'attività. Non è automatico che la direzione sanitaria e i professionisti di un ospedale programmino e realizzino la revisione critica di un percorso assistenziale, se l'accordo di programma siglato con la regione non include una clausola che esige che ogni percorso assistenziale debba essere reingegnerizzato in modo da minimizzare le disuguaglianze nell'accesso. Una formula di *Equity Audit* potrebbe essere introdotta per riprogettare molte procedure di verifica di qualità nell'organizzazione ed erogazione dell'assistenza. Allo stesso modo è improbabile che un nuovo programma di investimento o una nuova politica approvata da un Consiglio Regionale si faccia carico dei costi marginali in salute e in disuguaglianze nella salute se non esiste una clausola nel nuovo statuto regionale che vincoli ogni investimento significativo a un *Health Inequalities Impact Assessment*.

Concludendo, questo rapporto è in grado di proporre suggerimenti solo su un piano qualitativo. Non ci sono informazioni sufficientemente analitiche per suggerire dei target quantitativi che siano meno generici di quelli proposti dall'OMS, né nella misura delle disuguaglianze, né nell'identificazione dell'importanza relativa dei meccanismi di generazione, né nell'efficacia delle soluzioni praticabili. Si può invece ribadire che le disuguaglianze nella salute rappresentano la questione di salute con il più alto rischio attribuibile, e che per loro stessa natura rivelano margini di evitabilità che vanno spiegati con la ricerca e perseguiti con interventi efficaci. La cosa potrà funzionare se ogni livello di responsabilità saprà cogliere queste potenzialità di salute per progettare il cambiamento nella propria organizzazione, o istituzione o comunità; e se questa assunzione di responsabilità verrà favorita sia dalla disponibilità di dati, sia dall'introduzione di clausole di controllo e valutazione che includano tra i criteri la riduzione delle disuguaglianze di salute.

Una guida alla lettura del rapporto

Alla luce di queste considerazioni risultano chiare la struttura del volume, che si divide in due parti, e l'impostazione dei vari capitoli.

La prima parte è dedicata ai determinanti delle disuguaglianze nella salute, determinanti che a loro volta vengono suddivisi in sociali e sanitari, a sottolineare le diverse responsabilità delle politiche che avrebbero competenza a fronteggiarle. La nomenclatura dei determinanti sociali è quella introdotta da un rapporto dell'Organizzazione mondiale della sanità,⁴⁴ che ha messo in evidenza l'importanza delle politiche e degli interventi non sanitari per perseguire gli obiettivi strategici del programma *Healthy Cities*, inteso a porre la salute a un alto livello di priorità nelle politiche locali delle città europee.⁴⁵ I determinanti sanitari, viceversa, sono solo distinti in due gruppi: quelli relativi alla prevenzione e all'educazione sanitaria e quelli più attinenti all'organizzazione e al funzionamento dell'assistenza sanitaria.

L'impostazione dei diversi capitoli è simile: una breve introduzione riassume il modo in cui ogni determinante agisce sulle disuguaglianze nella salute, anche facendo riferimento alla letteratura internazionale; il resto del capitolo è prevalentemente dedicato a descrivere gli studi sull'argomento condotti in Italia negli anni novanta, vale a dire successivamente alla stesura del primo rapporto italiano sul tema.² I dati sono stati integrati da risultati relativi al decennio precedente laddove si è discusso anche l'andamento temporale della distribuzione sociale dei diversi determinanti, oppure quando non sono stati trovati studi più aggiornati. I lavori inclusi nella rassegna sono per la maggior parte derivati dalla ricerca bibliografica effettuata sulle banche dati *Medline* e *Sociological ABS* (aggiornata al giugno 2003), ma sono stati riportati anche risultati non pubblicati di analisi condotte dagli stessi autori o da colleghi facenti capo ai gruppi nazionali di ricerca

sulle disegualianze, coordinati dalle Regioni Piemonte e Lazio e realizzati grazie al contributo della ricerca finalizzata ex art. 12.^{46,47} Sugli articoli selezionati non è stata fatta alcuna revisione critica di qualità, sia perché ciò era al di fuori degli obiettivi del presente lavoro, ma soprattutto a causa della povertà di articoli pubblicati che riportano dati italiani sulle disegualianze di salute; sono stati esclusi solo studi di interesse locale o di piccole dimensioni che si ponevano obiettivi di ricerca già coperti da lavori più estesi. Qualche accenno a eventuali problemi di qualità degli studi è stato fatto solo nei rari casi in cui i risultati sembravano contraddire palesemente le conoscenze già acquisite dalla letteratura.

La seconda parte del volume – più metodologica – è invece dedicata alla discussione dei metodi per monitorare meglio e più diffusamente le disegualianze nella salute in Italia: in questo caso gli autori hanno revisionato a uso della situazione italiana le linee guida generali emesse assieme a un gruppo di lavoro europeo composto dai maggiori esperti nel campo,¹⁵ e hanno prodotto un insieme di raccomandazioni su come si possa misurare per scopi descrittivi la posizione sociale, su quali fonti informative e modelli di studio siano maggiormente disponibili e praticabili nel nostro paese, e su quali metodi di analisi e rappresentazione delle disegualianze sia più opportuno utilizzare.

Bibliografia

- Mackenbach JP, Bakker MJ and the European Network on Interventions and Policies to Reduce Inequalities in Health. Tackling socioeconomic inequalities in health: analysis of European experiences. *Lancet* 2003; 362: 1409-14.
- Costa G, Faggiano F. *Lequità nella salute in Italia*. Milano, Franco Angeli 1994.
- Mackenbach JP, Kunst AE, Groenhouf F, et al. Socioeconomic inequalities in mortality among women and among men: an international study. *Am J Public Health* 1999; 89(12): 1800-06.
- Mackenbach JP, Kunst AE, Cavelaars AE, Groenhouf F, Geurts JJ. Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. The EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. *Lancet* 1997; 349: 1655-59.
- Cavelaars AE, Kunst AE, Geurts JJ, et al. Differences in self reported morbidity by educational level: a comparison of 11 western European countries. *J Epidemiol Community Health* 1998; 52(4): 219-27.
- Cavelaars AE, Kunst AE, Geurts JJ, et al. Educational differences in smoking: international comparison. *BMJ* 2000; 320: 1102-07.
- Mackenbach J, Bos V, Andersen O, et al. Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries. *Int J Epidemiol* 2003; 32: 830-37.
- Huisman M, Kunst AE, Andersen O, et al. *Socio-economic inequalities in mortality among the elderly in ten European populations*. Working paper, Rotterdam, Department of Public Health, Erasmus University, 2003.
- Cavelaars AE, Kunst AE, Geurts JJ, et al. Morbidity differences by occupational class among men in seven European countries: an application of the Erikson-Goldthorpe social class scheme. *Int J Epidemiol* 1998; 27(2): 222-30.
- Kunst AE, Bos V, Mackenbach J, EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. *Changes in educational differences in perceived general health*. Rapporto finale, Commissione Europea, Health Monitoring Program, 2001.
- Cavelaars A. *Cross-national comparisons of socio-economic differences in health indicators*. Thesis Erasmus University Rotterdam, 1998, p. 89-99.
- ISTAT. Indagini sulle condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari. Anni 1986-87 e 1994.
- Costa G, Cardano M, Demaria M. *Torino. Storie di salute in una grande città*. Osservatorio socio-economico torinese, Ufficio Statistico città di Torino, 1998.
- http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/1998/monitoring/fp_monitoring_1998_exs_06_a_en.pdf.
- Kunst A, Bos V, Mackenbach JP and the EU Working group on Socio-economic Inequalities in health. *Monitoring socio-economic inequalities in health in the European Union: guidelines and illustrations. A report for the Health Monitoring Program of the European Commission*. Rotterdam, Department of Public Health, Erasmus University, 2001.
- Mackenbach JP, Huisman M, Andersen O et al. Inequalities in lung cancer mortality by the educational level in 10 European populations. *Eur J Cancer* 2004; 40: 126-35.
- Tarlov AR. Social determinants of health. The sociobiological translation. In: Blane D, Brunner E, Wilkinson R (eds), *Health and social organization*. Londra: Routledge, 1996.
- Jarvis MJ, Wardle J. Social patterning of individual health behaviours: the case of cigarette smoking. In: Marmot M, Wilkinson RG (eds), *Social determinants of Health*. Oxford, Oxford University Press, 1999.
- Wilkinson RG. Putting the picture together: prosperity, redistribution, health, and welfare. In: Marmot M, Wilkinson RG (eds), *Social determinants of Health*. Oxford, Oxford University Press, 1999.
- Karasek RA. Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly* 1979; 24: 285-308.
- Siegrist JA. Theory of occupational stress. In: Dunham J (ed), *Stress in occupations: past, present and future*. London: Whurr Publishers Limited, 1999.
- Cardano M, Costa G, Demaria M. Social mobility and health in the Turin longitudinal study. *Soc Sci Med* 2004; 58: 1563-74.
- Blane D. The life course, the social gradient, and health. In: Marmot M, Wilkinson RG (eds), *Social determinants of Health*. Oxford, Oxford University Press, 1999.
- Kuh D, Ben-Shlomo Y (eds). *A life course approach to chronic disease epidemiology*. Oxford, Oxford University Press, 1997.
- Barker DJP. *Mothers, babies, and disease in later life*. London, BMJ Publishing Group, 1994.
- Wadsworth M. Early life. In: Marmot M, Wilkinson G (eds), *Social determinants of health*. Oxford, Oxford University Press, 1999.
- Wadsworth M. Family and education as determinants of health. In: Blane D, Brunner E, Wilkinson R (eds), *Health and social organization*. London, Routledge, 1996.
- Macintyre S, Maciver S, Sooman A. Area, class and health; should we be focusing on places or people? *J Soc Policy* 1993; 22: 213-34.
- Macintyre S, Ellaway A, Cummins S. Place effects on health: how can we conceptualise, operationalise and measure them? *Social Science Med* 2002; 55: 125-39.
- <http://www.esf.org/>.
- Whitehead M. Diffusion of ideas on social inequalities in health: a European perspective. *Millbank Quarterly* 1998; 76: 469-92.
- Acheson D., *Independent Inquiry into Inequalities in Health Report*. London, The Stationery Office, 1998.
- Health Research and Development Council of the Netherlands. Reducing Socio-economic Inequalities in Health. Final report and policy recommendations from the second Dutch Programme Committee on Socio-Econo-

- mic Inequalities in Health (SEGV II), 2001.
34. Ostlin P, Diderichsen F. *Equality-Oriented National Strategy for Public Health in Sweden. A Case Study*. Policy Learning Curve Series, 1. Brussels, European Centre for Health Policy, 2000.
 35. Costa G, Spadea T, Dirindin N. Italy. In: Mackembach J, Bakker M. (ed), *Reducing inequalities in Health. A European Perspective*. London & New York, Routledge, 2002.
 36. Piano Sanitario Nazionale 1998-2000. Un patto di solidarietà per la salute. Roma, Ministero della Sanità, 1998.
 37. Piano Oncologico Nazionale. Piano operativo di intervento mirato alla prevenzione diagnosi e cura del carcinoma del polmone, della prostata, del colon retto e della mammella. Roma, Ministero della Sanità, 2001.
 38. http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/aree/salute_amb/pps/index_intro.htm
 39. Biggeri A, Gorini G, Dreassi E, Kelala N, Lisi C. *SLTo (Studio Longitudinale Toscano): condizione socio-economica e mortalità in Toscana*. Informazioni statistiche. Studi e Ricerche, n.7. Firenze, Regione Toscana, 2001.
 40. Ministero della Salute. Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, http://www.ministerosalute.it/resources/static/psn/documenti/psn_2003-2005.PDF
 41. <http://www.governo.it/bioetica/testi/250501salute.html>
 42. <http://www.who.int/archives/hfa/policy.htm>
 43. Sen A. *Poverty and Famines: An Essay on Entitlement and Deprivation*. Oxford, Clarendon Press, 1981.
 44. Wilkinson R, Marmot M (ed). *Social Determinants of Health - The Solid Facts*. WHO, 1998. <http://www.who.dk/document/e81384.pdf>
 45. WHO Regional Office for Europe. Strategic plan. Urban Health/Healthy Cities Programme (1998-2002). <http://www.who.dk/document/e78962.pdf>
 46. Regione Piemonte. *Un sistema informativo, un libro bianco, un modello di monitoraggio per implementare gli obiettivi di equità nella salute e nell'assistenza in Italia*. Regione Piemonte, Osservatorio Epidemiologico, Torino, 1999.
 47. Regione Lazio. *Efficacia ed equità dell'assistenza ospedaliera: pubblicazione ed informazione ai cittadini*. Regione Lazio, Osservatorio Epidemiologico, Roma, 1999.

PARTE I

**I determinanti
delle diseguaglianze di salute
in Italia**

**Determinants
of health inequalities
in Italy**

1.

I determinanti sociali

Social determinants

Giuseppe Costa

Dipartimento di sanità pubblica e microbiologia, Università di Torino

La salute delle persone è più influenzata da fattori ambientali e dagli stili di vita che dagli interventi della medicina. A loro volta questi fattori si distribuiscono nella popolazione in modo diseguale, spesso a svantaggio di alcuni gruppi sociali o di alcune aree e comunità meno favoriti. Questa affermazione è tuttora valida nei paesi industrializzati, nonostante decenni di sviluppo economico ininterrotto e di stato sociale formalmente universalistico ed egualitario. È chiaro che per modificare le prospettive di salute degli individui e delle comunità occorre intervenire sulle politiche e sui comportamenti che influenzano la distribuzione di questi fattori. Tale obiettivo deve essere fatto proprio non solo dalle prospettive politiche che privilegiano i principi di equità e giustizia sociale, ma anche da tutti gli orizzonti politici che guardano allo sviluppo della società, essendo sempre più evidente e dimostrato che la salute delle persone rappresenta una pre-condizione per gli obiettivi di sviluppo di ogni società. La salute condivide con l'educazione e con il lavoro questo statuto di criterio discriminante della capacità della società di costruire opportunità di sviluppo. Eppure la salute viene nei fatti considerata un fatto personale, che diventa di rilevanza pubblica solo quando risulta compromessa e deve essere restaurata con le cure del sistema sanitario. Quali sono le ragioni per cui il criterio della salute non ha il posto che gli spetta nell'agenda della società?

In generale le società occidentali non hanno mai dato molta importanza ai costi sociali dello sviluppo: anzi in molti casi l'esternalizzazione di questi costi è stata una precisa scelta, accompagnata dall'acquiescenza delle istituzioni. Negli ultimi anni sta aumentando la consapevolezza che occorre cambiare rotta nell'ottica della sostenibilità dello sviluppo; la qualità dell'ambiente è il criterio più spesso utilizzato per misurare i costi sociali e la loro sostenibilità, mentre la salute e le sue disuguaglianze stentano a venire alla luce come un criterio autonomo di valutazione. Per superare queste difficoltà non basta descrivere l'esistenza di disuguaglianze nella salute, occorre anche dimostrare che queste differenze nascono attraverso meccanismi noti, la cui importanza relativa può essere documentata, così come può essere valutato l'impatto che hanno politiche specifiche volte a ridurle.

Si è visto nel capitolo introduttivo che nella storia di una persona le disuguaglianze nella salute possono nascere assai precocemente: già nel grembo materno inizierebbero ad accu-

mularsi ritardi di maturazione dei tessuti che potrebbero mostrare i loro effetti sfavorevoli in età adulta. Alla programmazione biologica si associa nei primi anni di vita la programmazione sociale della persona, quella in cui si struttura l'identità e si sviluppa la capacità di gestire relazioni sociali. In seguito, nella fase del bambino-ragazzo-giovane, nascono quei comportamenti così pericolosi per la salute e per la carriera sociale, come le dipendenze e gli stili di vita pericolosi, che sono molto più difficili da modificare tra le persone meno istruite e tra i poveri. La posizione sociale di arrivo è già il risultato di questi processi, ma è anche un punto di partenza che produce risorse e opportunità per la persona e per la sua famiglia. È nelle condizioni di vita e di lavoro di questi anni adulti che si realizzano quelle situazioni ambientali e di *stress* cronico che sono capaci di condizionare la salute, e che costituiscono i principali mediatori eziopatogenetici delle disuguaglianze nella salute in età adulta. Su questo asse temporale possono instaurarsi anche percorsi perversi per cui una salute alterata a causa di svantaggi sociali può a sua volta compromettere le possibilità di carriera sociale di una persona, facendola scendere lungo la scala sociale, anche fino all'emarginazione.

Questa prima sezione della monografia passa in rassegna i principali determinanti sociali delle disuguaglianze di salute in Italia. La nomenclatura utilizzata segue la falsariga di un documento dell'Organizzazione mondiale della sanità, *The solid facts* (Wilkinson R, Marmot M (eds.). *Social determinants of health. The solid facts*. WHO 1998), che si proponeva appunto di aiutare il lettore a riconoscere i più importanti meccanismi di generazione delle disuguaglianze nella salute e identificare specifiche politiche utili a prevenirle o a moderarne le conseguenze.

I determinanti sociali che verranno di seguito presi in considerazione saranno, quindi, quelli che riguardano i primi anni di vita, l'esclusione sociale, il lavoro, la disoccupazione, il sostegno sociale, gli stili di vita e il contesto di residenza. Per ogni classe di determinanti verrà riassunto il modo con cui essi agiscono sulla salute producendo disuguaglianze e verranno presentati i dati italiani disponibili attraverso gli studi pubblicati. Un capitolo conclusivo esaminerà e valuterà il ruolo che le politiche italiane non sanitarie hanno avuto nel favorire o nel contrastare questi determinanti di disuguaglianze di salute.

1.1

Il gradiente sociale

The social gradient

Teresa Spadea,¹ Ester Cois,² Francesca Vannoni²¹ Servizio regionale di epidemiologia, ASL 5, Grugliasco (TO)² Dipartimento di scienze sociali, Università di Torino**Messaggi chiave**

- In Italia, come in tutti i paesi industrializzati che riportano dati in merito, si osserva 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).
- Le diseguaglianze sociali nella mortalità mostrano

un andamento temporale in aumento, soprattutto tra gli uomini adulti; assumono un peso crescente nello spiegare i differenziali di mortalità le cause di morte correlate all'abuso di droghe (AIDS e *overdose*) e quelle legate agli stili di vita (tumore del polmone e malattie ischemiche del cuore).

- L'associazione tra classe sociale e salute è diretta solo per poche e specifiche patologie, quali le allergie – probabilmente più a causa di una maggiore attenzione diagnostica che di una reale maggiore incidenza – e alcuni tumori (colon, melanoma e, nella donna, mammella e ovaie) legati a comportamenti ancora più diffusi nelle classi abbienti.

Introduzione

Negli ultimi cinquant'anni lo stato di salute delle popolazioni concentrate nella fascia economicamente più avanzata del mondo sembra aver seguito un percorso evolutivo segnato da due tendenze, apparentemente incongrue: da un lato il marcato aumento della speranza di vita media, e dall'altro il progressivo intensificarsi delle diseguaglianze di salute che distinguono i paesi e gli individui in funzione, rispettivamente, della ricchezza nazionale e della posizione socioeconomica individuale.¹ Un andamento analogo caratterizza lo scenario italiano, per il quale le statistiche hanno riportato un costante miglioramento dello stato di salute generale e un aumento dell'aspettativa di vita sia per gli uomini sia per le donne; tuttavia, una scomposizione del quadro complessivo illustra la persistenza e l'accentuarsi di significative diseguaglianze di mortalità e morbosità tra i sessi, tra le diverse aree geografiche e tra le distinte classi socioeconomiche di cui si compone la popolazione italiana.² La genesi di tali differenze è probabilmente multifattoriale, ma è ipotizzabile che la classe sociale giochi un ruolo importante, come ampiamente documentato nella letteratura internazionale³⁻⁵ (vedi capitolo 3.2, Parte II).

Anche numerose ricerche condotte in tempi recenti in diversi contesti italiani hanno posto in luce un marcato gradiente sociale correlato alla salute: una maggiore incidenza e mortalità per un'ampissima varietà di patologie è stata documentata in corrispondenza di livelli inferiori di scolarità, classe occupazionale, condizioni abitative. Al contrario, l'associazione positiva con le classi sociali sovraordinate si limi-

ta oggi a poche e ben definite patologie, in particolare le allergie – probabilmente più a causa di una maggiore attenzione diagnostica che di una reale maggiore incidenza – e alcuni tipi di tumore, come quelli del colon, delle ossa e, nella donna, della mammella e delle ovaie.⁶

Nei capitoli che seguono vengono riassunti i principali dati disponibili in Italia per dimostrare l'ampiezza e la direzione delle diseguaglianze sociali in alcune delle diverse dimensioni di cui si compone la salute. In particolare, in questa sede verranno riportati solo i dati relativi agli indicatori di salute percepita e di disabilità, alla mortalità generale e all'incidenza di tumori, rinviando al capitolo 1.7 e al capitolo 2 la discussione, rispettivamente, sui fattori di rischio legati agli stili di vita e sugli esiti di salute più strettamente correlati a difficoltà di accesso alla prevenzione e all'assistenza sanitaria (rischio cardiovascolare, ricoveri ospedalieri, sopravvivenza).

Diseguaglianze sociali e morbosità

Nel nostro paese le differenze nella mortalità sono state studiate in modo approfondito sia sul piano sociale sia su quello occupazionale, mentre le analisi degli indicatori di salute percepita sono state finora più limitate. Eppure la rilevanza della componente soggettiva e di una concezione multidimensionale e relativa di salute non solo derivano dalle raccomandazioni fornite dall'Organizzazione mondiale della sanità,⁷ ma trovano anche conferma empirica nella letteratura internazionale.

Le indagini campionarie sulle condizioni di salute e sul ricorso ai servizi sanitari effettuate dall'ISTAT nel 1994 e nel

1999-2000 hanno permesso di esaminare le disuguaglianze sociali nella salute della popolazione italiana, non solo dal punto di vista obiettivo, come presenza di malattia diagnosticata clinicamente, ma anche secondo la dimensione funzionale della disabilità e quella soggettiva della salute percepita.

I risultati dell'indagine più recente,⁸ che peraltro confermano squilibri di salute già parzialmente rilevati nell'indagine precedente,⁹ mettono in evidenza una geografia della salute contraria a quanto atteso sulla base dei dati di mortalità o dei registri di patologia: le regioni meridionali presentano infatti sistematicamente valori di prevalenza più sfavorevoli in tutte le dimensioni di salute esplorate. D'altra parte, differenze geografiche e differenze sociali nella salute sono livelli che si intersecano tra loro: il Sud è più malato, ma il Sud a sua volta è più povero e ospita anche un più alto numero di persone in condizione di privazione di risorse culturali e materiali; al Sud inoltre, sembra intensificarsi l'effetto negativo sulla salute della bassa posizione sociale dei singoli individui¹⁰ (vedi capitolo 1.8, Parte I).

Sotto il profilo sociale, la proporzione di uomini che ha giudicato negativamente il proprio stato di salute è apparsa crescere regolarmente con l'abbassarsi del titolo di studio: il 15,4% degli uomini meno istruiti ha riferito un cattivo stato di salute, contro il 2,5% di quelli con almeno il diploma di scuola superiore; il divario è ancora più marcato tra le donne (19,9% contro 2,8%). La salute dei meno istruiti, rispetto ai diplomati, appare già compromessa nelle classi di età più giovani, ma la condizione esplose tra gli ultrasessantacinquenni, dove le persone con al più la licenza elementare rappresentano l'unico sottogruppo di intervistati in cui la percentuale di coloro che dichiarano un cattivo stato di salute supera – di circa tre volte – quella di coloro che dichiarano di sentirsi «bene» o «molto bene» (32,8% contro 11,7%).⁸

Le dinamiche risultano analoghe quando, invece del titolo di studio, si utilizzi l'indicatore costituito dal giudizio sulla disponibilità complessiva di risorse economiche della propria famiglia. Anche la prevalenza di malattie croniche è apparsa negativamente correlata con l'istruzione in entrambe le indagini, in modo ancor più netto con l'indicatore di multicronicità (due o più malattie riferite) e nel caso in cui le patologie siano state anche diagnosticate da un medico; solo per le malattie allergiche e per i tumori nelle donne la relazione è positiva.⁹ Conseguente alla maggiore morbosità, sia cronica che acuta, nelle classi sociali meno abbienti sembra esserci anche una maggiore ricorrenza di limitazioni nelle attività abituali, un maggior numero di assenze dal lavoro, e infine una maggiore prevalenza di disabilità e

invalidità permanenti: per esempio, le famiglie con almeno un disabile, rispetto a quelle senza componenti disabili, giudicano più frequentemente scarse o inadeguate le proprie risorse economiche (42,3% vs 27,2%) e vivono più spesso in abitazioni non di proprietà (33% vs 29,4%) o senza riscaldamento (22,5% vs 13,1%)⁸.

Risultati sostanzialmente coerenti sono emersi nel corso del Progetto ILSA (*Italian Longitudinal Study on Aging*),¹¹ un'indagine longitudinale sull'invecchiamento condotta tra il 1992 e il 1994 su una popolazione di oltre 5.000 persone di età compresa tra i 65 e gli 84 anni, provenienti da otto centri dislocati su tutta la penisola italiana. Lo studio ha evidenziato quasi un andamento dose-risposta della prevalenza di disabilità in relazione al numero di anni di istruzione e una forte correlazione anche con la professione.¹² Un ulteriore contributo fornito dallo studio ha riguardato l'analisi del *follow-up* di mortalità, da cui è emerso che il rischio di morte non risulta più correlato agli anni di studio se si introduce nel modello di analisi lo stato di disabilità: questo dato sosterebbe dunque l'ipotesi che l'effetto dell'istruzione sulla mortalità non sia indipendente, bensì mediato dalle condizioni di salute che conducono alla disabilità.

Un'analisi più approfondita dei dati dell'indagine ISTAT sullo stato di salute nel 1999-2000 ha indagato le differenze nelle condizioni di salute delle persone anziane, con l'obiettivo, tra gli altri, di esplorare la transizione dalla condizione di predisabilità – definita come difficoltà a compiere da soli alcuni movimenti della vita quotidiana – a quella di disabilità, in ragione delle caratteristiche socioeconomiche.¹³ Dallo studio emerge che la prevalenza di persone disabili cresce con l'età e presenta un aumento particolarmente consistente nei grandi anziani (oltre gli 85 anni), con rilevanti differenze in ragione del livello di istruzione (le prevalenze, rispettivamente per i più e i meno istruiti, vanno dal 42% al 50% negli uomini e dal 45% al 63% nelle donne). La

predisabilità presenta un andamento completamente diverso: la quota di persone predisabili è cioè molto più elevata nelle fasce di età che precedono gli 85 anni, con delle differenze più attenuate per livello di istruzione. Passando alla fascia di età successiva si osserva un'inversione nella relazione con il livello di istruzione: nelle persone più istruite la predisabilità aumenta o al più rimane stabile e diminuisce in quelle meno istruite, nelle quali invece cresce considerevolmente la disabilità. Se fosse in opera il meccanismo secondo il quale le disuguaglianze nella disabilità nascono dalle disuguaglianze nelle storie di vita che portano alle malattie croniche e, per questa via, alla disabilità, ci si aspetterebbe che le dise-



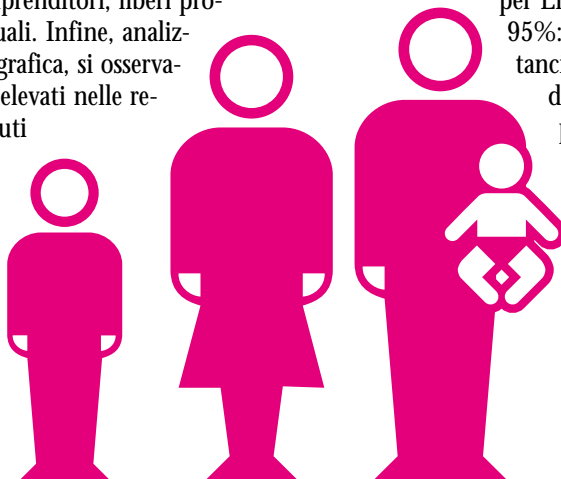
guaglianze negli stati di predisabilità fossero di intensità comparabile a quella negli stati di disabilit  nelle diverse fasce di et . Viceversa, pur con i limiti legati alla natura trasversale dell'indagine, questi dati suggeriscono la possibilit  che esista un ulteriore meccanismo, secondo il quale le persone meno istruite presenterebbero una maggiore velocit  di transizione alla disabilit , come sembrerebbe dimostrato da diseguaglianze pi  intense nella disabilit , soprattutto nella fascia di et  pi  anziana.

Diseguaglianze sociali e mortalit  per tutte le cause

Dati nazionali sulla mortalit  per condizione socioeconomica sono disponibili grazie all'indagine trasversale dell'ISTAT, basata sul *linkage* individuale tra i deceduti nei dodici mesi successivi al Censimento generale della popolazione del 1991 (dall'1.11.1991 al 31.10.1992) e le informazioni socioeconomiche ricavabili dal censimento stesso.¹⁴ L'indagine richiedeva necessariamente la collaborazione di tutti i Comuni italiani e purtroppo il *linkage* ha avuto una percentuale di successo di circa il 60%; comunque i motivi di mancato accoppiamento non sembrano essere in relazione con la posizione sociale dei deceduti, e pertanto i risultati in termini di mortalit  differenziale non dovrebbero essere distorti. Tali risultati confermano l'esistenza di una relazione inversa tra grado di istruzione e mortalit , con intensit  maggiore per gli uomini che per le donne, e differenziali crescenti rispetto alla precedente indagine condotta a seguito del censimento del 1981.¹⁵ Si osserva inoltre che le diseguaglianze nella mortalit  diminuiscono con l'et  in entrambi i sessi, fenomeno che avrebbe basi biologiche nella sopravvivenza selettiva dei soggetti pi  sani e nell'avvicinarsi del limite biologico della sopravvivenza, quale che sia il titolo di studio. Analoghe considerazioni derivano dall'analisi degli altri indicatori considerati, quali la condizione professionale, che vede gli occupati sempre in posizione di vantaggio rispetto ai soggetti inattivi, o la posizione nella professione, con i lavoratori manuali sempre svantaggiati rispetto a imprenditori, liberi professionisti o lavoratori non manuali. Infine, analizzando i dati per ripartizione geografica, si osservano differenziali di mortalit  pi  elevati nelle regioni settentrionali e pi  contenuti al Sud, soprattutto tra le donne, diversamente da quello che si   evidenziato sulla morbosit  con i dati della pi  recente indagine nazionale sulla salute.^{8,10} Di tipo longitudinale sono invece due studi condotti su popolazioni ben pi  circoscritte, allo scopo di esaminarne i profili di morbosit  e mortalit  e il loro andamento temporale, in

ragione delle caratteristiche sociali. Si tratta di due sistemi informatizzati di monitoraggio della mortalit  e della morbosit , rispettivamente, della popolazione torinese e di quella residente a Firenze e Livorno, che, analogamente a quanto messo a punto su scala nazionale, si fondano sul raccordo tra i dati sociodemografici di rilevazione censuale e le informazioni relative agli eventi anagrafici e alla storia sanitaria degli individui. La profondit  temporale dello Studio Longitudinale Torinese (SLT)¹⁶ e dello Studio Longitudinale Toscano (SLTo)¹⁷   diversa: pi  estesa a Torino, dagli anni settanta agli anni novanta; meno nelle due citt  toscane, per le quali le informazioni raccolte a Livorno coprono gli anni ottanta e novanta, e quelle relative a Firenze muovono dal censimento della popolazione del 1991. La dimensione della popolazione osservata dai due studi  , per gli anni novanta, di poco inferiore al milione nell'SLT e di poco superiore al mezzo milione nell'SLTo. Anche in questo caso gli studi hanno documentato, pur in presenza di contesti economici e sociali profondamente diversi, la presenza di diseguaglianze di mortalit  intense e regolari, con qualsiasi indicatore socioeconomico utilizzato, sia individuale (istruzione, classe sociale, tipologia familiare, caratteristiche dell'abitazione) sia di area (indice di deprivazione) (vedi capitolo 1.8, Parte I).

In un'analisi congiunta dei dati, le diseguaglianze di mortalit  per titolo di studio sono risultate pi  intense nella popolazione adulta (30-59 anni) che nelle persone pi  anziane, soprattutto tra gli uomini: a Torino nel periodo 1981-95, il rischio relativo per i meno istruiti rispetto ai laureati, in questa fascia d'et ,   stato di 2,01 (IC 95%: 1,86-2,16); a Livorno di 2,06 (IC 95%: 1,70-2,51). Diverso   apparso il caso delle donne che, negli anni ottanta, in et  adulta hanno mostrato un profilo delle diseguaglianze meno vantaggioso per le posizioni sociali cui competono in misura maggiore risorse culturali, economiche e di potere: il rischio relativo delle donne prive di istruzione tra i 30 e i 59 anni   stato molto pi  modesto, pari a 1,49 (IC 95%: 1,32-1,67) per Torino e a 1,37 (IC 95%: 1,01-1,86) per Livorno, ed   sceso fino a 0,78 (IC 95%: 0,58-1,05) nel caso delle ultrasessantenni toscane.¹⁸ La spiegazione di questa anomalia rimanda all'impatto sulla salute della sovrapposizione di lavoro retribuito e domestico, ma non ha trovato conferma nella popolazione torinese, dove le donne gravate da una «doppia presenza»¹⁹ hanno mostrato un profilo epidemiologico sistematicamente migliore di quello delle donne meno impegnate sul fronte familiare, qualunque fosse il lavoro retribuito svolto (vedi capitolo 1.4, Parte



I). D'altra parte, è utile sottolineare come la mortalità femminile sia soprattutto causata da malattie, come il tumore della mammella, la cui incidenza è più elevata nelle classi sociali superiori.

In entrambi gli studi si osserva un'attenuazione delle disuguaglianze di mortalità nella popolazione anziana; c'è da notare tuttavia che, se diminuisce l'importanza relativa delle disuguaglianze al crescere dell'età, è invece rilevante il loro impatto assoluto misurato in termini di differenze tra tassi, che raggiungono il picco proprio nella classe di età degli ultraottantenni.²⁰

Nella mortalità per causa del periodo 1991-97 nelle due città di Firenze e Livorno sono emerse differenze nella direzione e intensità delle disuguaglianze tra i sessi;²¹ in particolare, è venuto alla luce per il tumore del polmone un gradiente sociale negativo nei maschi (RR = 1,91; IC 95%: 1,60-2,28 per Firenze e RR = 2,26; IC 95%: 1,60-3,18 per Livorno), laddove tendenze divergenti in funzione dell'indicatore sociale utilizzato si sono osservate nelle donne di entrambe le città: così, se le donne con la licenza elementare e le casalinghe appaiono protette da questo tumore (per esempio, per Livorno si ha RR = 0,60; IC 95%: 0,31-1,18 e RR = 0,73; IC 95%: 0,32-1,65 rispettivamente), un eccesso di rischio è evidente tra chi vive da sola o abita in piccoli appartamenti in affitto (tra le residenti a Firenze i rischi osservati sono di RR = 1,78; IC 95%: 1,24-2,56 e RR = 1,18; IC 95%: 0,58-2,39 rispettivamente). Anche la mortalità per cirrosi epatica ha raggiunto valori di rischio particolarmente elevati nelle classi più svantaggiate (addirittura RR = 6,26; IC 95%: 2,27-17,31, tra gli uomini disoccupati residenti a Livorno). Il quadro è comunque quello di una sovramortalità delle basse classi sociali in entrambi i sessi, ascrivibile a cause legate a stili di vita insalubri (tumore del polmone, cirrosi epatica e malattie respiratorie), a cause violente soprattutto negli uomini, e a cause evitabili, che rimandano all'inappropriatezza degli interventi sanitari e all'efficacia del sistema sanitario nel suo complesso (vedi capitolo 2.2, Parte I), soprattutto nelle donne. A Torino si osserva un profilo di mortalità analogo, ma le disuguaglianze si riflettono anche su altre importanti cause di morte, in particolare su quelle associate a lunghe storie di povertà (tumore dello stomaco e malattie respiratorie), a problemi di sicurezza sul lavoro e sulle strade (cadute e incidenti da trasporto), di disagio sociale (AIDS e overdose), e, in misura minore, di *stress* (malattie cardiovascolari).¹⁶

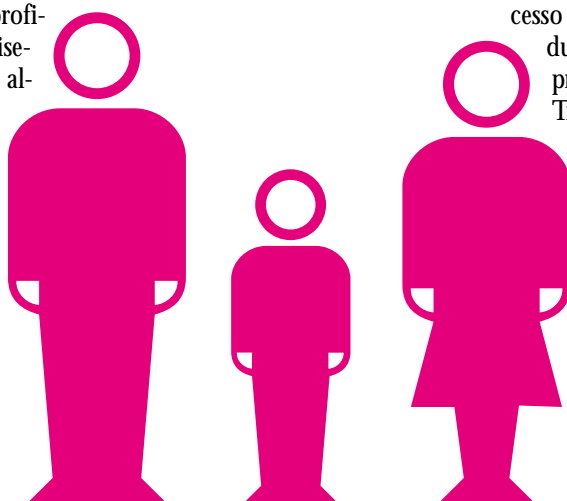
Dal punto di vista dell'andamento temporale, dalle ultime

analisi svolte per la città di Torino sembra che il *trend* crescente nei differenziali di mortalità, precedentemente osservato dal 1971 al 1995 sia a Torino (l'eccesso di rischio associato al basso livello d'istruzione saliva dal 40% nel primo periodo al 100% nell'ultimo)²² che nel resto dell'Europa,²³ si stabilizzi nei successivi quattro anni (dati non pubblicati); in particolare, la riduzione nei rischi relativi sembra attribuibile alle classi di età più anziane, mentre rimane fortemente crescente il *trend* delle disuguaglianze nella classe di età 30-39 anni, sia tra gli uomini sia tra le donne. Questo risultato sembra confermato dal peso crescente assunto dalle cause di morte legate all'abuso di droghe (AIDS e *overdose*) nello spiegare i differenziali di mortalità. Aumentano inoltre, soprattutto nelle donne, i differenziali sociali delle cause di morte più legate agli stili di vita, quali il tumore del polmone e le malattie ischemiche del cuore. Anche nello Studio Longitudinale Toscana il confronto tra la coorte di Livorno degli anni ottanta e quella degli anni novanta mostra per quasi tutti gli indicatori usati un aumento dei differenziali di mortalità: per esempio, per i soggetti con la sola licenza elementare si passa da un eccesso di circa il 30% nei maschi e 10% nelle femmine a un eccesso, rispettivamente, di circa il 40% e di oltre il 20%.^{17,21} Questi aumenti di rischio si osservano a fronte di una diminuzione sia della mortalità generale, sia del numero di persone con la sola licenza elementare, a suggerire che le persone in condizione di svantaggio sociale, in particolare quelle prive di risorse educative, non riescono a sfruttare al meglio le opportunità di salute offerte dal miglioramento delle conoscenze e delle tecnologie sanitarie.

Un andamento crescente dei differenziali sociali nella mortalità è stato riscontrato anche a Roma, in uno studio che confrontava i tassi di mortalità del periodo 1990-92 con quelli del triennio successivo, in funzione di un indice di deprivazione socioeconomica dell'area di residenza:²⁴ in particolare, gli aumenti più marcati si sono riscontrati negli uomini del gruppo di età più giovane (15-44 anni), in cui l'e-

ccesso di rischio stimato confrontando i due livelli estremi dell'indice di deprivazione è passato dal 62% all'82%.

Tra le cause di morte indagate, quelle più associate allo stato socio-economico in tutto il periodo erano, ancora una volta, il tumore dello stomaco e della laringe, gli incidenti stradali, AIDS e *overdose* e alcune cause evitabili, quali appendicite, ernia e colicistite in persone al di sotto dei 65 anni; i maggiori incrementi nel tempo dei differenziali si sono osservati per la tubercolosi e il tumore del



polmone negli uomini e per il tumore dell'utero, gli incidenti stradali e le *overdose* nelle donne.

È opportuno segnalare infine un risultato in controtendenza: nell'ambito dello studio RIFLE (*Risk Factors and Life Expectancy*) che raccoglie i dati di mortalità di diversi studi italiani condotti su tutto il territorio nazionale²⁵ non è stata osservata nessuna associazione tra il livello d'istruzione e la mortalità per tutte le cause, né in particolare con la mortalità per cardiopatia ischemica.²⁶ Un eccesso di rischio significativo, anche a parità dei noti fattori di rischio cardiovascolare, si riscontra invece in funzione della condizione professionale tra gli uomini, nel confronto tra la classe medio-alta, costituita da dirigenti, liberi professionisti e impiegati, e la classe bassa, costituita da operai e salariati (RR = 1,30; IC 95%: 1,04-1,63). Un dato interessante emerso dalla ricerca è che, combinando le classi di istruzione e professione, si individua il possibile ruolo svolto dalla condizione di cosiddetta inconsistenza di *status*² (vedi capitolo 1.4, Parte I) nei confronti della mortalità per cardiopatia ischemica, per cui risultano maggiormente a rischio le persone che svolgono una professione non adeguata al loro livello di istruzione.²⁷

Diseguaglianze sociali e incidenza di tumori

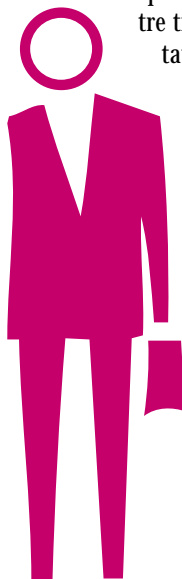
La relazione tra condizione socioeconomica e incidenza di tumori è stata ampiamente documentata e discussa:²⁸ la revisione approfondita della letteratura internazionale evidenzia, soprattutto nei paesi industrializzati, una netta relazione inversa con la classe sociale per alcuni tumori molto diffusi: polmone, stomaco, le alte vie dei sistemi digerente e respiratorio (VADS: bocca, faringe, laringe ed esofago) e cervice uterina; la relazione è invece diretta solo per il tumore del colon, delle ossa, il melanoma e, nelle donne, della mammella e delle ovaie; per tutti gli altri tumori, infine, l'evidenza disponibile è inconsistente. In molti casi l'associazione osservata è facilmente riconducibile alla maggiore frequenza nelle classi sociali basse dei fattori di rischio noti per il tumore analizzato, come nel caso del fumo con il polmone e dell'alcol e del fumo con le VADS. Viceversa, una più alta incidenza di tumori femminili nelle classi più elevate è parzialmente attribuibile al comportamento riproduttivo di queste donne, che sempre di più riducono il numero di figli, posticipano l'età al primo figlio, e conseguentemente, allattano per meno tempo. In altre circostanze invece, la spiegazione del rapporto tra posizione socioeconomica e incidenza di tumore è più controversa: non è ancora chiaro, per esempio, il ruolo degli stili di vita, in particolare della dieta, nel mediare tale rapporto nel caso del tumore del colon e della mammella.

Anche in Italia numerosi lavori avevano confermato già negli anni ottanta le associazioni note tra diversi indicatori di stato socioeconomico, in particolare il

livello di istruzione, e il rischio di tumore.²⁹⁻³¹ Altri studi sono stati condotti successivamente nel tentativo di indagare più a fondo le associazioni meno chiare, ovvero di valutare il ruolo indipendente dei fattori sociali, al netto di altri determinanti conosciuti.

Concentrandosi sul rischio di cancro coloretale in funzione del livello di istruzione individuale e dell'occupazione del capofamiglia, alcuni autori hanno evidenziato un gradiente sociale opposto per le due sedi tumorali: diretto e statisticamente significativo per il colon ed essenzialmente nullo per il retto, sia tra gli uomini che tra le donne.³² Esaminando separatamente gli strati di popolazione definiti sulla base dell'età, della familiarità per lo stesso tumore, e di alcuni comportamenti selezionati in quanto associati all'incidenza del tumore (abitudine al fumo, consumo di alcol, caffè e verdura), i risultati sul gradiente sociale non si sono sostanzialmente modificati; non è stato quindi possibile avvalorare l'ipotesi della dieta come fattore di mediazione dell'eccesso di rischio nelle classi sociali alte. Un'analisi successiva degli stessi dati,³³ in funzione questa volta del luogo di nascita e dell'esperienza di migrazione al Nord, ha messo in luce una significativa protezione fornita dalla nascita al Centro-Sud (OR = 0,7; IC 95%: 0,5-0,9 per il colon, e OR = 0,9; IC 95%: 0,7-1,2 per il retto). Nel caso del tumore al colon la protezione è risultata più forte tra le donne (OR = 0,5; IC 95%: 0,4-0,8) che tra gli uomini (OR = 0,8; IC 95%: 0,6-1,1), a testimoniare o una più breve durata della loro permanenza al Nord – condizione non verificata dai dati – o piuttosto un minore adattamento al luogo di immigrazione rispetto agli uomini, che ha consentito alle donne di mantenere il proprio stile di vita protettivo. Lo studio ha anche documentato un'associazione diretta del cancro al colon con il livello d'istruzione; tuttavia, l'incremento di rischio per i più istruiti è risultato particolarmente evidente solo tra i residenti nativi, mentre tra gli immigrati questa correlazione è apparsa limitata ai soli individui con livello d'istruzione più elevato, il che potrebbe far supporre che i migranti con un titolo di istruzione più elevato si siano integrati più rapidamente nella comunità ospite, perdendo la protezione fornita dal luogo d'origine. Entrambi i risultati puntano verso l'identificazione dell'area di nascita e degli stili di vita a questa correlati come fattori indipendenti dalla condizione socioeconomica nel determinare il rischio di tumore del colon; si conferma inoltre la bassa correlazione dell'istruzione con il tumore del retto.

Approfondimenti analoghi sono stati condotti sul tumore della mammella. Un alto livello d'istruzione è risultato fortemente associato a un incremento del rischio di tumore di circa il doppio, sia nelle donne in pre-menopausa che in quelle in



post-menopausa, e indipendentemente da altri fattori di rischio noti: il rischio attribuibile alla sola istruzione è stato stimato pari al 20% dei casi complessivi, ma saliva fino al 31% nelle donne giovani in pre-menopausa.³⁴ Anche in questo caso la nascita al Centro-Sud è risultata protettiva rispetto all'incidenza del tumore, ma la protezione diminuiva per le donne immigrate in giovane età, suggerendo l'importanza di fattori operanti tra le donne meridionali nel periodo dell'adolescenza.³⁵

I dati di tre studi caso-controllo ospedalieri sui tumori delle alte vie aeree e dell'apparato digerente suggerirebbero un attenuarsi dell'eccesso di rischio a carico delle persone di basso livello socioeconomico: gli *odds ratio* stimati per il periodo 1984-1992 indicavano nelle persone con meno di 7 anni di istruzione un rischio di tumore di cavità orale e faringe pari a più del doppio e dell'esofago del 60% superiore rispetto a coloro che avevano almeno 12 anni di studio (simili valori erano riportati per gli operai non specializzati in confronto alle classi dirigenti); gli stessi rischi calcolati per il quinquennio successivo appaiono quasi invariati per l'esofago, ma si annullano nel caso dei tumori di bocca e faringe.³⁶

Un gradiente sociale positivo nella prevalenza del *morbo di Hodgkin* (HD),³⁷ il tumore maligno più comune nei giovani adulti (tra i 15 e i 39 anni) soprattutto nella forma sclerodulare, è stato riscontrato nell'ambito di uno studio caso-controllo ospedaliero condotto nella provincia di Pordenone tra il giugno del 1985 e il marzo del 1990. I soggetti affetti da linfoma sono risultati, in media, appartenenti a una classe sociale superiore (definita tramite l'occupazione del capo-famiglia) e dotati di maggiori credenziali educative rispetto al gruppo di controllo: specificamente, i soggetti con 14 o più anni d'istruzione hanno mostrato un rischio doppio di HD rispetto ai soggetti con non più di 5 anni d'istruzione; restringendo l'analisi ai soli casi di sclerosi nodulare il rischio è apparso quattro volte più alto (OR = 4,4; IC 95%: 1,8-11,0), confermando l'ipotizzata esistenza di processi eziologici diversi in funzione dell'età di insorgenza e suggerendo un'importanza differenziale dei fattori socioeconomici.

Visto il ruolo causale esercitato dall'infezione da *Helicobacter Pylori* nei confronti delle principali patologie gastriche, può essere utile analizzare i determinanti demografici e socioeconomici di questa infezione al fine di far luce anche sulla distribuzione sociale del tumore dello stomaco. A questo proposito è stato condotto uno studio di sieroprevalenza su una

popolazione di donatori di sangue,³⁸ dal quale è emersa una correlazione inversa tra livello socioeconomico e prevalenza di *H. Pylori*, con un rischio di infezione doppio nei lavoratori manuali e negli operai non specializzati rispetto ai liberi professionisti (OR = 2,0; IC 95%: 1,5-2,8 e OR = 1,9; IC 95%: 1,3-3,0, rispettivamente) e una protezione significativa per coloro che avevano almeno 8 anni di studio rispetto a chi ne aveva meno di 5 (OR = 0,6; IC 95%: 0,5-0,9 per le persone con 8-13 anni di istruzione, e OR = 0,4; IC 95%: 0,3-0,6 per coloro che avevano studiato per più di 13 anni). Questi risultati si mantenevano tali anche dopo l'aggiustamento simultaneo per gli altri fattori associati a un incremento del rischio, e cioè sesso, età e indice di massa corporea.

Grazie al *linkage* tra lo Studio Longitudinale Torinese e il Registro Tumori Piemonte, è stato possibile analizzare sistematicamente la grandezza e l'andamento temporale delle disuguaglianze sociali nell'incidenza e nella sopravvivenza per tumori, utilizzando diversi indicatori di stato socioeconomico e di struttura familiare.^{39,40} L'analisi per tutti i tumori negli uomini mette in luce un gradiente abbastanza evidente per tutte le variabili di classificazione socioeconomica - istruzione, classe sociale, tipologia abitativa e indice di deprivazione della sezione censuale di residenza - con eccessi di rischio intorno al 20% nelle classi più basse della gerarchia. I rischi calcolati separatamente per due periodi (1985-1991 e 1992-1998) suggeriscono inoltre un aumento nel tempo dello svantaggio delle classi sociali basse. Viceversa, nelle donne sono le variabili che identificano il tipo di struttura familiare e il supporto sociale ad avere un maggiore impatto: un 10% di rischio in più si osserva nelle donne non coniugate rispetto alle coniugate e nelle donne che vivono sole o con un figlio a carico. L'analisi per sede conferma gli andamenti osservati nell'incidenza di tutti i tumori per la maggior parte delle sedi, anche se con diverse intensità. In particolare, per i tumori delle vie aeree digestive superiori appare preponderante il ruolo della tipologia abitativa disagiata (abitazione senza servizi interni o senza impianto di riscaldamento) rispetto all'istruzione, che è solitamente il più forte determinante sociale, assieme all'appartenenza alla classe operaia. Un andamento opposto, con le classi svantaggiate protette rispetto alle classi più alte, si osserva per l'incidenza del melanoma, del tumore della prostata e, in modo meno marcato, per quelli del pancreas e del rene, negli uomini; per il melanoma e il tumore della mammella nelle donne.

Bibliografia

- Marmot M. Introduction. In: Marmot M, Wilkinson RG, (eds). *Social determinants of health*. Oxford, Oxford University Press, 1999.
- Cardano M, Costa G. Classi sociali e salute. Le disuguaglianze di mortalità a Torino. *Quaderni di sociologia* 1998; 17: 86-121.
- Gordon D, Shaw M, Dorling D, Davey Smith G, (eds). *Inequalities in health: The evidence presented to the Independent Inquiry into Inequalities in Health*. Bristol, The Policy Press, 1999.
- Cavelaars AEJM, Kunst AE, Geurts JJM et al. Differences in self reported morbidity by educational level: a comparison of 11 Western European countries. *J Epidemiol Community Health* 1998; 52: 19-227.
- Mackenbach JP, Kunst AE, Groenhouf F et al. Socioeconomic inequalities in mortality among women and among men: an international study. *Am J Public Health* 1999; 89: 1800-06.
- La Vecchia C. Sclerità, indicatori di classe sociale e malattie. *Recenti Prog Med* 1999; 90: 653.
- Organizzazione Mondiale della Sanità - *Health Promotion Glossary. Fourth International Conference on Health Promotion, New Players for a New Era: Leading Health Promotion into the 21st Century*, Jakarta, Indonesia, 21-25 July 1997.
- Gargiulo L, Sebastiani G, a cura di, *Le condizioni di salute della popolazione. Indagine multicampo sulle famiglie «Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Anni 1999-2000»*. Roma, ISTAT, 2002
- Vannoni F, Burgio A, Quattrocchio L, Costa G, Faggiano F. Differenze sociali e indicatori di salute soggettiva, morbosità cronica, disabilità e stili di vita nell'indagine ISTAT sulla salute del 1994. *Epidemiol Prev* 1999; 23: 215-29.
- Marinacci C, Spadea T, Cesaroni G, Vittori P, Costa G. La geografia della salute in Italia: immagini di salute e immagini di povertà. In: Istituto Nazionale di Statistica. *Informazione statistica e politiche per la promozione della salute. Atti del Convegno*. Roma, ISTAT, 2004, in stampa.
- Maggi S, Zucchetto M, Grigoletto F. et al. The Italian Longitudinal Study on Aging (ILSA): Design and methods. *Aging Clin Exp Res* 1994; 6: 464-73.
- Amaducci L, Maggi S, Langlois J et al. for the Italian Longitudinal Study on Aging Group. Education and the risk of physical disability and mortality among men and women aged 65 to 84: the Italian Longitudinal Study on Aging. *J Gerontol Med Sci* 1998; 53A: M484-M490.
- Vannoni F, Costa G, Demaria M. La fragilità nella salute dell'anziano. In: Istituto Nazionale di Statistica. *Informazione statistica e politiche per la promozione della salute. Atti del Convegno*. Roma, ISTAT, 2004, in stampa.
- ISTAT. *La mortalità differenziale secondo alcuni fattori socio-economici. Anni 1991-92*. Roma, ISTAT, 2001.
- ISTAT. *La mortalità differenziale secondo alcuni fattori socio-economici. Anni 1981-82*. Note e Relazioni No. 2. Roma, ISTAT, 1990.
- Costa G, Cardano M, Demaria M. *Torino. Storie di salute in una grande città*. Città di Torino, Ufficio di Statistica, Osservatorio socioeconomico torinese, 1998.
- Merler E, Benvenuti A, Baldi P et al. Condizione socio-economica e disuguaglianze nella mortalità nello Studio Longitudinale Toscano (SLTo): persistenza ed evoluzione nel tempo (mortalità generale, tumore del polmone, cirrosi epatica), ed aspetti emergenti (AIDS e overdose). *Epidemiol Prev* 1999; 23: 207-14.
- Cardano M, Costa G, Demaria M, Merler E, Biggeri A. Le disuguaglianze di mortalità negli studi longitudinali italiani. *Epidemiol Prev* 1999; 23: 141-52.
- Balbo L. La doppia presenza. *Inchiesta* 1978; 32.
- Huisman M, Kunst AE, Andersen O, et al. *Socio-economic inequalities in mortality among the elderly in ten European populations* Working paper, Rotterdam, Department of Public Health, Erasmus University, 2003.
- Biggeri A, Gorini G, Dreassi E, Kelala N, Lisi C. *SLTo (Studio Longitudinale Toscano): condizione socio-economica e mortalità in Toscana*. Informazioni statistiche. Studi e Ricerche, n.7. Firenze, Regione Toscana, 2001.
- Costa G, Cardano M, Demaria M, Faggiano F. Widening inequalities in mortality in the Turin study. The XV International Scientific Meeting of the International Epidemiological Association - Epidemiology for Sustainable Health, Florence, 1999. Abstract book, Volume I, Oral sessions: 42.
- Mackenbach J, Bos V, Andersen O, et al. Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries. *Int J Epidemiol* 2003; 32: 830-37.
- Michelozzi P, Perucci CA, Forastiere F, Fusco D, Ancona C, Dell'Orco V. Inequality in health: socioeconomic differentials in mortality in Rome, 1990-95. *J Epidemiol Community Health* 1999; 53: 687-93.
- The RIFLE Research Group. Presentation of the RIFLE project: risk factors and life expectancy. *Eur J Epidemiol*, 1993; 9: 459-76.
- Tenconi MT, Devoti G, Comelli M & RIFLE Research Group. Role of socioeconomic indicators in the prediction of all causes and coronary heart disease mortality in over 12,000 men - The Italian RIFLE pooling project. *Eur J Epidemiol* 2000; 16: 565-71.
- Tenconi MT, Devoti G, Comelli M e Gruppo RIFLE. Indicatori socio-economici e mortalità per cardiopatia ischemica nella popolazione RIFLE. *G Ital Cardiol*, 1999; 29: 698-704.
- Kogevinas M, Pearce N, Susser M, Boffetta P, (eds). *Social inequalities and cancer*. IARC Scientific Publications No. 138. Lyon, IARC, 1997.
- La Vecchia C, Negri E, Franceschi S. Education and cancer risk. *Cancer* 1992; 70: 2935-41.
- Faggiano F, Zanetti R, Costa G. Cancer risk and social inequalities in Italy. *J Epidemiol Community Health* 1994; 48: 447-52.
- Faggiano F, Lemma P, Costa G, Gnani R, Pagnanelli F. Cancer mortality by educational level in Italy. *Cancer Causes Control* 1995; 6: 311-20.
- Tavani A, Fioretti F, Franceschi S et al. Education, socioeconomic status and risk of cancer of the colon and rectum. *Int J Epidemiol* 1999; 28: 380-85.
- Pisa FE, Barbone F, Montella M, Talamini R, La Vecchia C, Franceschi S. Migration, socio-economic status and the risk of colorectal cancer in Italy. *Eur J Cancer Prev* 2000; 9: 409-16.
- Tavani A, Braga C, La Vecchia C, Negri E, Russo A, Franceschi S. Attributable risk for breast cancer in Italy: education, family history and reproductive and hormonal factors. *Int J Cancer* 1997; 70:159-63.
- Barbone F, Filiberti R, Franceschi S et al. Socioeconomic status, migration and the risk of breast cancer in Italy. *Int J Epidemiol* 1996; 25: 479-87.
- Bosetti C, Franceschi S, Negri E, Talamini R, Tomei F, La Vecchia C. Changing socioeconomic correlates for cancers of the upper digestive tract. *Ann Oncol* 2001; 12: 327-30.
- Serraino D, Franceschi S, Talamini R et al. Socio-economic indicators, infectious diseases and Hodgkin's disease. *Int J Cancer* 1991; 47: 352-57.
- Russo A, Eboli M, Pizzetti P et al. Determinants of *Helicobacter pylori* seroprevalence among Italian blood donors. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1999; 11: 867-73.
- Demaria M, Vicari P, Costa G, Rosso S, Spadea T, Zanetti R. *Le disuguaglianze sociali nell'incidenza e nella sopravvivenza dei tumori a Torino*. VII riunione dell'Associazione Italiana Registri Tumori (AIRT), Biella 3-4 aprile 2003.
- Zanetti R, Spadea T, Demaria M, Rosso S, Costa G. *Stimare la grandezza e l'andamento delle disuguaglianze nella sopravvivenza per tumori*. Rapporto di ricerca inserito nel programma speciale ex art. 12 D.Lgs 502/92 della Regione Piemonte «Un sistema informativo, un libro bianco, un modello di monitoraggio per implementare gli obiettivi di equità nella salute e nell'assistenza in Italia». Torino, 2002.